Comité de Prevención
contra la Tortura

5 Quinto Informe anual

A cinco años del establecimiento del Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes en Chile

2025



Equipo Editorial
del Quinto Informe Anual:

Ricardo Cárdenas Miranda, Secretario ejecutivo (S)
Ana María Figueroa Salazar, Coordinadora de contenido
Marcela Ureta Melo, Coordinadora de comunicaciones
Paula Valenzuela Delpiano, Experta.

Participaron en la elaboración
del Quinto Informe Anual:

Experta/os
Karen Espínola Solar
Daniel Soto Muñoz
Paula Valenzuela Delpiano

Secretarios ejecutivos (s)
Nicolás Anglas Gallardo
Ricardo Cárdenas Miranda

Coordinación
Ana María Figueroa Salazar
Marcela Ureta Melo

Analistas de contenido
María Rosario Beltrán Campos
Andrea Cerda Pereira
Alfredo Fernández Ureta
Yvette Marcela García Sepúlveda
Gonzalo Horstmeier Garote
Steffi Schramm López
Daniel Wassermann Kobbert

Administración y operaciones
Ricardo Cárdenas Miranda
María José Farías Riveros
Gabriel Sáez Uribe

Estudiantes de práctica profesional
Camila Antonia Pardo Pizarro
Isidora Valenzuela Bravo

Participan en las labores del CPT
a la fecha de publicación de este informe:

Experta/os
Karen Espínola Solar, Presidenta CPT
Javiera Canessa Cordero
Claudine Litvak Cooper
Daniel Soto Muñoz
Paula Valenzuela Delpiano
Rosa Villa Fernández

Secretario ejecutivo (s)
Ricardo Cárdenas Miranda

Coordinación
Ana María Figueroa Salazar
Marcela Ureta Melo

Analistas de contenido
Loreto Adrián Serrano
María Rosario Beltrán Campos
Andrea Cerda Pereira
Alfredo Fernández Ureta
Yvette Marcela García Sepúlveda
Gonzalo Horstmeier Garote
María Cecilia Jaramillo Minchel
María Ignacia Macari Toro
Estrella San Martín Tolosa
Jennifer Morgado Mancilla
Steffi Schramm López
Daniel Wassermann Kobbert

Administración
Ricardo Cárdenas Miranda
María José Farías Riveros
Gabriel Sáez Uribe

Estudiante de práctica profesional
Camila Antonia Pardo Pizarro

Dado que el presente informe da cuenta de los principales aprendizajes, avances y desafíos derivados de los primeros cinco años de funcionamiento del CPT, se agradece especialmente la contribución de las y los integrantes expertas/os y profesionales que formaron parte activa de las labores durante el período que cubre el presente informe.

El diseño de tapa del Quinto Informe Anual fue creada vía Inteligencia Artificial, de acuerdo a los parámetros solicitados por la Coordinadora de comunicaciones, Marcela Ureta Melo.

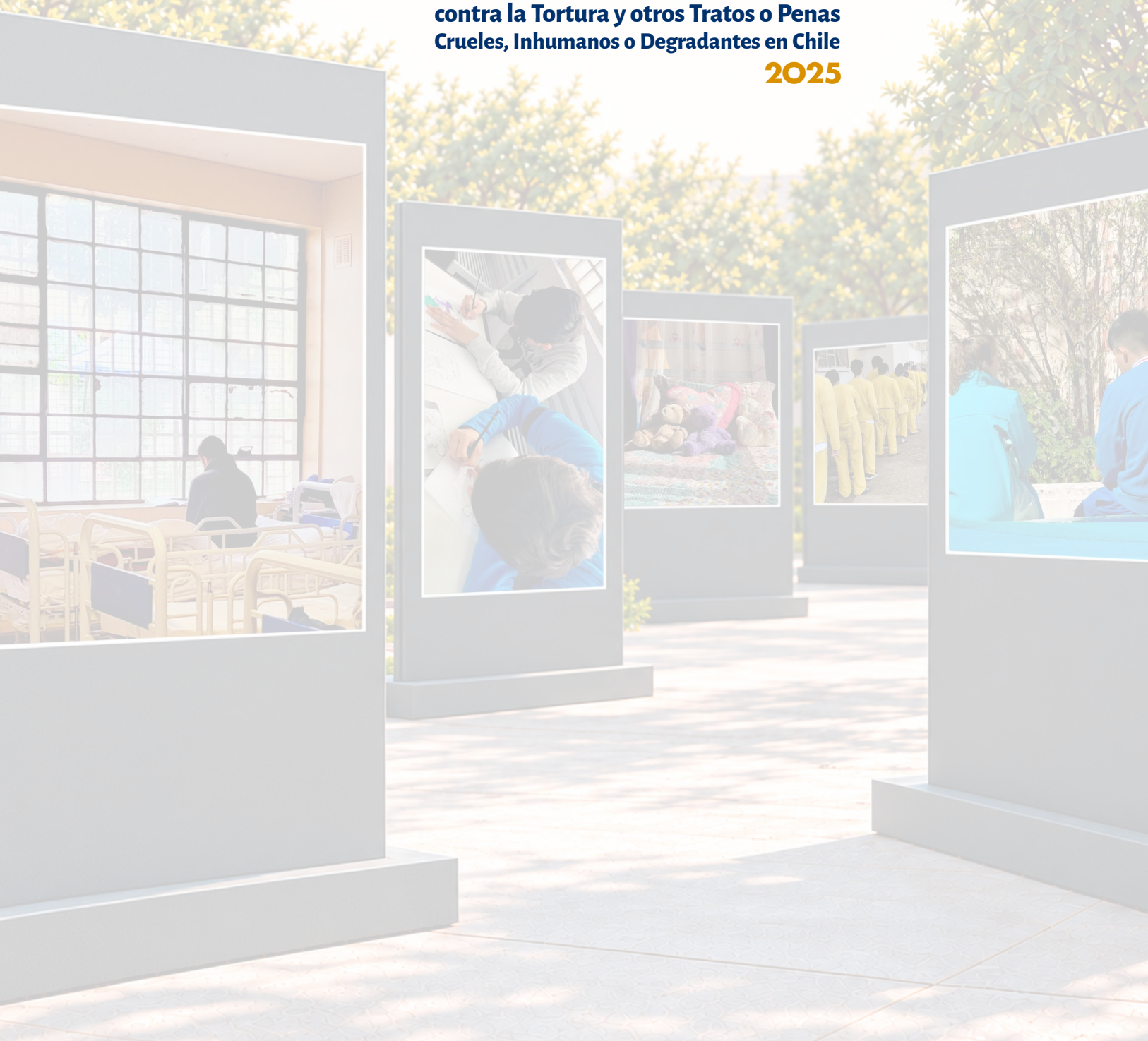
Santiago de Chile, octubre de 2026.

Comité de Prevención contra la Tortura

5 Quinto Informe anual

A cinco años del establecimiento del Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes en Chile

2025



Índice de contenidos

Agradecimientos....4

Prólogo....5

CAPÍTULO I:
La creación e instalación del Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes en Chile....9

La instalación de una nueva institucionalidad en derechos humanos: principales aprendizajes y desafíos....10

Construyendo una red global y regional hacia la prevención de la tortura: la vinculación con el SPT y los MNP de la región....15

¿Qué significa monitorear desde la prevención?....20

CAPÍTULO II:
Monitoreo realizado por el Comité de Prevención contra la Tortura a recintos de cuidado y/o custodia del Estado....29

Introducción....30

Niñas, niños y adolescentes bajo cuidado y custodia del Estado....38
Contexto....40
Monitoreo....53
Análisis....65

Cuidados de larga estadía para personas mayores: Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores y Unidades de Camas Sociosanitarias en hospitales....67
Contexto....69
Monitoreo....78
Análisis....88

Personas con discapacidad psicosocial....90
Contexto....92
Monitoreo....107
Análisis....123

Personas detenidas en unidades policiales 125
Contexto 127
Monitoreo 134
Análisis 142

Personas privadas de libertad en recintos penitenciarios 144
Contexto 146
Monitoreo 156
Análisis 188

La relación del Estado con las personas indígenas en el contacto con la justicia y el sistema penitenciario 189
Contexto 191
Monitoreo 192
Análisis 203

Cuidado y custodia de personas migrantes 204
Contexto 206
Monitoreo 213
Análisis 224

CONCLUSIÓN: Balance y desafíos 229

ANEXOS 236

Anexos Capítulo I

Anexo 1: Principios fundamentales del monitoreo preventivo y orientaciones metodológicas 237
Anexo 2: Preparación y desarrollo de las visitas 241
Anexo 3: Consideraciones fundamentales para resguardar la seguridad de los equipos de monitoreo del CPT 246
Anexo 4: Factores que favorecen el diálogo constructivo con las autoridades 247

Anexos Capítulo II

Anexo 5: Recintos visitados por el CPT entre 2021 y 2025 248

Anexo Conclusiones

Anexo 6: Recomendaciones del CPT dirigidas
a instituciones de nivel central a partir de visitas realizadas el año 2025 263
Anexo 7: Siglas y acrónimos 282

Referencias Bibliográficas Capítulo I 286
Referencias Bibliográficas Capítulo II 288

Agradecimientos

El Comité de Prevención Contra la Tortura de Chile agradece a:

Todas las personas que formaron parte del Comité de Prevención Contra la Tortura entre los años 2020 y 2025, que han contribido con mucha dedicación y compromiso a la instalación y consolidación de la institución.

Todas las personas privadas de libertad, que con sus testimonios han contribuido a permitir que se conozcan las condiciones de vida y el trato al cual están sometidas todas aquellas personas que se encuentran temporalmente bajo el cuidado o custodia del Estado de Chile, y que con ello se puedan generar recomendaciones que apunten a la abolición de la tortura y los malos tratos en las instituciones que tienen a personas bajo su resguardo.

A las organizaciones de la sociedad civil, que con su incansable trabajo contribuyen y fortalecen la defensa de los derechos humanos de las personas privadas de libertad, jugando un rol fundamental en la observación y denuncia de episodios de vulneración y malos tratos.

A las instituciones de los tres poderes del Estado o delegadas por éste, que nos han abierto sus puertas, que han mostrado sensibilidad y preocupación genuina por las personas bajo su cuidado, que acogen nuestras recomendaciones, y que han estado dispuestas a generar diálogos y acciones tendientes a mejorar la situación de las personas privadas de libertad. Destacamos especialmente el trabajo y compromiso de los departamentos, unidades y comisiones de DDHH de las diversas instituciones nacionales.

A los organismos nacionales de derechos humanos, y muy especialmente al Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), y a la Defensoría de la Niñez, con quienes seguiremos trabajando en pro de mejorar la respuesta del Estado hacia quienes se encuentran bajo su custodia o cuidado.

A los organismos internacionales y a quienes nos han transmitido buenas prácticas en el ámbito de la prevención de la tortura y los malos tratos, y muy especialmente al equipo de la Asociación para la Prevención de la Tortura (APT), a los MNPT latinoamericanos, y al equipo de la Oficina de América del Sur del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH).

Prólogo



Juan Pablo Vegas

Miembro del Subcomité para la Prevención de la Tortura de las Naciones Unidas

Nueva York, 29 de septiembre de 2026.

Quisiera agradecer, en primer lugar, a los miembros del Comité de Prevención contra la Tortura de Chile por brindarme la oportunidad de escribir estas líneas a modo de prólogo.

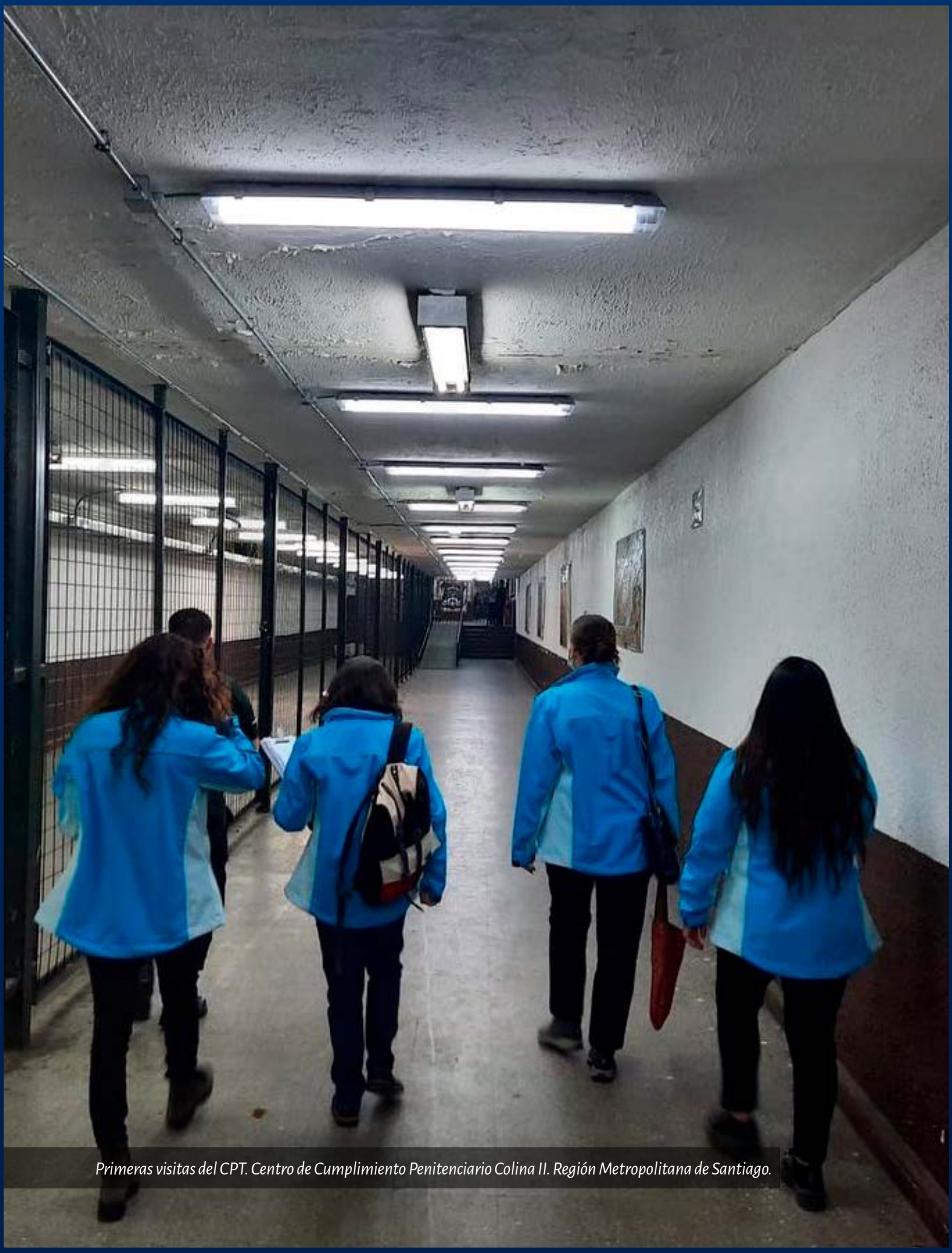
Como relator para Chile del Subcomité de las Naciones Unidas para la Prevención de la Tortura (SPT) y debido a mis responsabilidades profesionales he sido testigo de excepción de la historia así como del proceso de concepción y establecimiento, primero a nivel de legislación y luego en la práctica, del Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de Chile (MNPT), hoy Comité de Prevención contra la Tortura (CPT).

La creación del CPT se sustenta en las disposiciones del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT, por sus siglas en inglés). El OPCAT es el primer tratado que desarrolla la prevención como una obligación internacional mediante un enfoque tripartito entre los Estados Parte, el SPT y los mecanismos nacionales de prevención (MNP).

Bajo este prisma, los mecanismos nacionales -el CPT en el caso chileno- cumplen un papel fundamental para el cumplimiento de la citada obligación de prevención a través de visitas periódicas a todos los lugares de privación de libertad, de la misma naturaleza que las que realiza el Subcomité. No obstante, los MNP, a diferencia del SPT, tienen la capacidad de supervisar los lugares de privación de libertad de manera más directa y permanente. Además, los MNP conocen bien la situación nacional de sus respectivos Estados y, por tanto, están en mejores condiciones para evaluar qué medidas deben adoptarse para fomentar la prevención de la tortura a escala nacional. Solo a través de la supervisión continua y periódica de los centros de privación de libertad es posible identificar las causas de la tortura o los malos tratos y prevenirlos.

Con este fin, los gobiernos y todas las autoridades involucradas en la administración de los diferentes centros de privación de libertad deben garantizar a los MNP el mismo acceso que tiene el SPT a la información, a las instalaciones de detención y a las personas privadas de libertad, así como la posibilidad de realizar entrevistas confidenciales.[1]

1 Para mayor información sobre lo que el SPT entiende como lugar de privación de libertad se puede consultar la Observación general número 1 adoptada en 2024 y disponible en el vínculo https://docs.un.org/es/CAT/OP/GC/1



Primeras visitas del CPT. Centro de Cumplimiento Penitenciario Colina II. Región Metropolitana de Santiago.

Este valioso trabajo ha permitido identificar avances, pero también persistentes dificultades estructurales que requieren atención urgente: hacinamiento, deficiencias en infraestructura, violencia institucional, brechas en salud mental y limitaciones en el acceso a mecanismos de denuncia y protección.

Mediante sus informes y recomendaciones, los MNP deben impulsar los cambios necesarios en diversos ámbitos: condiciones de reclusión, procedimientos, legislación y políticas, así como prácticas y cultura institucional. Los Estados deben publicar y difundir ampliamente los informes anuales de los mecanismos nacionales y garantizar que se presenten y se pueda producir un debate público. Este quinto informe del CPT tiene, justamente, este objetivo.

El presente informe hace, en primer lugar, un recuento pormenorizado y objetivo de la historia del CPT. Del mismo modo, realiza un balance de las distintas visitas que ha efectuado desde que se instaló hace cinco años (más de 340) a diferentes lugares de privación de libertad -cárceles, unidades policiales, residencias de protección de niñas, niños y adolescentes, establecimientos de larga estadía para personas mayores, dispositivos de salud mental y centros de justicia juvenil, entre otros- tal como lo establecen las obligaciones internacionales asumidas por el Estado chileno. Este valioso trabajo ha permitido identificar avances, pero también persistentes dificultades estructurales que requieren atención urgente: hacinamiento, deficiencias en infraestructura, violencia institucional, brechas en salud mental y limitaciones en el acceso a mecanismos de denuncia y protección.

Del mismo modo, a través de los primeros capítulos se puede constatar que la consolidación del CPT ha ocurrido de forma gradual y paulatina, enfrentando contratiempos normativos, institucionales y culturales en un país cuya historia reciente ha estado marcada por importantes desafíos en materia de derechos humanos.

Como ha sido el caso en otros países de la región que son Estados Parte del OPCAT, el diseño institucional y posterior puesta en funcionamiento del CPT no estuvo ausente de tropiezos. En particular en lo que se refiere al inicio real de sus funciones -más allá de su ley de creación-, a su relación con el Instituto Nacional de Derechos Humanos, a la independencia del mecanismo, así como a la dotación de los recursos necesarios para cumplir con su mandato. No obstante, me consta que desde su creación, el CPT ha asumido la misión de prevenir la tortura y los malos tratos mediante un enfoque profesional, basado en el monitoreo técnico, el diálogo interinstitucional y la formulación de recomendaciones orientadas a la mejora continua de las condiciones de vida de las personas privadas de libertad bajo custodia del Estado.

Comprensiblemente, la agenda política chilena actual tiene como una de sus prioridades principales hacer frente a la inseguridad ciudadana y al crimen organizado mediante una estrategia integral. Dicha estrategia, para ser exitosa, debe aprender las lecciones del pasado y hacer uso de las herramientas que el derecho internacional de los derechos humanos pone a disposición de los Estados. La prevención de la tortura y los malos tratos no debe ser considerada como un obstáculo al combate contra la inseguridad. Al contrario, debe comprenderse como un elemento esencial de la lucha contra la inseguridad, y la arquitectura tripartita de prevención de la tortura y los malos tratos dispuesta por el OPCAT es uno de sus instrumentos esenciales. Hoy más que nunca, Chile requiere de un Comité de Prevención contra la Tortura sólido institucionalmente, independiente, visible y con la autonomía financiera necesaria para cumplir cabalmente con sus principales funciones, en particular la de realizar visitas inopinadas en cualquier lugar de privación de libertad del país, a fin de formular recomendaciones atinadas y constructivas a las autoridades concernidas.



Visita exploratoria 2025. Complejo Penitenciario La Laguna Talca. Región del Maule.

Capítulo I

La creación e instalación del
Mecanismo Nacional de Prevención
contra la Tortura y otros Tratos
o Penas Crueles, Inhumanos
o Degradantes en Chile

La instalación de una nueva institucionalidad en derechos humanos: principales aprendizajes y desafíos

1. Antecedentes y marco normativo

La consolidación de una institucionalidad en derechos humanos en Chile ha sido un proceso gradual, marcado por avances normativos, institucionales y culturales que han buscado responder a los desafíos propios de un país con una historia marcada por graves violaciones a los derechos humanos. Desde el retorno a la democracia, el Estado chileno ha impulsado múltiples mecanismos destinados a fortalecer la protección, promoción y garantía de los derechos humanos: la creación de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación (1990), la Mesa de Diálogo (1999), la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (2004), la instalación del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) en 2010, la creación de la Subsecretaría de Derechos Humanos dentro del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2016) y la Defensoría de la Niñez (2018).

Todos estos cambios fueron consolidando una robusta arquitectura institucional en materia de derechos humanos, dotando al sistema de una institucionalidad permanente y con mandato legal, capaz de presentar acciones judiciales ante casos de violencia institucional para perseguir la responsabilidad del Estado y de sus agentes.

A pesar de los avances alcanzados en Chile y en el plano internacional, distintos acontecimientos han evidenciado que las violaciones a los derechos humanos continúan produciéndose, pese a los esfuerzos en materia de promoción y protección judicial. Ante este panorama, el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT) introduce un nuevo enfoque preventivo, centrado en visitas de monitoreo no anunciadas a todos los lugares donde las personas se encuentran bajo custodia o cuidado del Estado.

Así, con la promulgación de la Ley N° 21.154 (2019), que dio cumplimiento al compromiso asumido por el Estado de Chile al ratificar el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura, se designa al Instituto Nacional de Derechos Humanos como Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (MNPT), proponiendo una nueva estrategia para prevenir la tortura y los malos tratos a través del monitoreo técnico y del diálogo interinstitucional.

2. La historia de la ley: debates fundacionales

La historia de la ley permite comprender los principales debates que dieron forma a esta nueva institucionalidad, el alcance del mandato preventivo y el rol que el Mecanismo ejerce dentro del sistema nacional de derechos humanos.

Un primer debate se centró en la ubicación institucional del MNPT dentro de la orgánica nacional en materia de derechos humanos. Al respecto, la discusión se enfocó en cómo compatibilizar la exigencia de independencia que establece el OPCAT con la estructura institucional existente en Chile. Diversas organizaciones de la sociedad civil advirtieron que radicar el Mecanismo en el INDH podía contravenir las recomendaciones del Subcomité para la Prevención de la Tortura, al crear una posible subordinación interna incompatible con la autonomía requerida. Sin embargo, el Poder Ejecutivo, el INDH y la mayoría de los parlamentarios sostuvieron una posición distinta: el Instituto era la única institución nacional con autonomía legal, estabilidad orgánica y mandato en derechos humanos capaz de albergar el MNPT sin crear una nueva entidad pública. Este punto fue reforzado por la experiencia comparada y las directrices del SPT, que reconocen que los mecanismos pueden funcionar dentro de instituciones nacionales de derechos humanos siempre que cuenten con garantías efectivas de autonomía operativa, personal propio y un órgano especializado separado del resto de las funciones del Instituto (Biblioteca del Congreso Nacional [BCN], 2019).

En coherencia con ello, la ley estableció una fórmula institucional singular que combinó la designación formal del Instituto como órgano responsable con el ejercicio especializado de este mandato a través del Comité de Prevención contra la Tortura (CPT), bajo un diseño institucional que permitiera su autonomía funcional. En este punto, la ley incorporó garantías explícitas: el CPT define su propio plan anual de visitas y metodología de monitoreo; se dispuso la contratación de personal de apoyo con dedicación exclusiva, que depende funcionalmente del Comité y no de otras áreas del INDH; sus informes y recomendaciones no requieren la aprobación del Consejo, y la información que levantan es reservada, incluso frente al propio Instituto.

La ley estableció una fórmula institucional singular que combinó la designación formal del Instituto como órgano responsable con el ejercicio especializado de este mandato a través del Comité de Prevención contra la Tortura (CPT), bajo un diseño institucional que permitiera su autonomía funcional.

Por otro lado, la discusión sobre la composición del CPT se concentró en asegurar un órgano colegiado que fuese técnicamente sólido, capaz de cumplir las exigencias del OPCAT. Luego de un proceso de deliberación, se concluyó que constituir el Comité como un órgano colegiado compuesto por siete integrantes permitiría, a su vez, la contratación de un equipo profesional de apoyo, condición fundamental para el desarrollo del trabajo operativo del Mecanismo.

En cuanto a la designación de las comisionadas y los comisionados, existió un consenso en establecer un procedimiento transparente basado en el sistema de Alta Dirección Pública, mediante un concurso administrado por el Servicio Civil y con nominación final a cargo del Consejo del INDH. En cuanto a estos perfiles, la solución adoptada consistió en establecer cuatro perfiles específicos, privilegiando trayectorias en materias relativas al derecho humanitario o los derechos humanos, los sistemas penitenciarios, la salud y el ámbito social, coherentes con las funciones del CPT, así como también con el mandato de monitoreo preventivo que caracteriza la labor de los mecanismos en el ámbito internacional.

La metodología de diálogo constituye el núcleo del enfoque preventivo del OPCAT y fue destacada explícitamente durante la discusión de la Ley N° 21.154.

En la Comisión de Derechos Humanos del Senado, la subsecretaría de Derechos Humanos explicó que los mecanismos creados por el Protocolo "se basan en el establecimiento de un diálogo con las autoridades a cargo de los lugares de privación de libertad" y que, por su carácter preventivo, son comprendidos como "magistraturas de convencimiento" (BCN, 2019, p. 25).

El Poder Ejecutivo reforzó esta idea señalando que los avances en prevención se logran mediante "el diálogo con las autoridades y la disuasión nacida de las visitas permanentes", subrayando que el propósito del Mecanismo no es denunciar, sino identificar riesgos y promover mejoras (BCN, 2019, p. 25). Este enfoque de prevenir a través del diálogo también explica la regulación excepcional del deber de denuncia. Durante la tramitación del proyecto de ley en el Senado, se discutió sobre los alcances de esa excepción de denuncia, la cual tiene por finalidad resguardar justamente la "vocación de diálogo" propia de las entidades preventivas (Comisión de Derechos Humanos, Nacionalidad y Ciudadanía, 2017, p. 8).

En este marco, las visitas del Comité no tienen un fin sancionatorio, sino que permiten observar prácticas, analizar condiciones, formular recomendaciones técnicas y exigir respuestas fundadas de las instituciones visitadas, concibiendo esta metodología como un proceso continuo de observación y conversación interinstitucional orientado a corregir deficiencias, transformar prácticas y reducir la probabilidad de tortura o malos tratos antes de que ocurran.

3. Posicionamiento institucional: difusión del mandato y construcción de confianza

Desde sus primeros años, la instalación del CPT supuso un esfuerzo sostenido de difusión y clarificación de su mandato. Dar a conocer el alcance de la función preventiva, diferenciarla de otros dispositivos del sistema nacional de derechos humanos y explicar el alcance de sus atribuciones fue una condición básica para el ejercicio efectivo de su misión institucional. Este proceso fue gradual y exigió una estrategia de diálogo con distintos niveles de los organismos encargados del cuidado y la custodia de las personas privadas de libertad, así como el despliegue de una claridad técnica que pudiera brindar legitimidad a la forma de trabajo que caracterizaría a esta nueva institucionalidad.

A medida que los distintos actores fueron conociendo en mayor profundidad el sentido y alcance de la labor que realiza el Comité, se abrieron espacios de diálogo que permitieron construir vínculos para avanzar de manera sostenida en la instalación de métodos de trabajo interinstitucional, generando confianza con los equipos y fortaleciendo el trabajo preventivo. Este mayor conocimiento sobre el CPT —su mandato, visión y misión, así como las implicancias y resultados de su accionar— hizo posible el desarrollo de mesas de trabajo a nivel nacional y local, así como la implementación de nuevas metodologías adaptadas a cada institución, región o tipo de contraparte (ver Anexo 2).

Una de las principales lecciones aprendidas a lo largo de estos años ha sido que el rol de difusión y sensibilización resulta fundamental para fortalecer la labor de prevención de la tortura y la promoción del respeto a los derechos humanos, con miras a erradicar estas prácticas. Desde las primeras etapas de su instalación, el CPT ha impulsado diversas acciones en esta materia, ya sea a través de formación y sensibilización, seminarios, conversatorios, difusión de informes y reuniones con autoridades y actores clave, como mediante su participación en medios de comunicación, particularmente en medios regionales, junto con la difusión en redes sociales.

Para consolidar el trabajo preventivo en diferentes espacios e instituciones, ha sido fundamental la labor desplegada por contrapartes institucionales altamente comprometidas, que reconocen al CPT como un aliado estratégico para atender y resolver sus desafíos institucionales. Este proceso de alianzas y vinculación ha requerido un esfuerzo basado en la construcción de relaciones de confianza, estableciendo enlaces técnicos y canales de comunicación fluidos, que permiten responder de forma pronta y oportuna a los desafíos y requerimientos derivados del monitoreo técnico. A su vez, este esfuerzo de posicionamiento debió sostenerse en un contexto excepcional: la pandemia por COVID-19.

4. El desafío de la pandemia por COVID-19

El contexto de la pandemia por COVID-19 constituyó un desafío transversal para el proceso de instalación. Las restricciones sanitarias afectaron la posibilidad de realizar visitas presenciales, ralentizaron procesos administrativos clave y dificultaron la interacción directa con contrapartes y actores relevantes. Sin embargo, este contexto también obligó al Comité a desarrollar capacidades de adaptación, priorización y flexibilidad operativa. La experiencia de la pandemia evidenció la importancia de contar con protocolos claros, herramientas tecnológicas adecuadas y una planificación capaz de ajustarse a escenarios de alta incertidumbre. Durante este período se realizaron las primeras visitas del CPT. Más allá de este contexto sanitario, el proceso de instalación dejó aprendizajes esenciales sobre cómo organizar el equipo y resguardar su autonomía técnica, aprendizajes que se detallan a continuación.

5. Algunos aprendizajes de la instalación

El proceso de instalación dejó aprendizajes relevantes relacionados con la continuidad y coherencia institucional. Por una parte, se ha visualizado la importancia del fortalecimiento de la secretaría ejecutiva y los equipos profesionales, así como de la formalización de procedimientos y formas de actuación en el monitoreo. El mandato de las/os expertas/os es de cuatro años y sus entradas y salidas no necesariamente coinciden en el tiempo, por lo que el equipo permanente de profesionales cumple un rol central en asegurar la continuidad institucional, resguardar los aprendizajes, mantener la coherencia metodológica, las formas institucionales de actuación y el diálogo con las contrapartes. Como se verá más adelante, el establecimiento de procedimientos formales y protocolos de actuación durante el monitoreo se han vuelto fundamentales para garantizar la consistencia, continuidad del trabajo y estabilidad institucional.

Asimismo, el carácter interdisciplinario del equipo ha sido un elemento central para el cumplimiento del mandato del CPT. La articulación de miradas y formaciones provenientes del derecho, las ciencias sociales, la salud y otras disciplinas ha permitido abordar la prevención de la tortura desde una perspectiva integral, fortaleciendo la calidad de los análisis, las recomendaciones y los procesos de incidencia. Este enfoque ha facultado al Comité para poder dialogar con distintos sectores del Estado desde la comprensión específica del funcionamiento de determinados servicios públicos, de normativas especializadas y de fenómenos sociales o psicológicos asociados al cuidado o custodia.

Otro aprendizaje clave ha sido el valor estratégico de la autonomía funcional del Comité respecto al Instituto Nacional de Derechos Humanos. Si bien la coordinación con el INDH ha sido necesaria para la gestión administrativa y el cumplimiento del mandato legal, la autonomía funcional del CPT le ha permitido resguardar su independencia técnica, fortalecer su identidad institucional y dotar de mayor fuerza su labor preventiva, permitiendo el desarrollo de criterios y actuaciones propias, junto con la construcción de un diálogo con las contrapartes del Estado que tiene matices, tiempos y focos distintos a los que comúnmente sostienen las instituciones vinculadas a la protección de los derechos humanos y la acción judicial.

Si bien la coordinación con el INDH ha sido necesaria para la gestión administrativa y el cumplimiento del mandato legal, la autonomía funcional del CPT le ha permitido resguardar su independencia técnica, fortalecer su identidad institucional y dotar de mayor fuerza su labor preventiva,

Desde el retorno a la democracia,

Chile ha construido gradualmente una institucionalidad de derechos humanos:

1990 — Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación

1999 — Mesa de Diálogo de Derechos Humanos

2004 — Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura

2010 — Instituto Nacional de Derechos Humanos

2016 — Subsecretaría de Derechos Humanos

2018 — Defensoría de la Niñez

El OPCAT promueve la prevención de la tortura mediante visitas no anunciadas. En Chile, la Ley N.° 21.154 (2019) designó al INDH como MNPT, pero actuando exclusivamente a través del **Comité de Prevención contra la Tortura (CPT).**

CPT Comité de Prevención contra la Tortura

Principales hitos de la creación del CPT:

2008 — Chile ratifica el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura (OPCAT).

2016 — La Ley N° 20.968 tipifica los delitos de tortura y de tratos crueles, inhumanos o degradantes.

2019 — La Ley N° 21.154 crea formalmente el MNPT y establece al Comité de Prevención contra la Tortura (CPT), definiendo su mandato y su relación con el INDH.

2020 — El CPT inicia su funcionamiento en mayo, con una integración parcial de 4 expertas/os, 1 secretario ejecutivo y un equipo de 5 profesionales.

2021 — Pese a las restricciones sanitarias por COVID-19, el CPT inicia el monitoreo a recintos penitenciarios, unidades policiales, hospitales psiquiátricos, residencias de protección y ELEAM.

2022 — El Comité completa su composición de 7 expertas/os prevista en la ley, ampliando su cobertura.

2022 al 2024 — Consolidación institucional, mayor estabilidad del equipo profesional y diálogo más estructurado con las contrapartes.

2024 — Se crea la Red Latinoamericana para la Prevención de la Tortura (RELAPRET, mayo de 2024, Costa Rica).

2025 — En julio, el CPT organiza en Santiago el Primer Encuentro Regional de MNP de América Latina.

Construyendo una red global y regional hacia la prevención de la tortura: la vinculación con el SPT y los MNP de la región

1. Introducción

La implementación del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes establece un sistema de prevención que contempla la creación de un Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT) a nivel internacional y la designación o establecimiento de Mecanismos Nacionales de Prevención (MNP) en los Estados Partes. La relación entre los MNP y el SPT es de colaboración y diálogo permanente, donde el SPT actúa como órgano asesor y de monitoreo, visitando los países y emitiendo recomendaciones para fortalecer la labor de los MNP.

El CPT también ha desarrollado una relación de trabajo con el Comité contra la Tortura (Comité CAT) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), órgano de tratado compuesto por 10 expertas/os independientes, encargado de supervisar la aplicación de la Convención contra la Tortura (CAT) por los Estados Partes.

Por su parte, la Asociación para la Prevención de la Tortura (APT) ha cumplido un rol fundamental como organismo no gubernamental de apoyo técnico y promoción, facilitando la creación, el fortalecimiento y la capacitación continua de los MNP, e impulsando la articulación regional e internacional para el intercambio de experiencias y buenas prácticas. La APT ha sido un apoyo esencial para el CPT desde las etapas iniciales de su instalación, particularmente por sus orientaciones técnicas para la elaboración de manuales y protocolos, las cuales se detallan en la sección 1.3. Asimismo, su acompañamiento ha sido fundamental para el desarrollo de proyectos de incidencia en la prevención de la tortura, fortaleciendo la capacidad del CPT para realizar propuestas concretas de políticas públicas, de fortalecimiento institucional o de vinculación intersectorial —como el apoyo prestado para el desarrollo de herramientas específicas de monitoreo en materia penitenciaria, corrupción y salud mental, entre otras—. Finalmente, su presencia permanente ha facilitado un diálogo fluido y un intercambio de experiencias con otros MNP a nivel global, un factor clave para nutrir la perspectiva y las capacidades del Mecanismo chileno.

El intercambio de experiencias del CPT con otros MNP de América Latina y el Caribe desde los primeros meses de su conformación ha permitido anticipar formas de abordaje ante desafíos metodológicos y estratégicos, tanto en el monitoreo como en la relación con otras instituciones y autoridades. La colaboración mutua se consolidó en mayo de 2024 con la creación de la Red Latinoamericana de Mecanismos para la Prevención de la Tortura, hito que subraya el compromiso de Chile con la acción articulada y el fortalecimiento colectivo de la prevención de la tortura a nivel regional.

2. Mecanismos Nacionales de Prevención en América Latina

En América Latina existen 14 países que han ratificado el OPCAT y que cuentan con Mecanismos Nacionales de Prevención designado a la fecha de cierre de este informe[1].

Existe una gran heterogeneidad en la estructura institucional de los MNP de la región. Gran parte de ellos están alojados en defensorías del pueblo o instituciones nacionales de derechos humanos y, si bien todos gozan de autonomía funcional, sólo unos pocos tienen autonomía financiera y administrativa. A pesar de que la totalidad de los MNP comparte un mandato amplio, que instruye el monitoreo de una gran cantidad de recintos de cuidado o custodia del Estado, la composición de los MNP de la región suele ser pequeña; todos están liderados por cinco a siete comisionadas/os, apoyados, en algunos casos, por equipos técnicos profesionales.

Siguiendo el mandato que establece el OPCAT, los MNP concentran su monitoreo en visitas no anunciadas, procurando priorizar las visitas preventivas por sobre aquellas que se generan a partir de denuncias específicas o situaciones urgentes. Todos los MNP publican un informe anual que consagra el trabajo realizado, además de informes de visita e informes temáticos. Algunos elaboran documentos que apoyan acciones judiciales e informes conjuntos con organismos nacionales e internacionales. Otros han logrado consolidar sistemas de registro y bases de datos que permiten publicar estadísticas de personas bajo cuidado o custodia del Estado y registros oficiales de malos tratos y muertes bajo custodia. La cantidad de visitas que realiza cada MNP varía entre 19 y 175 recintos al año, según su profundidad, composición y tamaño de los equipos.

Ante denuncias por tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, la mayoría de los MNP deriva a las autoridades competentes, los organismos de protección y el Ministerio Público, según corresponda. Además, en algunos casos se solicita la apertura de un procedimiento penal, administrativo y/o de peritajes oficiales. Existen unos pocos MNP que tienen atribuciones para presentar acciones judiciales. El rol de los MNP en la judicialización e investigación de casos de tortura o malos tratos, junto con el balance entre las funciones preventivas y reactivas, es uno de los aspectos sobre los que se considera necesario reflexionar.

Existe una gran heterogeneidad en la estructura institucional de los MNP de la región. Gran parte de ellos están alojados en defensorías del pueblo o instituciones nacionales de derechos humanos y, si bien todos gozan de autonomía funcional, sólo unos pocos tienen autonomía financiera y administrativa.

3. El buen funcionamiento de los MNP y principales desafíos en la región

Algunos aspectos que los mismos MNP han destacado como relevantes para su buen funcionamiento tienen relación con (i) el fortalecimiento de la autonomía e independencia; (ii) la coordinación y articulación con instituciones nacionales y organismos internacionales; (iii) la elaboración de recomendaciones conjuntas y de posicionamientos regionales frente a temas relevantes; (iv) la documentación de los hallazgos con datos estadísticos y fotografías; y (v) la visibilización de buenas prácticas en la prevención de los malos tratos.

1 Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay.

Junto a estos factores de buen funcionamiento, los MNP de la región coinciden en un diagnóstico compartido sobre problemáticas comunes que imprimen enormes desafíos a la prevención de los malos tratos en el cuidado o la custodia.

El populismo punitivo sobresale como una de ellas, agudizando fuertemente las vulneraciones en recintos penitenciarios y la situación de la niñez y adolescencia en justicia juvenil, con propuestas de rebaja en la edad de imputabilidad que generan especial preocupación. A esto se suma el desafío de operar en un contexto de sobreinformación y tergiversación de la realidad, que exige contrarrestar la desinformación y los discursos de odio en los que la defensa de los derechos humanos es percibida a menudo como un obstáculo para la seguridad. En este sentido, el SPT ha recomendado el desarrollo de estrategias de comunicación creativas y diversas —más allá de los informes—, a fin de contrarrestar la desinformación y desafiar los discursos de redes sociales que posicionan los derechos humanos como parte del problema, reforzando la importancia de mantener alianzas internacionales que fortalezcan las redes y capacidades locales, especialmente en contextos de crisis. En el terreno, la falta de legitimidad se traduce en restricciones para documentar y en la resistencia o el temor de algunas personas funcionarias a colaborar.

Los MNP de la región coinciden en un diagnóstico compartido sobre problemáticas comunes que imprimen enormes desafíos a la prevención de los malos tratos en el cuidado o la custodia. El populismo punitivo sobresale como una de ellas, agudizando fuertemente las vulneraciones en recintos penitenciarios y la situación de la niñez y adolescencia en justicia juvenil.

A su vez, estos desafíos de legitimidad se ven agravados por restricciones materiales: gran parte de los MNP comparte un diagnóstico común sobre la restricción presupuestaria que caracteriza a la región, lo que afecta directamente los recursos humanos y la capacidad de hacer visitas e informes —restricción que, en algunos casos, se suma a la falta de autonomía institucional—.

Persisten desafíos de coordinación interinstitucional con organismos de protección vinculados a la acción judicial y la necesidad de desarrollar herramientas y estrategias más efectivas para el seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones emitidas.

En conjunto, el monitoreo realizado por los distintos países de la región permite sintetizar cinco hallazgos comunes:

- La criminalización de las mujeres en el sistema penal, con un involucramiento delictivo fuertemente relacionado con la pobreza, la supervivencia y los roles de género.
- El populismo punitivo, ya señalado más arriba, el cual también se traduce en presión social y política creciente para endurecer las penas aplicables a los jóvenes.
- Las vulneraciones de derechos de parte de las policías, principalmente durante la aprehensión, la dispersión de manifestaciones y los interrogatorios.
- Problemáticas estructurales en materia de salud mental, relacionadas con la escasez de centros de atención, el uso de contenciones físicas y farmacológicas sin adecuado registro y la deficiente cobertura de centros intermedios para la rehabilitación o recuperación.
- La tendencia a que decisiones judiciales prevalezcan sobre criterios de salud al ordenar reclusiones prolongadas de personas con condiciones de salud mental, en detrimento de su derecho a una atención adecuada.

Frente a este diagnóstico compartido, la región ha impulsado una respuesta institucional colectiva: la creación de la Red Latinoamericana para la Prevención de la Tortura.

4. Red Latinoamericana para la Prevención de la Tortura

La creación de la Red Latinoamericana para la Prevención de la Tortura representa el primer paso institucional concreto de la región para enfrentar de manera colectiva los hallazgos encontrados. Esta red ha impulsado la coordinación de instancias de cooperación regional, entre las que se encuentran encuentros regionales en Costa Rica, Lima, Buenos Aires y Santiago de Chile.

Como resultado del encuentro regional organizado por la Asociación para la Prevención de la Tortura en Costa Rica, en mayo de 2024 se creó la Red Latinoamericana para la Prevención de la Tortura (RELAPRET), en la que se adoptó la Declaración de San José, materializando el compromiso con el fortalecimiento institucional, el trabajo colaborativo y la acción articulada en materia de prevención de la tortura y los malos tratos. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) celebró públicamente la creación de la Red y la realización del encuentro regional, instando a los Estados de la región a promover la creación, el fortalecimiento y el adecuado funcionamiento de estos mecanismos.

En este marco, el Comité de Prevención contra la Tortura de Chile, junto a la APT, organizó el primer encuentro regional presencial de la RELAPRET en Santiago de Chile los días 23, 24 y 25 de julio de 2025. Los objetivos del encuentro fueron: (i) intercambiar experiencias sobre los modelos y la organización de mecanismos de prevención de la tortura y su complementariedad con las instituciones nacionales de derechos humanos en su rol de protección legal; (ii) analizar y compartir la experiencia de los diferentes mecanismos respecto al monitoreo de lugares de privación de libertad, incluyendo sus metodologías, hallazgos, recomendaciones y acciones de incidencia; (iii) consolidar el trabajo en red y la coordinación entre los MNP de América Latina; (iv) avanzar en la elaboración de recomendaciones dirigidas a organismos nacionales e internacionales; y (v) acordar las temáticas relevantes a incluir en una declaración conjunta.

La creación de la RELAPRET representa el primer paso institucional concreto de la región para enfrentar de manera colectiva los hallazgos comunes señalados en la sección anterior. Ha impulsado la coordinación de instancias de cooperación regional, entre las que se encuentran encuentros regionales en Costa Rica para abordar los avances y desafíos de la implementación del OPCAT en América Latina, en Lima y Buenos Aires sobre uso de la fuerza, detención policial y condiciones de custodia, y en Santiago de Chile sobre desafíos de la integridad y el buen gobierno de las cárceles en América Latina. Asimismo, se ha concretado una serie de proyectos conjuntos sobre guías de monitoreo relevantes para el quehacer de los MNP, entre las que se encuentran la Guía de monitoreo de la corrupción en cárceles, iniciativa organizada por el CPT junto al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Centro de Estudios Justicia y Sociedad de la Universidad Católica, que entrega insumos concretos para el monitoreo de este fenómeno en la realidad latinoamericana; la guía conceptual y metodológica sobre Salvaguardas para la protección de los derechos de las personas privadas de libertad por condiciones de salud mental desde la perspectiva de la prevención de la tortura y la ejecución de diversas actividades de apoyo mutuo para el abordaje del monitoreo de niñas, niños y adolescentes bajo custodia. Por último, se han promovido instancias de especialización, como la certificación conjunta en el diplomado sobre jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) para los MNP.

Mecanismos Nacionales de Prevención de la Tortura en América Latina y el Caribe



Países con el Protocolo Ratificado y MNP designado

1. **Argentina** (Comité Nacional para la Prevención de la Tortura)
2. **Bolivia** (Servicio para la Prevención de la Tortura - SEPRET)
3. **Brasil** (Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura)
4. **Chile** (Comité de Prevención contra la Tortura - CPT)
5. **Costa Rica** (Mecanismo inserto en la Defensoría de los Habitantes)
6. **Ecuador** (Mecanismo a cargo de la Defensoría del Pueblo)
7. **Guatemala** (Oficina Nacional de Prevención de la Tortura)
8. **Honduras** (Comité Nacional de Prevención contra la Tortura - CONAPREV)
9. **México** (Mecanismo operado por la CNDH)
10. **Nicaragua** (Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos)
11. **Panamá** (Mecanismo delegado a la Defensoría del Pueblo)
12. **Paraguay** (Mecanismo Nacional de Prevención - MNP)
13. **Perú** (Mecanismo adscrito a la Defensoría del Pueblo)
14. **Uruguay** (Mecanismo integrado en la INDDHH)

*Según la Base de datos OPCAT – APT (Association for the Prevention of Torture), Belice ratificó el OPCAT en septiembre de 2015 y Colombia en noviembre de 2025; en ambos casos no se detalla información sobre implementación del MNP. Venezuela registra la firma del OPCAT en julio de 2011, sin fecha de ratificación.

Doce MNP integrantes de RELAPRET:
Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay.

2024: Creación de Red Latinoamericana para la Prevención de la Tortura (RELAPRET) y el Encuentro Regional de MNP en Costa Rica.

2025: Encuentro Regional de MNP de América Latina. Santiago de Chile.

RELAPRET

¿Qué significa monitorear desde la prevención?

La institucionalidad tradicional de derechos humanos en Chile ha operado mayoritariamente desde una lógica reactiva: documentar los hechos y perseguir responsabilidades una vez ocurrida la vulneración. El mandato preventivo introduce una lógica distinta, centrada en identificar riesgos de maltrato, condiciones estructurales que están detrás de ellos y medidas que permitan evitar su materialización, recurrencia o agravamiento.

Esto distingue al monitoreo del CPT de otras formas de supervisión que operan sobre los mismos recintos: por lo general, el control judicial actúa frente a una causa o denuncia específica; el sanitario fiscaliza el cumplimiento de normas técnicas; el auditor revisa la administración y uso de recursos. El monitoreo preventivo no busca sancionar una práctica específica, sino construir una comprensión de los factores de riesgo de tortura y malos tratos e incidir en ellos a través del diálogo técnico y las recomendaciones.

Esta forma de trabajar se sostiene en **tres decisiones metodológicas** que, en conjunto, son las que distinguen al monitoreo preventivo de otras formas de supervisión estatal: **las visitas no se anuncian,** salvo excepciones puntuales, para poder observar la realidad cotidiana del recinto y no una versión preparada para la visita; **la selección y el orden de los recintos a visitar no dependen de que exista una denuncia,** sino de criterios de riesgo de maltrato; y **el vínculo con las instituciones** no se agota en un pronunciamiento único, sino que **se sostiene en el tiempo a través del diálogo,** el seguimiento de los avances en el cumplimiento de medidas concretas y la identificación de los distintos actores e instituciones interpeladas a actuar para efectivamente prevenir las distintas formas de maltrato hacia las personas bajo cuidado o custodia del Estado.

El **diseño metodológico** que traduce este enfoque en la actividad operativa cotidiana del CPT partió de un diagnóstico inicial del universo de recintos bajo mandato del CPT —tipos de recintos, cobertura territorial, niveles de ocupación y tipo de administración—, de la caracterización de las personas bajo cuidado o custodia y de un mapeo del monitoreo ya existente sobre esos mismos recintos, que permitió identificar vacíos, superposiciones y ámbitos poco visibilizados que requerían una presencia más activa del Comité.

Sobre esa base se construyó el *Manual general de visita preventiva* y los protocolos de visita diferenciados por tipo de recinto, anclados en los **15 principios rectores** para el monitoreo en derechos humanos de Naciones Unidas (ONU, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2001) y en los estándares del OPCAT, el SPT y la APT, y que operan como ejes transversales en cada etapa de visita. Existen cuatro principios que se vuelven especialmente relevantes para orientar las formas de actuación del CPT. El principio de **no hacer daño** exige que ninguna acción de monitoreo genere un riesgo mayor al que se busca prevenir y es el que

orienta las decisiones sobre consentimiento informado, confidencialidad y prevención de represalias frente a quienes entregan información al Comité. El principio de **objetividad** obliga a sostener los hallazgos en fuentes trianguladas y verificables, evitando que una impresión aislada se traduzca en una conclusión institucional. El principio de **respeto** —hacia las personas bajo cuidado o custodia, hacia el personal y hacia las autoridades del recinto— es lo que permite que el monitoreo se desarrolle sin obstaculizar el funcionamiento cotidiano de la institución visitada, aun cuando se ejerzan plenamente las facultades legales del Comité. Finalmente, el principio de **seguridad** resguarda tanto a las personas entrevistadas como al propio equipo de monitoreo frente a los riesgos inherentes a visitar, sin previo aviso, recintos de privación de libertad o custodia. La forma en que estos y los demás principios se traducen en criterios concretos de actuación —antes, durante y después de una visita— se desarrolla en el Anexo 1 del presente informe, pensado como material de referencia tanto para comprender el trabajo del CPT como para orientar la instalación de otros MNP o la práctica de otros organismos que realizan monitoreo.

1. ¿Cómo se priorizan y planifican las visitas?

Existen aproximadamente 1.066 recintos a nivel nacional bajo el mandato del CPT, que albergan a alrededor de 450.000 personas bajo cuidado o custodia del Estado. El Comité tiene sede en Santiago y se compone de aproximadamente 25 personas, mandatadas a cubrir el monitoreo de todos estos recintos a lo largo del país, lo que obliga a establecer criterios claros de priorización.

Para decidir dónde y cuándo visitar, el CPT recurre a **cuatro criterios principales:** la **gravedad,** entendida como el potencial de las prácticas observadas de constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes; la **magnitud,** o extensión del riesgo, ya sea por el número de personas afectadas o por su carácter estructural; la **evolución en el tiempo,** que permite identificar problemáticas persistentes o que podrían agravarse; y el **nivel de invisibilización,** es decir, la ausencia de otros organismos de monitoreo sobre ese tipo de recinto o población (CPT, 2024, 2025). A esto se suman la presencia de grupos en situación de vulnerabilidad y la ocurrencia de incidentes críticos o cambios institucionales relevantes.

Un elemento central de esta planificación es la **confidencialidad de los lugares a visitar,** que resguarda el carácter no anunciado de las visitas y que, junto con la priorización por riesgo, es uno de los rasgos que distingue al monitoreo preventivo de otras formas de supervisión estatal.

2. El oficio del monitoreo preventivo: preparación, consentimiento, y cuidado

Una visita no empieza cuando el equipo ingresa al recinto, sino varias semanas o incluso meses antes. Previo a la realización de una visita, es necesario recopilar información relacionada con el recinto y las personas residentes para detallar los objetivos de la visita, identificar disciplinas necesarias para cubrir el monitoreo y adaptar las pautas específicas para el levantamiento de la información.

El CPT ha constatado que una preparación insuficiente incrementa el riesgo tanto para las personas entrevistadas como para el propio equipo: es muy distinto ingresar a un recinto con claridad previa sobre lo que se busca observar y los criterios de actuación frente a riesgos o incidentes que resolver estas cosas en el momento mismo. Por ello, cada visita contempla una reunión de preparación en la que se revisa la información disponible del recinto, se distribuyen los roles y se repasan los protocolos de actuación frente a denuncias o situaciones de riesgo, incluso cuando parte del equipo cuente con experiencia previa. Esta preparación constituye, en la práctica, la primera medida de protección de la visita.

La mayoría de las visitas del CPT no son anunciadas: el equipo se presenta sin previo aviso y esta modalidad multiplica los posibles imprevistos, lo que hace aún más necesaria la preparación previa. A lo largo de estos años de monitoreo, el Comité ha debido enfrentar resistencias de parte del personal o de las personas

residentes, denegación de acceso a dependencias, procedimientos disciplinarios o de contención, situaciones de descompensación en el curso de una entrevista, entre muchas otras. La adecuada gestión de estas situaciones depende de que el equipo haya acordado previamente los criterios de actuación frente a cada una de ellas y de que se conozca muy bien qué facultades tiene el CPT para garantizar una recolección de información segura, objetiva, respetuosa y que no ponga en riesgo a residentes, funcionarias/os o al equipo de monitoreo.

Quien entrevista a una persona bajo cuidado o custodia del Estado lo hace siempre en un contexto de asimetría, que condiciona en gran medida lo que se puede preguntar y de qué forma. Las personas se encuentran en una situación de vulnerabilidad de la que quien realice el monitoreo debe ser plenamente consciente. De ahí que el consentimiento libre e informado no constituya un trámite previo a la entrevista, sino la base que sostiene toda la interacción: explicar con claridad el mandato del CPT, el uso que se dará a la información entregada y los límites de lo que el Comité puede y no puede hacer frente a lo que se le comunique resulta absolutamente fundamental para resguardar los principios éticos de la actuación. Ello incluye ser explícitos respecto de los alcances del mandato, para no generar expectativas que posteriormente no puedan cumplirse y para resguardar el trabajo del personal.

Previo a la realización de una visita, es necesario recopilar información relacionada con el recinto y las personas residentes para detallar los objetivos de la visita, identificar disciplinas necesarias para cubrir el monitoreo y adaptar las pautas específicas para el levantamiento de la información.

Se trata de un oficio que se aprende, que exige preparación y que demanda quizá uno de los elementos más difíciles de traducir en protocolo, que es discernir cuándo estrechar el vínculo con la persona entrevistada y cuándo mantener distancia profesional, cuándo dar espacio al relato y cuándo contener el riesgo, cuándo es necesario indagar y cuándo eso pone en riesgo a la persona. De ese equilibrio, siempre en tensión, depende que el monitoreo conserve su rigurosidad sin causar daño.

El principio de no hacer daño es, precisamente, el fundamento de la atención especial que el Comité presta a las represalias que puede enfrentar una persona por el solo hecho de haber conversado con alguna persona integrante del equipo. Se han registrado casos de funcionarias/os que amenazan verbalmente a residentes para disuadirlos de conversar con el CPT, así como declaraciones de personas bajo cuidado o custodia y de funcionarias/os de trato directo que manifiestan temor a consecuencias —cambios de función, traslados— por haber entregado información al Comité. Frente a ello, el CPT no individualiza a ninguna persona en sus informes salvo consentimiento expreso, advierte formalmente a las autoridades sobre la prohibición legal de ejercer represalias y procura contemplar instancias de seguimiento posterior o derivación a instituciones de protección para verificar que estas no se hayan producido.

El mismo principio exige resguardar también la seguridad del propio equipo de monitoreo. La mayoría de los equipos del CPT han enfrentado, en algún momento, situaciones de riesgo durante el monitoreo —agresiones verbales, hostilidad de funcionarias/os o quedar temporalmente sin acompañamiento en espacios de riesgo—. Esto, sumado a la observación sostenida de situaciones de maltrato y a la persistencia de estas situaciones en el tiempo, conlleva un desgaste emocional para quienes integran los equipos. Por esta razón, las pausas durante la visita y las instancias de triangulación posteriores al terreno cumplen también una función de contención, además de su función técnica. Las orientaciones específicas para resguardar la seguridad del equipo, promover el cuidado profesional y prevenir el desgaste acumulado se desarrollan en el Anexo 3 del presente informe.

3. Metodología común con instrumentos diferenciados

El monitoreo preventivo requiere una preparación documental y metodológica muy dedicada, especialmente al abordar nuevos tipos de recintos o poblaciones: el levantamiento previo de información sobre la estructura del recinto y la población que alberga, el análisis de información estadística disponible y la revisión de estándares específicos orientan la construcción de pautas especializadas para cada tipo de recinto y ayudan después a diferenciar hallazgos estructurales de situaciones coyunturales.

El CPT tiene bajo su mandato una diversidad enorme de recintos de cuidado o custodia, muy distintos entre sí en su estructura institucional, sus objetivos, el tipo de población que albergan y sus características locales. Desde los inicios se contempló, por ello, la elaboración de protocolos de visita con orientaciones que incluyeran estas particularidades. La experiencia ha evidenciado la importancia de contar con metodologías rigurosas y flexibles, equipos interdisciplinarios y criterios diferenciados según el tipo de recinto, fortaleciendo una práctica de monitoreo adaptativa, técnica y centrada en la prevención. A continuación se detallan estas adaptaciones para cada tipo de recinto.

En el caso de **recintos penitenciarios,** la visita despliega un equipo interdisciplinario de entre tres y ocho integrantes sobre siete unidades de observación (registros institucionales, carpetas de caso, personas privadas de libertad, personal civil y uniformado de distintos rangos, familiares o visitas e instalaciones). Dada la alta complejidad y tamaño, las visitas a cárceles tienden a ser más extensas que las realizadas a otros tipos de recintos o se centran en ciertas temáticas.

La selección muestral depende del objetivo de cada visita, procurando resguardar criterios de inclusión de grupos en situación de vulnerabilidad o de alto riesgo de maltrato, de prevención de represalias, resguardando la protección de las personas privadas de libertad y del personal entrevistado y la confidencialidad de las personas consultadas.

Las pautas se ajustan visita a visita según el tipo de población y temática a monitorear; una visita focalizada en mujeres imputadas gestantes y/o con hijas/os lactantes requiere pautas totalmente distintas a un monitoreo cuyo objetivo es evaluar las consecuencias del aislamiento prolongado en la salud mental de hombres condenados.

El contexto también es un factor que puede requerir ajustes; durante la pandemia, por ejemplo, para evaluar el impacto del COVID-19 sobre derechos fundamentales se incorporaron análisis específicos sobre uso, motivos y duración del aislamiento por razones de salud, los mecanismos de revisión existentes y las consecuencias del distanciamiento del mundo exterior, la ausencia de actividades y su impacto en la salud mental de las personas privadas de libertad.

El monitoreo de **centros de justicia juvenil** parte de una diferencia de base respecto de los establecimientos penitenciarios de adultos: la Ley N° 20.084, que establece un sistema de responsabilidad penal de los adolescentes por infracciones a la ley (2005), estableció un régimen especializado y diferenciado de la población adulta, aplicable a adolescentes de entre 14 y 17 años, que consagra la privación de libertad como medida de *última ratio* y por el menor tiempo posible, en atención al ciclo vital y etapa de desarrollo evolutivo en que se encuentran. Esto obliga a adaptar la pauta penitenciaria en aspectos como

El CPT tiene bajo su mandato una diversidad enorme de recintos de cuidado o custodia, muy distintos entre sí en su estructura institucional, sus objetivos, el tipo de población que albergan y sus características locales.

la proporcionalidad de las sanciones disciplinarias y medidas de contención, el régimen de contacto con el exterior, la continuidad educativa y socioeducativa, condiciones materiales acordes al ciclo vital, la atención a factores de riesgo que tienden a estar presentes en esta población (explotación sexual comercial infantil, consumo problemático de sustancias y comorbilidad psiquiátrica) y la exigencia de personal con formación especializada en trabajo con adolescentes en situación de vulnerabilidad, incluyendo trauma complejo. Estos criterios permiten distinguir, en el análisis de hallazgos, las prácticas que replican indebidamente la lógica penitenciaria adulta de aquellas que sí incorporan las adaptaciones exigidas por el marco normativo especializado.

En las **unidades policiales,** de Carabineros y de la Policía de Investigaciones (PDI), el monitoreo se ha adaptado a un contexto de encierro muy distinto: alta rotación de personas detenidas, tiempos breves de encierro, espacios reducidos y funciones de custodia muy distintas a las de, por ejemplo, un recinto penitenciario de 300 personas. Se trata de visitas más breves (aproximadamente medio día), con fuerte énfasis en la revisión de registros institucionales, la observación directa de las condiciones de custodia y entrevistas con las personas detenidas presentes al momento de la visita. Al tratarse de recintos que, por lo general, albergan pocas personas detenidas, se adoptó la decisión metodológica recomendada por la APT (2009) de entrevistar *a todos o a ninguno,* para proteger a quienes participan del monitoreo.

El monitoreo de unidades policiales pone especial énfasis en las primeras horas de la detención, por concentrar la máxima asimetría de poder entre el Estado y la persona detenida: se examina el conocimiento efectivo de derechos, la comunicación de los motivos de detención, la aplicación del acta de salud y la lectura de derechos, así como la existencia de barreras idiomáticas, culturales o de salud mental que puedan agravar la vulnerabilidad de la persona. Un foco específico de las pautas de entrevista y revisión documental es el procedimiento de constatación de lesiones y examen médico independiente. Asimismo, el análisis incorpora una mirada interseccional sobre el riesgo en custodia policial, reconociendo que personas migrantes, mujeres, adolescentes y personas con necesidades de atención de salud mental presentan vulnerabilidades específicas que requieren enfoques diferenciados.

En los **hospitales y recintos psiquiátricos,** el monitoreo del CPT se ajusta a las directrices de la Organización Mundial de la Salud y a los estándares de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), integrando criterios de salud y de derechos humanos, evitando asimilar estas instituciones a lógicas de custodia. Las metodologías de observación y entrevista se ajustan a las condiciones específicas de las personas con necesidades de atención de salud mental, con especial cuidado en el consentimiento, la autonomía, la comprensión y la confidencialidad. Dado que en ciertos casos los diagnósticos pueden incluir distorsiones de la realidad o dificultades de comunicación, se recomienda complementar con entrevistas a familiares o personas significativas, aun cuando esto no siempre es posible por la frecuente ausencia de vínculos familiares en unidades de larga estadía. El análisis pone énfasis en las internaciones involuntarias, los criterios de ingreso, la existencia de controles judiciales y la duración de las hospitalizaciones, así como en la proporcionalidad, registro y supervisión del uso de contenciones físicas y/o farmacológicas, favoreciendo el reconocimiento de experiencias que priorizan la contención ambiental y verbal por sobre la física, en línea con la iniciativa Quality Rights de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto se efectúa por medio de planes anticipados de manejo de crisis, técnicas de desescalada verbal, apoyo entre pares y adecuaciones ambientales (OMS, 2015).

En las **residencias de protección de niñas, niños y adolescentes,** el monitoreo incorpora el enfoque basado en el interés superior de la niña o el niño, adaptando el lenguaje, los tiempos y las técnicas de levantamiento de información para evitar prácticas revictimizantes y garantizar entornos seguros. Las orientaciones metodológicas incluyen el uso del asentimiento informado, metodologías de aproximación adaptadas a la edad y exigencias específicas para la composición del equipo que conduce las entrevistas. Las pautas para residencias de protección contemplan

un procedimiento de presentación grupal a las niñas, niños y adolescentes mediante técnicas lúdicas y de promoción de derechos antes de invitarlos a participar voluntariamente en entrevistas o grupos focales, siempre resguardando espacios que eviten ser escuchados por personal o por pares. Las entrevistas individuales son conducidas prioritariamente por profesionales de psicología o trabajo social. El equipo identifica previamente perfiles de especial fragilidad —con cuadros psicóticos activos, conductas agresivas o autolesivas, cambios conductuales abruptos, cuadros depresivos severos, próximos cambios de centro o separación de hermanos, o en tránsito hacia/desde una hospitalización psiquiátrica— para decidir con cautela su inclusión en entrevistas individuales. Se prohíbe fotografiar el rostro de cualquier niña, niño o adolescente durante la observación de instalaciones. La revisión de carpetas de caso y los registros institucionales complementan la información recogida en terreno.

En los **establecimientos de larga estadía para personas mayores (ELEAM),** la metodología combina entrevistas semiestructuradas individuales y grupales con personas mayores y con el personal (cuidadoras/es de trato directo, personal de aseo, profesionales, dirección técnica y administrativa), conversaciones informales, observación de instalaciones y de dinámicas, y revisión documental y de registros (fichas clínicas, libro de novedades, registro de fármacos y de signos vitales, cuaderno de controles y protocolos internos del establecimiento, como los de contención, agitación del adulto mayor, emergencias médicas y planes de atención integral). El CPT ha puesto especial atención en cuestiones especialmente vinculadas a esta población, como son las voluntades anticipadas, la gestión patrimonial y la vinculación con la comunidad. Frente a la presencia de personas mayores con deterioro cognitivo o dependencia severa, el equipo privilegia conversaciones informales por sobre entrevistas estructuradas, para asegurar su inclusión sin exponerlas a instancias que no puedan comprender o sostener.

Contar con protocolos diferenciados por población fue la base necesaria para el siguiente paso: decidir, dentro de un universo tan amplio de recintos, con qué criterios priorizar cuáles visitar y en qué orden.

4. Después de una visita: triangulación, diálogo y seguimiento

El monitoreo preventivo no finaliza al abandonar el recinto. La **triangulación de la información** —contrastar las fuentes y perspectivas recogidas durante la visita— es el método clave para resguardar la objetividad de la información recabada. Se realiza en tres momentos: durante el terreno, pocos días después de la visita y en la elaboración del informe. Esto es lo que permite validar los hallazgos y sostener recomendaciones específicas y bien dirigidas. Para formular y hacer **seguimiento** de esas recomendaciones, el CPT utiliza el **método Double-SMART,** que exige que cada una sea específica, medible, alcanzable, realista, delimitada en el tiempo y fundamentada en los hallazgos triangulados.

Para sostener el **diálogo** con las autoridades después de la visita, se cuenta con varios instrumentos: el oficio post visita, con hallazgos preliminares y los casos más urgentes; reuniones bilaterales de retroalimentación sobre el borrador del informe; el informe de visita propiamente tal, que se publica y se remite a autoridades locales, regionales y nacionales; la posibilidad de que la contraparte proponga su propio plan de trabajo; informes de seguimiento con niveles de cumplimiento asignados a cada recomendación; y visitas o mesas de seguimiento en terreno. De la efectividad de esta metodología da cuenta, por ejemplo, el **seguimiento** realizado en el IV Informe anual a las 304 recomendaciones del Tercer Informe anual: un 29,0% ya había sido ejecutado o se encontraba en diseño y un 43,0% adicional estaba en etapa de iniciación (CPT, 2024). La efectividad de las recomendaciones del CPT depende en gran medida de la manera en que se construye y se sostiene la relación con las autoridades durante todo el ciclo del monitoreo, desde la preparación de la visita hasta el cierre del proceso de seguimiento.

Los aprendizajes sobre cómo sostener un diálogo constructivo con las instituciones visitadas y las consideraciones de cuidado profesional del propio equipo de monitoreo —incluida la prevención del trauma vicario— se desarrollan en el Anexo 4. El siguiente capítulo presenta los hallazgos de ese monitoreo, organizados por tipo de recinto y población.

Etapas de una visita preventiva

En la planificación anual se seleccionan los recintos específicos a visitar. Cada visita preventiva realizada por el CPT contempla el siguiente proceso para su desarrollo:



Etapa 1: Preparación

- Información disponible sobre el establecimiento y las personas bajo cuidado y custodia.
- Definir objetivos, unidades de observación, técnicas de levantamiento de la información, muestra, cronograma, pautas y protocolos de actuación.
- Composición y habilidades requeridas en el equipo, necesidades de formación, tamaño del equipo y elementos de cuidado profesional.
- Reunión previa con todo el equipo.



Etapa 2: Conducción

- Entrevistas con personas bajo custodia, autoridades y personal.
- Solicitud y revisión de registros.
- Observación de instalaciones.



Etapa 3: Informe de visita

- Triangulación de fuentes.
- Oficio de hallazgos preliminares y situaciones críticas, cuando corresponda.
- Análisis de conformidad con estándares nacionales e internacionales de derechos humanos y formulación de recomendaciones.



Etapa 4: Seguimiento

- Diálogo y seguimiento de implementación de recomendaciones: mesas y planes de trabajo, visitas de seguimiento, solicitudes de información.



Partido de fútbol realizado en el Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel. Putaendo, Región de Valparaíso.



Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Región Metropolitana de Santiago.

Capítulo II

Monitoreo realizado por el Comité de Prevención contra la Tortura a recintos de cuidado y/o custodia del Estado

Introducción

Entre 2021 y 2025[2], el Comité de Prevención contra la Tortura (CPT) realizó **343 visitas** a recintos que albergan a personas bajo cuidado o custodia del Estado, cubriendo **227 recintos** distintos a lo largo de 15 de las 16 regiones del país. Este capítulo presenta los hallazgos de ese monitoreo, organizados por área temática: niñez y adolescencia, personas mayores, salud mental, unidades policiales, establecimientos penitenciarios, pueblos indígenas y personas migrantes. Las recomendaciones dirigidas a instituciones de nivel central derivadas de las visitas realizadas en 2025 se presentan en el Anexo 6, al final de este informe.

A continuación, se presentan dos tablas que sintetizan la evolución del monitoreo del CPT entre 2021 y 2025. La primera muestra la **cantidad de visitas realizadas** por año y tipo de recinto, entendiendo por visita cada recinto visitado en un determinado momento; un recinto visitado puede, por tanto, tener una o más visitas. La segunda muestra la **cantidad de recintos visitados** por año y tipo, contando cada recinto una sola vez con independencia del número de visitas que haya recibido.

El monitoreo realizado en el período se organiza en 16 tipos de recinto: unidades policiales de Carabineros y PDI; recintos penitenciarios; escuelas de formación de personal uniformado; residencias de protección de niñas, niños y adolescentes (SPE); centros de justicia juvenil; complejos fronterizos (recintos estatales de control migratorio, aduanero y fitosanitario en pasos fronterizos terrestres); dispositivos de custodia migratoria (dependencias donde la PDI ejerce custodia de personas extranjeras retenidas por su condición migratoria); dispositivos humanitarios (campamentos y dispositivos de acogida para personas migrantes); establecimientos de larga estadía para personas mayores (ELEAM); hospitales y recintos psiquiátricos; unidades y residencias forenses, dentro de recintos penitenciarios u hospitales; unidades hospitalarias de cuidados intensivos de psiquiatría (UHCIP) en hospitales o en centros de justicia juvenil; residencias y hogares protegidos de salud mental; dispositivos sociosanitarios (Programa de Camas Sociosanitarias del MINSAL); residencias para personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas y residencias familiares de acogida para personas en situación de calle.

2 La instalación del CPT en Chile comenzó el año 2020. El monitoreo se inició el año 2021.

TABLA 01:
Cantidad de **visitas realizadas** por el CPT entre 2021 y 2025, por año y tipo de recinto visitado (volumen).

Tipo de recinto	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Unidades policiales	14	36	32	36	16	**134**
Recintos Penitenciarios	12	24	19	18	9	**82**
Residencias de protección de niñas, niños y adolescentes	2	4	4	5	7	**22**
Centros de justicia juvenil	1	1	7	6	4	**19**
Establecimientos de larga estadía para personas mayores	1	4	4	0	5	**14**
Hospitales y recintos psiquiátricos	2	3	4	2	2	**13**
Unidades y Residencias Forenses	0	1	5	6	0	**12**
Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos de Psiquiatría	0	1	4	4	2	**11**
Dispositivos humanitarios	0	0	1	5	0	**6**
Residencias y hogares protegidos de salud mental	0	1	3	0	2	**6**
Complejos fronterizos	0	0	1	3	1	**5**
Dispositivos sociosanitarios	0	0	0	0	5	**5**
Dispositivos de custodia migratoria	0	0	1	4	0	**5**
Residencias para personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas	0	1	2	0	1	**4**
Residencias familiares	0	0	1	1	1	**3**
Escuelas de formación de personal uniformado	0	0	0	1	1	**2**
Total	**32**	**76**	**88**	**91**	**56**	**343**

Nota. Elaboración propia a partir de registros del CPT. Cada visita corresponde a un recinto visitado en un determinado momento del tiempo. Un recinto visitado puede, por tanto, tener una o más visitas. La instalación del CPT en Chile comenzó el año 2020. El monitoreo se inició el año 2021. La tipología clasifica como complejos fronterizos los recintos estatales habilitados en las fronteras terrestres para el control migratorio, aduanero y fitosanitario (por ejemplo, Complejo Fronterizo Chacalluta y Complejo Fronterizo Colchane), donde operan de forma conjunta la PDI, Aduanas y el Servicio Agrícola y Ganadero. La categoría dispositivos de custodia migratoria se refiere a las dependencias donde la PDI ejerce custodia de personas extranjeras retenidas por su condición migratoria —ya sea en pasos fronterizos, aeropuertos u oficinas centrales o regionales—, en el marco de la Ley N° 21.325 (por ejemplo, Jefatura Nacional de Migraciones y Policía Internacional). La categoría dispositivos humanitarios agrupa los campamentos y dispositivos de acogida y primera respuesta para personas migrantes recién ingresadas al país, de carácter asistencial más que de custodia, que pueden estar ubicados dentro de un complejo fronterizo o de forma independiente (por ejemplo, Campamento Playa Lobito). Un mismo complejo fronterizo puede albergar, además, un dispositivo de custodia migratoria y/o un dispositivo humanitario operando en el mismo lugar físico; cuando esto ocurre, cada uno se registra y clasifica como una visita distinta, aun compartiendo fecha y ubicación.

Al observar los **recintos visitados,** se aprecia que ese crecimiento no fue sólo de volumen sino también de diversidad: el número de recintos nuevos incorporados al monitoreo pasó de 27 en 2021 a 54 en 2022, 53 en 2023 y 53 en 2024, y bajó a 40 en 2025. En 2021, el trabajo de terreno se concentró en unidades policiales, establecimientos penitenciarios, centros de justicia juvenil, residencias de protección de niñas, niños y adolescentes, hospitales y recintos psiquiátricas y establecimientos de larga estadía para personas mayores. A partir de 2022 se sumaron las residencias y hogares protegidos de salud mental, las UHCIP, las residencias para personas con consumo problemático y las unidades y residencias forenses; en 2023, las residencias familiares para personas en situación de calle, los dispositivos de custodia migratoria y los dispositivos humanitarios; en 2024, las escuelas de formación de Gendarmería y Carabineros; y en 2025, los dispositivos sociosanitarios.

La comparación entre visitas y recintos permite identificar que el CPT ha realizado más de una visita a determinados recintos a lo largo de los años, principalmente para hacer seguimiento de las recomendaciones y como respuesta ante situaciones contingentes. Existe, por ejemplo, alta frecuencia de revisita en complejos fronterizos, dispositivos de custodia migratoria y dispositivos humanitarios, residencias familiares y establecimientos penitenciarios. En unidades policiales, hospitales y recintos psiquiátricos, UHCIP, centros de justicia juvenil, residencias de protección de niñez y establecimientos de larga estadía para personas mayores se ha combinado la ampliación de la cobertura con el seguimiento.

TABLA 02:
Cantidad de **recintos visitados** por el CPT entre 2021 y 2025, por año y tipo de recinto (cobertura).

Tipo de recinto	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Unidades policiales	14	31	16	27	10	**98**
Recintos Penitenciarios	8	8	7	6	4	**33**
Residencias de protección de niñas, niños y adolescentes	1	4	4	4	6	**19**
Centros de justicia juvenil	1	1	5	4	3	**14**
Establecimientos de larga estadía para personas mayores	1	4	3	0	4	**12**
Unidades y Residencias Forenses	0	1	5	5	0	**11**
Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos de Psiquiatría	0	1	3	2	2	**8**
Hospitales y recintos psiquiátricos	2	2	1	1	1	**7**
Residencias y hogares protegidos de salud mental	0	1	3	0	2	**6**
Dispositivo sociosanitario	0	0	0	0	5	**5**
Residencias para personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas	0	1	2	0	1	**4**
Dispositivos humanitarios	0	0	1	1	0	**2**
Complejos fronterizos	0	0	1	1	0	**2**
Escuelas de formación de personal uniformado	0	0	0	1	1	**2**
Dispositivos de custodia migratoria	0	0	1	1	0	**2**
Residencias familiares	0	0	1	0	1	**2**
Total	**27**	**54**	**53**	**53**	**40**	**227**

Nota. elaboración propia a partir de registros CPT. Cada recinto se cuenta una sola vez, en el año de su primera visita dentro del período; si un recinto es revisitado en años posteriores, no se vuelve a contar el recinto en esta tabla. Para conocer el número de visitas repetidas a un mismo recinto ver Anexo 5 del presente informe.

2021

El trabajo de terreno se concentró en **unidades policiales, establecimientos penitenciarios, centros de justicia juvenil, residencias de protección de niñez, hospitales y clínicas psiquiátricas y establecimientos de larga estadía para personas mayores.**

2022

Se sumaron **las residencias y hogares protegidos de salud mental, las UHCIP, las residencias para personas con consumo problemático y las unidades forenses.**

2023

Se incluyeron **las residencias familiares para personas en situación de calle, los dispositivos de custodia migratoria y los dispositivos humanitarios.**

2024

Se sumaron **las escuelas de formación de Gendarmería y Carabineros.**

2025

Entraron al monitoreo **los dispositivos sociosanitarios.**

El CPT desarrolló **misiones de observación** para profundizar en la situación de ciertos grupos de personas bajo cuidado y custodia del Estado y realizar un seguimiento más periódico de ciertos fenómenos; a saber:

Personas migrantes en la macrozona norte

Tarapacá, Arica y Parinacota, Antofagasta

2022 - 2023 - 2024 - 2025

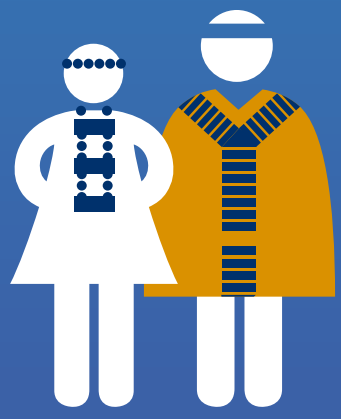
Se visitaron dispositivos de custodia migratoria y, dispositivos humanitarios, complejos fronterizos, residencias de protección de niñez y adolescencia, residencias familiares, centros de justicia juvenil, unidades policiales y recintos penitenciarios.



Personas Mapuche en contacto con la justicia y el sistema penitenciario en La Araucanía

2021 - 2022 - 2024 - 2025

Se visitaron unidades policiales de Carabineros de Chile y PDI, centros de justicia juvenil y recintos penitenciarios.



La cobertura territorial tuvo un crecimiento similar: **el monitoreo pasó de cubrir seis regiones en 2021 a 15 de las 16 regiones del país en 2025, quedando pendiente únicamente la Región de Ñuble**. Esta expansión respondió a los criterios de priorización de la planificación de las visitas del Comité (ver 1.3.2.), junto con el interés por ampliar la presencia del CPT a lo largo del país, y cubrir áreas urbanas, semiurbanas y rurales para tener un panorama representativo de la realidad nacional.

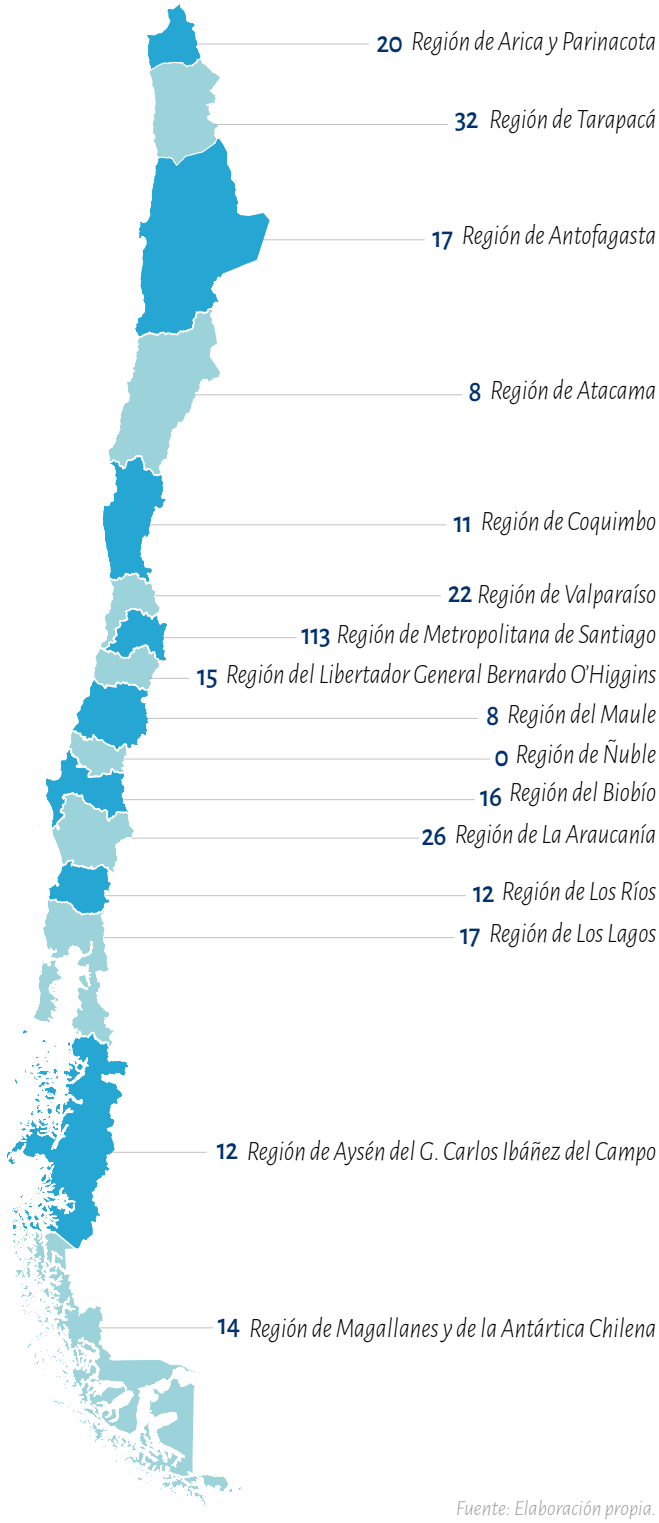
Esto explica, por ejemplo, la fuerte concentración de visitas en las regiones de la macrozona norte - Arica y Parinacota (20 visitas), Tarapacá (32 visitas) y Antofagasta (17 visitas) -, que coincide con el foco puesto en el monitoreo de personas migrantes en la frontera norte del país (ver capítulo 2.7); y la presencia sostenida en la Región de La Araucanía desde 2021 (26 visitas), que se vincula con el trabajo del Comité en torno a la situación de personas mapuche privadas de libertad

La Región Metropolitana, por su parte, concentra el mayor número de visitas y de recintos distintos del país —113 visitas y 55 recintos entre 2021 y 2025—, lo que se relaciona con la alta concentración de recintos de cuidado y custodia de la región y la factibilidad de poder visitarlos varias veces dado que la sede física del Comité se encuentra en la capital del país.

343

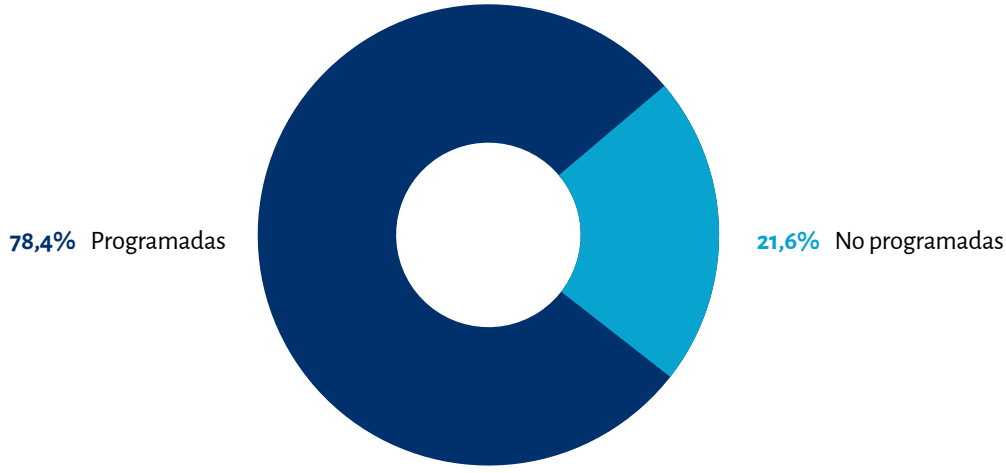
Visitas realizó el CPT a recintos que albergan a personas bajo cuidado o custodia del Estado.

ILUSTRACIÓN 01:
Cantidad de visitas realizadas por el CPT entre 2021 y 2025, por región.



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 01:
Porcentaje de visitas realizadas por el CPT entre 2021 y 2025, por tipo de programación de la visita.



Elaboración propia a partir de registros del CPT. Cada visita corresponde a un recinto visitado en un determinado momento del tiempo. Un recinto visitado puede, por tanto, tener una o más visitas.

Del total de 343 visitas realizadas en el período, un 78,4% (269) correspondió a visitas programadas y un 21,6% (74) a visitas no programadas.

Las **visitas no programadas** se concentran principalmente en recintos penitenciarios, a partir de denuncias específicas de malos tratos, aislamiento, uso de la fuerza, casos delicados de salud mental y fallecimientos bajo custodia, además del seguimiento de situaciones específicas como huelgas o movilizaciones y traslados colectivos de un recinto penitenciario a otro —tal ha sido el caso de comuneros mapuche privados de libertad, "huelgas de brazos caídos en recintos masculinos" y el traslado de mujeres imputadas gestantes con hija/os lactantes— . El CPT ha puesto especial atención a la situación de las mujeres gestantes y/o con lactantes privadas de libertad, haciendo seguimiento de situaciones críticas relacionadas al acceso a la salud, partos y abortos al interior de los recintos. También han surgido visitas reactivas en unidades policiales, relacionadas a detenciones masivas o casos de ingesta de ovoides. Finalmente, se registran visitas no programadas en residencias de protección de niñas, niños y adolescentes y centros de justicia juvenil por situaciones de maltrato, salud mental o fallecimientos. Algunas contingencias también han requerido la presencia del CPT, como ha sido el caso de incendios regionales.

Las **visitas programadas** realizadas entre 2021 y 2025 abordan una serie de temáticas específicas vinculadas a cada tipo de recinto. En unidades policiales, el monitoreo ha abordado las primeras horas de detención, la constatación de lesiones, el manejo de crisis y uso de la fuerza en custodia policial, la aplicación de los Principios Méndez, la atención a personas detenidas en contextos de detenciones masivas o manifestaciones, y la situación de personas migrantes bajo custodia policial en zonas fronterizas. En establecimientos penitenciarios, ha existido una especial observación del régimen de aislamiento, el uso de la fuerza, la salud penitenciaria y su articulación con la red

pública de salud, la administración concesionada, las medidas de protección y la situación de grupos de especial protección, como mujeres privadas de libertad, personas con discapacidad psicosocial, diversidad sexogenérica, personas mayores, personas migrantes y pueblos indígenas. En recintos de salud mental, el trabajo se ha centrado en el manejo de crisis y contención, la salud mental e inimputabilidad, y la permanencia prolongada y la desinstitucionalización. En residencias de protección de niñas, niños y adolescentes y centros de justicia juvenil, el foco ha estado en la prevención de la tortura y malos tratos, la niñez migrante, y el desarrollo de un catálogo de conductas constitutivas de maltrato para la identificación temprana de situaciones de riesgo. En ELEAM, las líneas priorizadas han sido el buen trato y las condiciones de cuidado, el seguimiento de la implementación del Decreto 20, y la relación entre personal de trato directo y la atención a personas mayores. En complejos fronterizos, dispositivos de custodia migratoria y dispositivos humanitarios, el monitoreo se ha concentrado en la crisis migratoria en la zona norte del país, las expulsiones administrativas, la situación en pasos fronterizos y la acogida migratoria en general. Finalmente, en el trabajo orientado a personas mapuche, el foco ha estado en la aplicación del enfoque intercultural en los recintos de custodia y el seguimiento de recomendaciones en la materia.

A continuación, se presentan los hallazgos del monitoreo del CPT a lo largo de estos 5 años, identificando los principales factores de riesgo de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes de personas bajo cuidado y custodia del Estado de Chile y las recomendaciones que se visualizan para poder avanzar en su prevención.



Niñas, niños y adolescentes bajo cuidado y custodia del Estado

Residencia de protección para madres adolescentes (RMA) Navidad. Temuco, Región de la Araucanía.

Protección:

Niñas, niños y adolescentes **en programas de cuidado residencia:**

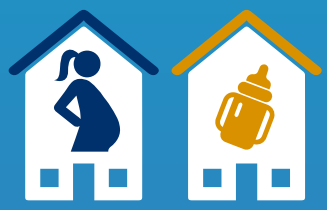


4.766 | 5.014 | **5.190**

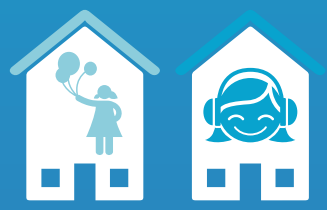
55,7% Son niñas y adolescentes mujeres.



Fuente: SPE, El poder de cuidar en cifras, cortes a diciembre 2023, 2024 y 2025.



El SPE impulsó el paso desde grandes residencias (como los CREAD) hacia residencias pequeñas por ciclo vital: **lactantes y preescolares (RLP), adolescencia temprana (RFAT), adolescencia (RFA y RVA) y madres adolescentes (RMA).** Las regiones que más avanzaron coinciden con las que tuvieron mayor apoyo del Servicio.



Las y los adolescentes que continúan estudios superiores **pueden permanecer en su residencia hasta los 24 años.** En Arica, un convenio con MIDESO y SERVIU habilitó una casa para jóvenes mayores de 18 años que inician su vida independiente, acompañados desde la residencia.



Justicia Juvenil:

Entre enero de 2020 y agosto de 2025 hubo

8.861 ingresos a centros de justicia juvenil.

Fuente: SNRSJ, Oficio N° 217, 23 de abril de 2026.



El **80,3%** fue internación provisoria y el **19,7%** fue régimen cerrado.

En 2025, Gendarmería registró

2.435

procedimientos en los centros de justicia juvenil.



Preocupa **el uso desproporcionado de la fuerza** (gases al rostro, golpes con bastón), **las revisiones corporales con desnudamiento** prohibidas por reglamento y la existencia de **«puntos ciegos»** como factor de riesgo para malos tratos.

700 gendarmes

están destinados a los 18 centros de justicia juvenil del país. Sus licencias médicas llegaron a 1.774 en 2025, **casi el doble de las 938 de 2020.**



Fuente: Gendarmería de Chile, respuesta a Oficio CPT N° 0306/2025.

Contexto

En Chile, desde el año 1979 existió un organismo estatal dedicado exclusivamente a la niñez y adolescencia, correspondiente al Servicio Nacional de Menores (SENAME), institución responsable tanto del sistema de protección como del sistema de justicia juvenil a lo largo del país.

Como parte de los compromisos internacionales, en el año 1990 Chile ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), por lo que debió adecuar su legislación interna a fin de garantizar el ejercicio pleno de los derechos de niñas, niños y adolescentes en su territorio mediante el establecimiento de sistemas de protección de derechos eficaces, así como desarrollar sistemas de responsabilidad penal adolescente que se ajustaran a los principios de dicho tratado. La Convención señala, además, la necesidad de formular leyes, procedimientos e instituciones específicas para tratar estos temas (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989).

En cuanto al sistema de justicia juvenil, en el año 2005 se promulgó en Chile la Ley N° 20.084, que entró en vigencia en el año 2007. En ella se establece un sistema de responsabilidad de las/os adolescentes por infracciones a la ley penal, a partir de un régimen especializado y diferenciado respecto de la población adulta, en coherencia con los estándares internacionales en la materia, reemplazando así el sistema de discernimiento utilizado hasta esa fecha.

Este cuerpo legal sitúa la responsabilidad penal adolescente entre los 14 y los 17 años, 11 meses y 29 días, con el objetivo de lograr una efectiva reinserción social y garantizar un mínimo contacto con el sistema penal, especialmente en el caso de internación provisoria. Además, cuenta con un catálogo diverso de sanciones idóneas y proporcionales y establece la privación de libertad como última ratio y bajo determinadas condiciones que se ajustan al ciclo vital de las/os jóvenes y adolescentes, favoreciendo su desarrollo. Asimismo, su reglamento establece los procedimientos judiciales, delimita las sanciones y formas de cumplimiento y garantiza el acceso a beneficios y a programas de reinserción.

En el año 2018, y a partir de una solicitud de investigación en relación con la situación de las niñas, niños y adolescentes privados de un entorno familiar y que se encontraban en centros residenciales bajo el cuidado del Estado, el Comité de los Derechos del Niño (Comité

CDN) decidió efectuar una investigación confidencial y visitar el Estado de Chile. Como resultado, publicó un informe en el que verificó la existencia de una violación grave y sistemática de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encontraban en centros de protección residenciales. En tal sentido, no sólo determinó que el Estado era responsable por la falta de supervisión de las violaciones que se produjeron tanto en los centros de administración directa como en aquellos cuya administración fue delegada a los organismos colaboradores acreditados (OCA) y en los organismos coadyuvantes no regulados jurídicamente, sino que también lo era de forma directa porque aquellos centros, "a efectos de atribución de responsabilidad, deben ser considerados agentes del Estado, al actuar en el ejercicio de funciones públicas por delegación del Estado" (Comité CDN, 2020, párr. 108).

En línea con ello, el Comité CDN dio cuenta de la necesidad de que el Estado de Chile adoptase el paradigma de la Convención, dejando de considerar a las niñas, niños y adolescentes como "objetos de protección" para entenderlas/os como "sujetos de protección", y formuló diferentes recomendaciones para subsanar dicha situación. En este contexto, se insta a establecer una separación del sistema proteccional y del sistema de justicia juvenil, así como a instalar diferentes instituciones y normativas que ayuden a reforzar la protección de niñas, niños y adolescentes del país (Comité CDN, 2020, párrs. 116–132).

Así, en el año 2018 se promulgaron la Ley N° 21.067, que crea la Defensoría de los Derechos de la Niñez (DDN), y la Ley N° 21.090, que crea la Subsecretaría de la Niñez. Posteriormente, el 6 de marzo de 2022, se promulgó la Ley N° 21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia y, mediante la promulgación de la Ley N° 21.302, en 2021 comenzó la puesta en marcha del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (SPE), lo que significó que en ese año se diera la separación del sistema proteccional y del sistema de justicia juvenil. En este contexto, el SENAME se transformó en el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia —para protección— y el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil (SNRSJ) —para justicia juvenil—.

Como parte de los compromisos internacionales, en el año 1990 Chile ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño, por lo que debió adecuar su legislación interna a fin de garantizar el ejercicio pleno de los derechos de niñas, niños y adolescentes en su territorio mediante el establecimiento de sistemas de protección de derechos eficaces, así como desarrollar sistemas de responsabilidad penal adolescente que se ajustaran a sus principios.

En cuanto al Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, este inició sus funciones en el año 2021 a nivel nacional, con un enfoque que busca ofrecer un sistema de protección debidamente especializado, articulado y oportuno. Específicamente, los esfuerzos por la transformación del cuidado alternativo se han centrado, entre otros aspectos, en la desinstitucionalización de la primera infancia, priorizando el acogimiento familiar para niñas y niños de entre cero y tres años; la apertura de residencias con enfoque de curso de vida y otras para atender las necesidades específicas de algunos grupos.

Ahora bien, muchas de estas adecuaciones se han materializado principalmente en la reducción de plazas, por lo que se ha habilitado un mayor número de centros residenciales y han aumentado las exigencias de formación del personal, sin que necesariamente se hayan hecho modificaciones sustantivas en los modelos de intervención y en la cultura de cuidado.

Cabe señalar que la instalación del Servicio de Protección Especializada ha presentado una serie de dificultades, asociadas principalmente a su implementación uniforme en el territorio nacional y no de forma

gradual, lo que habría permitido conocer los nudos críticos que surgieran y así anticiparse y resolverlos. A ello se suma el aumento de ingresos de niñas, niños y adolescentes al sistema de protección —de 13.740 ingresos en diciembre de 2023 a 17.627 en diciembre de 2025 (SPE, 2023, 2025)—, tanto en programas ambulatorios como residenciales, lo que ha generado, en paralelo, dificultades para un nuevo Servicio que cuenta con una mayor cantidad de personas usuarias y con mayores exigencias técnicas y administrativas para la licitación de oferta con nuevos organismos colaboradores.

Otra de las dificultades observadas se relaciona con el rol de los tribunales de familia en los procesos de institucionalización. Se ha observado que la medida de protección no siempre responde al principio de última ratio y que, en ocasiones, se adopta antes de realizar las acciones necesarias y suficientes para determinar que no existe una red familiar extensa que pueda ejercer los cuidados de forma provisional. Asimismo, los tribunales tienden a derivar de manera directa a los centros residenciales de protección, sin efectuar previamente la respectiva coordinación de vacante con el Servicio, provocando con ello el aumento de los ingresos y los tiempos de permanencia de niñas, niños y adolescentes en el sistema de cuidado alternativo residencial.

Respecto al Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, en diciembre de 2022 se promulgó la Ley N° 21.527, que crea dicho Servicio, permitiendo culminar el cierre progresivo del anterior SENAME. Su implementación comenzó un año después de su creación y se desarrolló de manera progresiva. Por ello, el 13 de enero del año 2024 se estableció en la macrozona norte —Región de Arica y Parinacota, Región de Tarapacá, Región de Antofagasta, Región de Atacama y Región de Coquimbo—; en el año 2025 se incorporó la macrozona sur —Región del Maule, Región de Ñuble, Región del Biobío, Región de La Araucanía, Región de Los Ríos, Región de Los Lagos, Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo y Región de Magallanes y de la Antártica Chilena—; y en el año 2026 finalizó con la incorporación de la macrozona centro —Región de Valparaíso, Región del Libertador General Bernardo O'Higgins y Región Metropolitana de Santiago—. La gradualidad de su implementación se estableció con el fin de realizar un trabajo sostenible en el que se incorporasen los aprendizajes de cada fase en la ejecución de las siguientes, así como las necesidades locales para el proceso de implementación.

Entre los principales cambios que este Servicio incorpora a la administración de justicia juvenil se encuentran el mejoramiento a nivel técnico para una intervención profesional y el aumento del recurso humano; la fijación de estándares de calidad; la mejora del sistema de supervisión de los programas; y el fortalecimiento del trabajo intersectorial. Adicionalmente, este Servicio incorpora la mediación como forma alternativa para la resolución de conflictos, en atención a los lineamientos internacionales que abogan por minimizar el contacto de adolescentes con el sistema penal. Lo anterior supone la creación de una institucionalidad especializada y fortalecida para el cumplimiento de los objetivos de reinserción social, con enfoque de derechos humanos.

1. Entramado institucional

En el ámbito proteccional, la Ley N° 21.302 establece que el SPE se encuentra bajo el alero de la Subsecretaría de la Niñez, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO).

Por su parte, el ámbito de justicia juvenil, a partir de la Ley N° 21.527, depende del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (MINJUSTICIA), del cual dependen el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil —encargado de ejecutar la política de reinserción gestionando la intervención socioeducativa de adolescentes y jóvenes sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente— y Gendarmería de Chile (GENCHI), a cargo de custodiar y resguardar la seguridad en los recintos penitenciarios y asegurar el cumplimiento de medidas privativas de libertad cuando corresponda.

Ambos sistemas también cuentan con un plan de trabajo intersectorial propio como elemento necesario para garantizar una respuesta integral. Entre los actores convocados están el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud (MINSAL), el Servicio Nacional

En el ámbito proteccional, la Ley N° 21.302 establece que el Servicio de Protección Especializada se encuentra bajo el alero de la Subsecretaría de la Niñez, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Por su parte, el ámbito de justicia juvenil, a partir de la Ley N° 21.527, depende del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Gendarmería de Chile.

de Migraciones (SERMIG), el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), el Instituto Nacional de Deportes (IND), el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE), entre otros.

Ahora bien, considerando que existen adolescentes que se encuentran en situaciones de simultaneidad de causas —y que, por tanto, son usuarios tanto del SPE como del SNRSJ— ambas instituciones han avanzando en establecer un trabajo mancomunado que permita garantizar una intervención integral, coherente y oportuna, resguardando los derechos de niñas, niños y adolescentes. El objetivo del trabajo de simultaneidad se orienta entonces asegurar una intervención coordinada entre los Servicios evitando la duplicidad de acciones y garantizando la continuidad de la atención, con el propósito de proteger los derechos del adolescente, favorecer su desarrollo integral y apoyar su proceso de reinserción social.[3]

Por su parte, el Poder Judicial tiene como rol fundamental la administración de justicia por medio de la interpretación de las leyes y de la garantía de su cumplimiento. En el ámbito de la niñez y adolescencia bajo cuidado del Estado, el Poder Judicial es el encargado de abrir causas proteccionales en tribunales de familia y/o causas asociadas a responsabilidad penal adolescente en juzgados de garantía y tribunales de juicio oral en lo penal. Asimismo, debe asegurar la tramitación prioritaria de causas que impliquen a niñas, niños y adolescentes, así como agilizar su tramitación y establecer revisiones periódicas, a fin de evaluar la continuidad o el cambio de medidas asociadas a la causa.

El Poder Legislativo tiene como finalidad la creación y modificación de las leyes que rigen en el país. En este contexto, adquiere especial relevancia otorgar prioridad y oportunidad a aquellas iniciativas legislativas vinculadas a niñas, niños y adolescentes, considerando que las decisiones adoptadas en esta materia tienen un impacto directo en la garantía y protección de sus derechos. Desde un enfoque de derechos humanos y conforme a los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño, toda normativa relacionada con la niñez y adolescencia debe orientarse a resguardar su interés superior, promover su desarrollo integral y asegurar condiciones que permitan el ejercicio efectivo de sus derechos. Por ello, resulta indispensable que los procesos legislativos asociados a esta población avancen con la debida diligencia, pertinencia y celeridad, fortaleciendo las respuestas institucionales destinadas a su protección y bienestar.

Además de los tres poderes del Estado, en Chile existen organismos autónomos de derechos humanos, como el Instituto Nacional de Derechos Humanos —que, a través del Comité para la Prevención de la Tortura, actúa como Mecanismo Nacional de Prevención— y la Defensoría de los Derechos de la Niñez. Dichos organismos tienen el rol de supervigilar al Estado y realizar recomendaciones a fin de trabajar en conjunto por la mejora de las condiciones de las niñas, niños y adolescentes del país, tanto en el ámbito proteccional como en el de justicia juvenil. Por su parte, tanto la DDN como el INDH pueden presentar querellas con el fin de denunciar situaciones de grave vulneración, mientras que el CPT mantiene un rol activo en la prevención a través de sus monitoreos.

Ante ello, es de suma importancia que las instituciones, en primer lugar, se hagan cargo de su rol en la defensa y

3 Resolución Exenta N°412/2025 publicada el 18 de agosto de 2025 por el SNRSJ que aprueba protocolo para la gestión de casos en simultaneidad.

protección de la niñez y adolescencia, dando prioridad y celeridad a sus actuaciones en relación con ellas/os; y, en segundo lugar, que realicen un trabajo coordinado a fin de evitar una sobreintervención, así como que resguarden y promuevan una labor que tenga como foco el interés superior y la atención prioritaria de niñas, niños y adolescentes, especialmente cuando se encuentran bajo cuidado o custodia del Estado. En este contexto, corresponde a todos estos actores realizar intervenciones adecuadas y ajustadas a las necesidades específicas de cada niña, niño o adolescente.

Durante estos cinco años, el CPT ha fortalecido su conocimiento de las políticas y de los sistemas vinculados a la niñez y la adolescencia, promoviendo el diálogo permanente, el trabajo colaborativo y la articulación eficiente y oportuna entre los distintos actores e instituciones que desempeñan funciones y responsabilidades en la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Es así como una de las iniciativas de trabajo conjunto en la que participa el CPT desde el año 2024, en materia de niñez y adolescencia, es la "Mesa de buen trato en justicia juvenil", en la que el CPT, el INDH y la DDN, junto con el MINJUSTICIA y el SNRSJ, se reúnen mensualmente a fin de generar líneas de trabajo que promuevan un buen trato en este ámbito y fortalezcan el trabajo interinstitucional.

2. Caracterización general personas bajo cuidado y/o custodia

2.1 En el ámbito de cuidado alternativo proteccional residencial

En el ámbito del cuidado alternativo proteccional residencial, las cifras publicadas por el SPE dan cuenta de que en diciembre de 2023 se atendió a 4.766 niñas, niños y adolescentes en programas de cuidado alternativo residencial, equivalentes al 3,7% del total de niñas, niños y adolescentes atendidos por el Servicio. En diciembre de 2024 esta cifra alcanzó a 5.014 (4,1%) y en diciembre de 2025 a 5.190 (4,3%) (SPE, 2023, 2024, 2025). Se aprecia que entre 2023 y 2025 el número de niñas, niños y adolescentes atendidos en el sistema de cuidado alternativo residencial aumentó en cada corte, aunque con un crecimiento menor durante el último año.

De las niñas, niños y adolescentes atendidos, en diciembre de 2023 el 54,7% correspondió a mujeres y el 45,3% a hombres; en diciembre de 2024, el 55,6% y el 44,4%, respectivamente; y en diciembre de 2025, 2.890 mujeres (55,7%) y 2.300 hombres (44,3%). Se aprecia un aumento en ambos grupos en cada corte, con predominio de niñas y adolescentes mujeres.

TABLA 03:
Niñas, niños y adolescentes atendidos en diciembre de 2023, 2024 y 2025 en programas de cuidado alternativo residencial por sexo y año.

Año	Hombres atendidos	% Hombres atendidos	Mujeres atendidas	% Mujeres atendidas	Total N°
2023	2.160	45,3%	2.606	54,7%	**4.766**
2024	2.228	44,4%	2.786	55,6%	**5.014**
2025	2.300	44,3%	2.890	55,7%	**5.190**

Elaboración propia a partir de datos de El poder de cuidar en cifras, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, con cortes a diciembre de 2023, 2024 y 2025. El servicio no cuenta datos publicados en El poder de cuidar en cifras para los años 2020, 2021 y 2022. Los registros de la tabla corresponden a niñas, niños y adolescentes atendidos al menos un día durante el mes de diciembre de cada año. Las cifras se reproducen tal como fueron publicadas oficialmente por el Servicio, sin modificaciones, por lo que pueden presentar diferencias menores entre tablas.

En lo referido al tramo etario, las estadísticas del SPE permiten apreciar que el grupo etario de entre 16 y 17 años es el que presenta el mayor número de atenciones en programas residenciales, correspondiendo a entre el 22,3% y el 23,2% de las atenciones de cada año.

TABLA 04:
Niñas, niños y adolescentes atendidos en diciembre de 2023, 2024 y 2025 en programas de cuidado alternativo residencial por sexo y tramo de edad.

Tramo Etario	Hombre			Mujer		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
0-1 años	180	214	192	161	194	175
2-3 años	131	135	157	100	134	162
4-5 años	148	139	136	105	121	131
6-7 años	125	140	162	136	168	157
8-9 años	155	151	182	152	142	179
10-11 años	201	202	207	186	203	182
12-13 años	258	237	258	333	315	308
14-15 años	342	335	340	512	513	543
16-17 años	410	456	454	651	707	712
18 y más años	210	219	212	270	289	341
Total	**2.160**	**2.228**	**2.300**	**2.606**	**2.786**	**2.890**

Elaboración propia a partir de datos de El poder de cuidar en cifras, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (SPE), con cortes a diciembre de 2023, 2024 y 2025. Las cifras se reproducen tal como fueron publicadas oficialmente por el Servicio, sin modificaciones, por lo que pueden presentar diferencias menores entre tablas.

Al observar la cantidad de niñas, niños y adolescentes atendidos por tramo etario, el periodo 2023–2025, la primera infancia (de cero a cinco años) representa, de manera relativamente estable, entre el 17,3% y el 18,7% de la población total atendida, con una leve disminución durante el año 2025. Lo anterior podría dar cuenta de una incipiente moderación de las atenciones de este grupo, en línea con los objetivos de desinstitucionalización que priorizan los programas de Familias de Acogida Especializada (FAE) para la población de cero a tres años.

Respecto de la segunda infancia, correspondiente al tramo de entre seis y nueve años, se aprecia un aumento

del 11,9% en 2023 al 13,1% en 2025, con un incremento de 1,1 puntos porcentuales solo durante el último año, por lo que resulta necesario observar esta tendencia y generar estrategias para que no continúe en aumento.

La adolescencia temprana, correspondiente al tramo de entre 10 y 13 años, es el tramo que presenta la baja más marcada, desde un 20,5% en 2023 hasta un 18,4% en 2025, observada principalmente en la disminución de la atención de mujeres. La atención de adolescentes correspondiente a los tramos de 14 a 18 años y más mantiene una proporción estable, pasando de un 50,3% en 2023 a un 50,1% en 2025, aunque en números absolutos aumentó de 2.395 a 2.602 atenciones.

Resulta preocupante que la población adolescente corresponda a la mitad de la población atendida por el Servicio y que, a través de los años, no muestre bajas significativas en el número de atenciones y mantenga la mayor brecha de género, con una mayor proporción femenina. Lo anterior plantea un desafío respecto de la capacidad de respuesta del sistema, tanto para reforzar la institucionalización como última ratio como para fortalecer los modelos de cuidado alternativo residencial y a sus profesionales en torno a las necesidades propias de la etapa vital, las dificultades para el trabajo de reunificación familiar y la vida independiente, además de los nudos críticos asociados a la permanencia de personas mayores de 18 años bajo cuidado estatal y a la participación de todos los actores involucrados.

TABLA 05:
Niñas, niños y adolescentes atendidos en diciembre de 2023, 2024 y 2025 en programas de cuidado alternativo residencial por ciclo vital y tramo etario.

Tramos de edad por ciclo vital/año	2023	2024	2025
Primera infancia 0 a 5 años, 11 meses, 30 días	825 17,3%	937 18,7%	953 18,4%
Segunda infancia 6 a 9 años, 11 meses, 30 días	568 11,9%	601 12,0%	680 13,1%
Adolescencia Temprana 10 a 13 años, 11 meses, 30 días	978 20,5%	957 19,1%	955 18,4%
Adolescencia 14 a 18 años y más	2.395 50,3%	2.519 50,2%	2.602 50,1%
Total	**4.766**	**5.014**	**5.190**

Elaboración propia a partir de datos de El poder de cuidar en cifras, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (SPE), con cortes a diciembre de 2023, 2024 y 2025. Las cifras se reproducen tal como fueron publicadas oficialmente por el Servicio, sin modificaciones, por lo que pueden presentar diferencias menores entre tablas.

En cuanto a la distribución de las atenciones de niñas, niños y adolescentes a lo largo del país, se observa que la Región Metropolitana de Santiago y la Región de Valparaíso concentran la mayor cantidad de ellas, alcanzando en 2025 el 41,9% del total de las atenciones.

Además, se puede apreciar un aumento sostenido de las atenciones en la zona norte del país, mientras que en la zona sur las atenciones se mantienen estables (1.911 en 2023 y en 2025), con disminuciones en las regiones del Maule, del Biobío y de Los Lagos.

TABLA 06:
Niñas, niños y adolescentes atendidos en diciembre de 2023, 2024 y 2025 en programas de cuidado alternativo residencial por sexo y región.

Región	Hombre			Mujer		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Región de Arica y Parinacota	66	69	74	64	74	91
Región de Tarapacá	91	87	107	118	131	152
Región de Antofagasta	64	73	90	82	94	100
Región de Atacama	44	44	59	58	69	67
Región de Coquimbo	125	141	127	122	133	127
Región de Valparaíso	388	355	343	396	394	390
Región Metropolitana de Santiago	559	622	690	587	679	753
Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	35	38	32	72	71	80
Región del Maule	188	188	188	252	249	245
Región de Ñuble	69	76	73	89	103	103
Región del Biobío	206	192	178	282	279	278
Región de La Araucanía	112	128	128	203	201	202
Región de Los Ríos	68	77	80	110	133	128
Región de Los Lagos	123	110	100	141	136	132
Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	7	15	13	13	18	17
Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	23	17	19	25	32	27
Total	**2.168**	**2.232**	**2.301**	**2.614**	**2.796**	**2.892**

Elaboración propia a partir de datos de El poder de cuidar en cifras, del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (SPE), con cortes a diciembre de 2023, 2024 y 2025. Las cifras se reproducen tal como fueron publicadas oficialmente por el Servicio, sin modificaciones, por lo que pueden presentar diferencias menores entre tablas.

2.2 En el ámbito de la justicia juvenil

En el ámbito de la justicia juvenil, las cifras entregadas por el SNRSJ mediante Oficio N° 217, de 23 de abril de 2026, dan cuenta de que entre enero de 2020 y agosto de 2025 se registraron 8.861 ingresos a centros de justicia juvenil en el medio cerrado: 7.117 en internación provisoria (IP) y 1.744 en internación en régimen cerrado (IRC). Estas cifras corresponden a ingresos y no a personas, ya que un mismo adolescente o joven puede ingresar en más de una oportunidad o cambiar de modalidad, pasando de IP a IRC.

Ahora bien, en cuanto al número de ingresos, se observa una disminución entre los años 2020 y 2021 y luego un aumento sostenido entre 2021 y 2024. Entre enero y agosto de 2025 se registraron 1.187 ingresos, cifra superior a la del mismo período de 2024 (1.141), como se aprecia en la siguiente tabla.

Entre enero de 2020 y agosto de 2025 se registraron 8.861 ingresos a centros de justicia juvenil en el medio cerrado: 7.117 en internación provisoria y 1.744 en internación en régimen cerrado. Estas cifras corresponden a ingresos y no a personas, ya que un mismo adolescente o joven puede ingresar en más de una oportunidad o cambiar de modalidad, pasando de IP a IRC.

TABLA 07:
Cantidad de ingresos por año y calidad procesal, enero 2020 – agosto 2025.

Año	IP	IRC	Total
2020	1.057	320	**1.377**
2021	851	279	**1.130**
2022	1.237	284	**1.521**
2023	1.464	330	**1.794**
2024	1.545	307	**1.852**
2025 (ene - ago)	963	224	**1.187**
Total	**7.117**	**1.744**	**8.861**
%	80,3%	19,7%	100%

Elaboración propia a partir de datos del Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, remitidos mediante Oficio N° 217, de 23 de abril de 2026. Periodo enero 2020 – agosto 2025. Se excluyen los registros posteriores a agosto de 2025, dado que la base no contiene información de las macrozonas norte y sur para los meses de septiembre a diciembre de ese año. Los registros anteriores a la instalación del SNRSJ en cada macrozona (13 de enero de 2024 en la zona norte, 13 de enero de 2025 en la zona sur y 13 de enero de 2026 en la zona centro) corresponden a datos traspasados por el SENAME. Las cifras corresponden a ingresos y egresos de centros, por lo que incluyen traslados entre centros.

A partir de lo anterior, se observa que el mayor número de ingresos se da en el sistema de IP, lo que posteriormente no se condice con los ingresos a IRC.

Entre enero de 2020 y agosto de 2025, los datos entregados dan cuenta de que el 80,3% de los ingresos correspondió a IP, es decir, a adolescentes y jóvenes privados de libertad mientras se investigaba su causa, y sólo un 19,7% a IRC. Por ello, es necesario cuestionar si realmente en dichos casos la IP fue una medida de última ratio y si esta se pudo haber evitado debido al alto impacto que ello implica en su desarrollo, así como en sus procesos de reinserción social.

Como se aprecia en la siguiente tabla, el 93,5% de los ingresos correspondió a adolescentes y jóvenes hombres. Del total de 8.861 ingresos, 8.285 correspondieron a hombres y 576 a mujeres. Para ambos grupos, el tramo de 16 a 17 años concentra el mayor número de ingresos a internación provisoria, mientras que el tramo de 18 a 20 años concentra el mayor número de ingresos a régimen cerrado.

TABLA 08:
Cantidad de ingresos según tramo etario, sexo y calidad procesal, enero 2020 – agosto 2025.

Edad	Hombre		Mujer		Total	%
	IP	IRC	IP	IRC		
14 a 15 años	1.202	35	85	1	**1.323**	14,9%
16 a 17 años	3.973	395	258	28	**4.654**	52,5%
18 a 20 años	1.383	975	101	68	**2.527**	28,5%
21 años y más	101	221	14	21	**357**	4,0%
Total	**6.659**	**1.626**	**458**	**118**	**8.861**	100%
Total por sexo	**8.285**		**576**		**8.861**	100%
Total por calidad procesal	**7.117**		**1.744**		**8.861**	100%

Elaboración propia a partir de datos del Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, remitidos mediante Oficio N° 217, de 23 de abril de 2026. Periodo enero 2020 – agosto 2025. Ver nota Tabla Número de ingresos por año y calidad procesal. Tramos según la clasificación del Servicio. Los tramos suman 99,9% por redondeo.

Ahora bien, en cuanto a la distribución territorial de los ingresos entre enero de 2020 y agosto de 2025, se observa que las regiones cuyos centros registran mayor número de ingresos son, en primer lugar, la Región Metropolitana de Santiago (45,9%), en la zona centro; en segundo lugar, la Región de Valparaíso (10,3%), también en la zona centro; en tercer lugar, la Región del Biobío (7,3%), en la zona sur; y, en cuarto lugar, la Región de Antofagasta (5,8%), en la zona norte, como se aprecia en la siguiente tabla.

TABLA 09:
Cantidad de ingresos a centros de justicia juvenil entre enero de 2020 y agosto de 2025, según región del centro, sexo y calidad procesal.

Región/sexo/calidad procesal	Hombre		Mujer		Total	%
	IP	IRC	IP	IRC		
Región de Arica y Parinacota	126	50	11	6	**193**	2.2%
Región de Tarapacá	305	63	24	11	**403**	4.5%
Región de Antofagasta	426	60	27	3	**516**	5.8%
Región de Atacama	143	31	10	3	**187**	2,1%
Región de Coquimbo	182	113	5	8	**308**	3.5%
Región de Valparaíso	657	147	88	18	**910**	10.3%
Región Metropolitana de Santiago	3.129	757	157	27	**4.070**	45,9%
Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	259	52	20	5	**336**	3.8%
Región del Maule	376	77	36	7	**496**	5.6%
Región del Biobío	492	107	31	16	**646**	7,3%
Región de La Araucanía	223	77	28	11	**339**	3.8%
Región de Los Ríos	120	27	7	2	**156**	1.8%
Región de Los Lagos	125	30	7	0	**162**	1.8%
Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	82	20	6	0	**108**	1.2%
Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	14	15	1	1	**31**	0.3%
Total	**6.659**	**1.626**	**458**	**118**	**8.861**	100%
Total por sexo	**8.285**		**576**		**8.861**	100%
Total por calidad procesal	**7.117**		**1.744**		**8.861**	100%

Elaboración propia a partir de datos del Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, remitidos mediante Oficio N° 217, de 23 de abril de 2026. Periodo enero 2020 – agosto 2025. Ver nota de la Tabla de ingresos por año y calidad procesal. La región corresponde a la ubicación del centro. La Región de Ñuble no cuenta con centros de internación. Los porcentajes por región pueden no sumar 100% debido al redondeo.

Cabe destacar que al interior de los centros de justicia juvenil, los adolescentes y jóvenes pueden acceder a prestaciones de salud mental por medio de atenciones ambulatorias y hospitalarias, mediante el Programa Ambulatorio Intensivo en medio privativo (PAI MP) dependiente del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)[4], y a las Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), dependientes del Servicio de Salud, en articulación con el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, lo cual se detalla en la siguiente tabla.

TABLA 10:
Cantidad de ingresos a centros de justicia juvenil con registro de atención de salud mental, según tipo de atención y calidad procesal, 2020-2025.

Año	Calidad procesal	Salud mental	PAI	UHCIP	Total registros	Total registros año
2020	IP	1	282	31	**314**	**461**
	IRC	8	120	19	**147**	
2021	IP	9	226	31	**266**	**417**
	IRC	6	122	23	**151**	
2022	IP	35	259	49	**343**	**491**
	IRC	14	111	23	**148**	
2023	IP	58	281	64	**403**	**584**
	IRC	13	150	18	**181**	
2024	IP	23	252	50	**325**	**518**
	IRC	8	161	24	**193**	
2025 (ene - ago)	IP	8	133	42	**183**	**273**
	IRC	1	72	17	**90**	
Total		**184**	**2.169**	**391**	**2.744**	**2.744**
%		6,7%	79,0%	14,2%	100%	

Elaboración propia a partir de datos del Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, remitidos mediante Oficio N° 217, de 23 de abril de 2026. Periodo enero 2020—agosto 2025. Ver nota de la Tabla de ingresos por año y calidad procesal. Cada celda corresponde al número de ingresos a centros con registro del tipo de atención indicado. Un mismo ingreso puede registrar más de un tipo de atención, por lo que los totales corresponden a registros y no a ingresos distintos. La categoría "Salud mental" corresponde a la denominación utilizada por el Servicio.

4 Ejecutados por organismos colaboradores en convenio con SENDA.

De la tabla expuesta anteriormente, es de suma importancia apreciar que, si bien entre enero de 2020 y agosto de 2025 se realizaron 8.861 ingresos de adolescentes y jóvenes, sólo 2.482 de ellos (28,0%) registraron algún tipo de atención de salud mental —1.651 en IP,, y 831 en IRC, —, con un total de 2.744 registros de atención. Esta cifra resulta muy baja considerando que una parte fundamental de las problemáticas identificadas a lo largo de los cinco años de monitoreo responde al consumo de drogas al interior de los centros y a cuadros de salud mental derivados, en su mayoría, tanto de sus historias vitales como de la situación de privación de libertad. Por ello, la atención de salud mental debe ser un eje central en los centros de justicia juvenil.

Respecto al número de egresos, se observa un aumento sostenido entre 2021 y 2023, año en que alcanzan su mayor número (1.753), seguido de una disminución en 2024. Entre enero y agosto de 2025 se registraron 1.137 egresos, cifra superior a la del mismo período de 2024 (1.010). Del total de egresos registrados entre enero de 2021 y agosto de 2025, el 81,9% correspondió a IP y el 18,1% a IRC, tal como se muestra en la siguiente tabla.

TABLA 11:
Cantidad de egresos de adolescentes y jóvenes entre enero de 2021 y agosto de 2025, según calidad procesal y sexo.

Año	Hombre		Mujer		Total
	IP	IRC	IP	IRC	
2021	807	234	46	27	**1.114**
2022	1.036	278	76	25	**1.415**
2023	1.373	265	100	15	**1.753**
2024	1.277	243	78	16	**1.614**
2025 (ene - ago)	915	163	52	7	**1.137**
Total	**5.408**	**1.183**	**352**	**90**	**7.033**
%	76,9%	16,8%	5,0%	1,3%	100%

Elaboración propia a partir de datos del Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, remitidos mediante Oficio N° 217, de 23 de abril de 2026. Considera los egresos registrados entre enero de 2021 y agosto de 2025 de personas ingresadas desde enero de 2020; no incluye egresos de ingresos anteriores a esa fecha. Ver nota de la Tabla de ingresos por año y calidad procesal. Excluye 229 registros de "egreso por traspaso al Servicio de Reinserción Social Juvenil", que corresponden al cierre administrativo de registros del SENAME al instalarse el SNRSJ y no a egresos efectivos.

Monitoreo

1. Visitas

Entre 2021 y 2025, el CPT realizó 58 visitas a 47 recintos del ámbito de niñez y adolescencia, concentradas mayoritariamente en residencias de protección (37,9%) y centros de justicia juvenil (32,8%), seguidas por UHCIP infanto-juveniles en hospitales y al interior de centros de justicia juvenil (15,5%), complejos fronterizos con foco en niñez migrante (5,2%), residencias para personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas (3,4%), y recintos penitenciarios, dispositivos humanitarios y residencias familiares para personas en situación de calle (1,7% cada uno, correspondiente a una visita en cada caso). Los recintos visitados en el período se detallan en el Anexo 5 del presente informe.

TABLA 12:
Cantidad de visitas realizadas por el CPT entre enero 2021 y diciembre 2025 en el ámbito de niñez y adolescencia, por año y tipo de recinto.

Tipo de recinto	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Residencias de protección de niñas, niños y adolescentes	2	4	4	5	7	**22**
Centros de justicia juvenil	1	1	7	6	4	**19**
Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos de Psiquiatría	0	1	3	3	2	**9**
Complejos fronterizos	0	0	0	2	1	**3**
Residencias para personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas	0	0	1	0	1	**2**
Recintos penitenciarios	0	0	1	0	0	**1**
Dispositivos humanitarios	0	0	0	1	0	**1**
Residencias familiares para personas en situación de calle	0	0	0	0	1	**1**
Total	**3**	**6**	**16**	**17**	**16**	**58**

Elaboración propia a partir de registros del CPT. Una visita corresponde a un recinto visitado en un momento determinado; un recinto puede tener más de una visita. Se detallan todas las visitas realizadas por el CPT a residencias de protección y centros de justicia juvenil; en las demás categorías se consideran sólo las visitas realizadas con foco en niñez y adolescencia.

Es así como, a lo largo de los años de monitoreo, se ha decidido desarrollar diferentes líneas temáticas, asociadas, durante los años 2021 y 2022, especialmente a residencias de protección, a fin de conocer la transición del SENAME al SPE. Luego, desde el año 2023, se sumó el acompañamiento de la instalación del SNRSJ, primero en el norte del país, luego en el sur y finalmente en el centro, así como el conocimiento del trabajo de las cinco UHCIP al interior de los centros de justicia juvenil del país y, con ello, la indagación sobre la problemática de salud mental en las/os adolescentes y jóvenes. A finales de 2024 se incorporó, en el ámbito de protección, la visualización de la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes (ESNNA).

Todas estas líneas tienen como objetivo general evaluar los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes que afectan a lactantes, niñas, niños y adolescentes en el SPE o en el SNRSJ.

Para ello, el CPT desarrolló su trabajo en diferentes zonas del país, teniendo presente la extensión del territorio nacional y la diversidad de sus realidades locales, por lo cual procura siempre equiparar en sus visitas recintos del norte, centro y sur del país, así como considerar áreas urbanas, semiurbanas y rurales. Lo anterior tiene por finalidad contar con un panorama más amplio de los diferentes recintos, su contexto local, brechas y oportunidades, redes intersectoriales y problemáticas diferenciadas, entre otros aspectos. A lo largo de estos años, se visitaron la Región de Arica y Parinacota, la Región de Tarapacá, la Región de Antofagasta, la Región de Atacama, la Región de Coquimbo, la Región de Valparaíso, la Región Metropolitana de Santiago, la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins, la Región del Biobío, la Región de La Araucanía, la Región de Los Ríos, la Región de Los Lagos, la Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo y la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena.

La metodología utilizada para realizar visitas ha seguido los lineamientos que el CPT ha elaborado específicamente para el monitoreo preventivo, a partir de orientaciones tanto de organismos internacionales como de organismos que realizan monitoreo en la realidad nacional.

2. Hallazgos

2.1 Monitoreo a residencias de protección

Tránsito de modelos masivos a modelos residencias familiares

A lo largo de los años, el CPT ha realizado 22 visitas a 19 residencias de protección correspondientes a los siguientes modelos: Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD); Residencias de Protección para Mayores con Programa (REM-PER); Residencias Familiares para la Adolescencia (RFA); Residencias de Vida Familiar para Adolescentes (RVA); Residencias de Protección para Madres Adolescentes con Programa (RMA); Residencias de Vida Familiar para la Adolescencia Temprana (RFAT); y Residencias de Protección para Lactantes y Preescolares con Programa (RLP), en distintas zonas del país, permitiendo conocer cómo viven lactantes, niñas, niños y adolescentes en estos espacios.

En dichos monitoreos se ha podido observar que, si bien el modelo y las orientaciones apuntan a un espacio de residencia familiar, continúan algunas prácticas y formas de funcionamiento propias de los modelos masivos, por lo que el paso a casas familiares ha sido progresivo y diferenciado en las distintas regiones. Las regiones que más han avanzado en este cambio de paradigma coinciden con aquellas donde se ha observado mayor apoyo del Servicio en el proceso de implementación.

Asimismo, se identifica que el perfil de ingreso presenta mayores complejidades asociadas a historias de traumas complejos, consumos problemáticos de alcohol y vinculación a dinámicas de ESNNA, lo que supone un desafío mayor para el Servicio en cuanto a la especialización de modelos y profesionales.

También, a través de los monitoreos, se han podido conocer diferentes prácticas valoradas positivamente por el CPT. Entre ellas destaca cómo el SPE ha impulsado una transformación en el ámbito residencial, desde residencias masivas hacia residencias más pequeñas enfocadas en cada ciclo vital, lo que permite una mayor especialización en la atención según las necesidades particulares de cada etapa. No obstante, es importante

continuar con su apertura según las diferentes modalidades en todas las regiones del país y que sea el propio Servicio el que las administre si no existen oferentes.

Un hallazgo relevante que se pudo conocer a través del monitoreo es que, en dichas residencias, al momento del ingreso se realiza un proceso de bienvenida en el que se entrevista a la niña, al niño o adolescente y se le explica el funcionamiento y las normas del centro, lo que permite una primera acogida individualizada y progresiva. Respecto de los egresos, existen residencias que mantienen procesos de despedida, ya sea con familia externa o extensa, adopción y/o derivación a otra residencia.

Educación: continuidad de estudios superiores

Las áreas educativas son parte fundamental de los procesos de intervención de niñas, niños y adolescentes, pues constituyen una parte vital de sus rutinas y actividades cotidianas. Los procesos de modificación del modelo residencial también permiten una mayor apertura a participar en otras instancias escolares, como talleres deportivos, de cheerleading y artísticos, entre otros, logrando con ello fortalecer el ámbito académico, así como su desarrollo y pertenencia a una comunidad escolar. No obstante, es relevante mencionar que se mantienen brechas en las áreas educativas, pues persisten prejuicios y sesgos asociados a la institucionalización por parte de la comunidad educativa. Asimismo, se evidencia que, en ocasiones, niñas, niños y adolescentes permanecen meses sin ingreso escolar, debido a que el ingreso a la residencia se realiza en meses en que los procesos de postulación se encuentran cerrados, sin que exista priorización para ello.

Otro aspecto positivo es la posibilidad de que aquellos adolescentes que continúen sus estudios superiores puedan permanecer en la residencia hasta los 24 años, si cumplen con lo establecido por el Servicio, permitiendo así extender su permanencia en el sistema proteccional. Un ejemplo de ellos es la experiencia de la región de Arica, donde se estableció un convenio con el MIDESO y el Servicio de Vivienda y Urbanismo (SERVIU), lo cual permitió gestionar una casa para adolescentes mayores de 18 años que se encontraban en la residencia, favoreciendo con ello el inicio de una vida independiente fuera del centro, pero aún acompañados y monitoreados desde la residencia. Esto es relevante ya que cada vez se observa mayor interés de adolescentes y jóvenes por dar continuidad a estudios superiores ya sean técnicos y/o universitarios.

Si bien el modelo y las orientaciones apuntan a un espacio de residencia familiar, continúan algunas prácticas y formas de funcionamiento propias de los modelos masivos, por lo que el paso a casas familiares ha sido progresivo y diferenciado en las distintas regiones. Las regiones que más han avanzado en este cambio de paradigma coinciden con aquellas donde se ha observado mayor apoyo del Servicio en el proceso de implementación.

Salud: referentes de salud como figuras clave

En el ámbito de la salud se valora la existencia de referentes de salud tanto en la residencia como en los centros de salud —especialmente en la atención primaria—, además de la existencia del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud SENAME (PRAPS), el cual tiene como finalidad brindar atención por parte de profesionales del área, así como gestionar las solicitudes de interconsulta con especialistas y matronas/es, a fin de generar una atención más expedita.

Sin embargo, sigue siendo un desafío la falta de priorización de niñas, niños y adolescentes a nivel intersectorial en el sistema de salud respecto de atenciones de urgencia, especialidades médicas y tratamiento de enfermedades crónicas, entre otros.

Condiciones materiales

En otro ámbito, se apreció que, en general, las condiciones materiales eran adecuadas. La mayoría de las residencias familiares visitadas contaba con dormitorios compartidos por dos o tres personas, lo cual les permitía a niñas, niños y adolescentes decorarlos según sus gustos y preferencias y disponer de espacios para guardar sus pertenencias, ajustándose a lo esperado para las nuevas normativas y el nuevo modelo. Sin embargo, esta situación difería en las RLP, donde las habitaciones se encontraban sobrepobladas, con hasta 10 cunas. Tampoco contaban con artículos personales —vestimenta o juguetes—, pues todos eran de uso común. Dichas residencias resultan preocupantes, además, por la falta de actividades propias para la estimulación y el desarrollo de lactantes.

Un hallazgo positivo relevante se relaciona con la experiencia en Punta Arenas, donde la RVT les permitía a los niños y adolescentes preparar sus propios alimentos en caso de desearlo, así como disponer siempre de fuentes con fruta o colaciones, lo que favorecía su autonomía progresiva y evitaba salidas no autorizadas a fin de obtener comida.

En el monitoreo se apreció que, en general, las condiciones materiales eran adecuadas. La mayoría de las residencias familiares visitadas contaba con dormitorios compartidos por dos o tres personas, lo cual les permitía a niñas, niños y adolescentes decorarlos según sus gustos y preferencias y disponer de espacios para guardar sus pertenencias, ajustándose a lo esperado para las nuevas normativas y el nuevo modelo.

Acompañamiento técnico

En cuanto al proceso de transformación de SENAME al SPE, uno de los ámbitos destacados refiere al mayor acompañamiento técnico por parte de este a los equipos de las diferentes residencias, especialmente luego de eventos críticos, tanto a nivel de supervisores como del área de asistencia técnica. No obstante, se identifica que este apoyo no es equitativo entre centros, siendo percibido por algunos como un acompañamiento regular versus otros como más reactivo y/o ausente.

Sumado a ello, se evidencia que el acompañamiento se concentra durante los procesos de crisis, siendo necesario establecer un trabajo tanto a corto como a mediano plazo y no únicamente mientras ocurre la crisis, además de acompañar y fortalecer el trabajo a los equipos en torno a su cuidado y primeros auxilios psicológicos cuando ello sea necesario.

Desafíos pendientes

Promoción de la autonomía

Entre los principales nudos críticos se observó, en primer lugar, la existencia de prohibiciones grupales a fin de evitar la recurrencia de situaciones de riesgo previas, establecidas como mecanismo de prevención. Sin embargo, esto afecta directamente tanto la adecuada autonomía como el ejercicio de sus derechos, especialmente cuando dichas prohibiciones son estables en el tiempo y quedan incorporadas en las reglas de funcionamiento de la residencia. Algunos ejemplos son la prohibición de espacios comunes sin la presencia de alguna/o funcionaria/o y la restricción del contacto corporal —como abrazos— entre niñas, niños o adolescentes o con sus hijas/os al tomarlas/os en brazos fuera del horario de lactancia.

Esto es relevante, ya que es necesario que las medidas preventivas vayan orientadas tanto a las etapas de desarrollo de niñas, niños y adolescentes como a la promoción de la autonomía progresiva que las/os prepare para egresos y/o la vida independiente.

Formación especializada

Además, se identificó una necesidad de formación especialmente práctica en el abordaje de desregulaciones emocionales, la desescalada y la resolución efectiva de conflictos entre pares. Es de vital impor-

tancia la formación especializada y el establecimiento de asistencia técnica por parte del Servicio, a fin de reconocer prácticas y factores de riesgo que pudiesen derivar en eventuales malos tratos hacia lactantes, niñas, niños y adolescentes. Asimismo, la formación en derechos humanos se evidencia como insuficiente y/o desactualizada por parte de los equipos.

Un factor determinante en estos procesos es la alta rotación de los equipos, lo que dificulta la continuidad formativa. Adicionalmente, se evidencia que la mayoría de las capacitaciones va orientada a los equipos profesionales, en desmedro de la especialización de funcionarias/os de trato directo, quienes presentan la necesidad de contar con herramientas de atención en crisis, primeros auxilios y derechos humanos, entre otras herramientas prácticas necesarias para el ejercicio laboral.

Trato

Respecto del trato de funcionarias/os hacia lactantes, niñas, niños y adolescentes, se observan diferencias entre los procesos de detección de la administración directa y los de los organismos colaboradores. Es necesario fortalecer mecanismos únicos de detección y procesos de investigación interna ante vulneraciones de derechos que pudiesen ocurrir o hayan ocurrido, que culminen en medidas claras a fin de evitar la sensación de impunidad en adolescentes y entre las/os propias/os funcionarias/os. Se conocieron experiencias de malos tratos físicos y/o psicológicos de funcionarias/os a residentes, en las que sus compañeras/os relatan que únicamente fueron trasladadas/os a una nueva residencia para cumplir sus mismas funciones, así como casos en que funcionarias han mantenido relaciones sexoafectivas con adolescentes y únicamente han sido desplazadas de sus funciones. Es de suma importancia conocer y levantar este tipo de casos de forma oportuna y realizar las acciones necesarias a fin de resguardar y restaurar los derechos de cada lactante, niña, niño o adolescente. Asimismo, es necesario que el Servicio, tanto a nivel nacional como regional, se posicione respecto de la ocurrencia de este tipo de vulneraciones.

Trayectoria proteccional: Largas permanencias

También son motivo de preocupación las largas permanencias y trayectorias en el sistema proteccional residencial, especialmente en el caso de la primera infancia, respecto de la cual las/os funcionarias/os perciben que los egresos se ven obstaculizados por la expectativa de los tribunales de contar con familias altamente funcionales, lo que da cuenta de una mirada estigmatizadora, especialmente hacia la pobreza y las personas extranjeras. Es de suma urgencia que el ingreso al sistema sea de última ratio y por el menor tiempo posible, agilizando los tiempos procesales y estableciendo revisiones periódicas de las causas.

Esta mirada estigmatizadora también se aprecia en los ámbitos de la educación y la salud respecto de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo el sistema de protección. En el ámbito de la educación, se presentan mayores exigencias asociadas a certificados médicos de neurólogas/os o psiquiatras, reducción de jornada y asistencia con una persona sombra al aula, entre otras. En el caso de la salud, se señala públicamente que provienen de residencias, se demora innecesariamente su atención y, en ocasiones, no se entrega una adecuada devolución a las/os profesionales de la residencia encargadas/os de acompañar la consulta. Todo ello resulta inapropiado y contrario a lo establecido en la Ley N° 21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, que establece la importancia de brindar un trato adecuado y prioritario a esta población.

En el ámbito de la salud también preocupa el consumo de drogas existente en todo el territorio nacional, así como las exigencias de los Programas de Tratamiento Ambulatorio Intensivo para niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, que establecen como criterios de ingreso la egodistonía, la motivación para el cambio y la voluntariedad, características poco habituales en esta población y que dificultan la continuidad del tratamiento. Por otra parte, preocupa el bajo número de recintos para el tratamiento del consumo de drogas a nivel nacional, lo que aumenta las derivaciones a centros privados ubicados fuera de las regiones de origen e incrementa el desarraigo respecto de sus familias y comunidades.

Uso del tiempo

En cuanto al uso del tiempo, preocupa la existencia de salidas no autorizadas, especialmente aquellas asociadas a la ESNNA. Es de suma urgencia establecer un

trabajo intersectorial coordinado con otras instituciones, como Carabineros de Chile, el Ministerio Público, el Programa Mi Abogado del MINJUSTICIA, los municipios y los establecimientos educacionales, con el propósito de prevenir, detectar e intervenir de forma óptima y oportuna en estos casos, los cuales, según lo observado en el monitoreo, han aumentado en los últimos años. También es necesario incorporar los medios de comunicación en estas labores de detección, ya que las redes sociales posibilitan la comisión de este delito.

En este ámbito, también destaca la necesidad de establecer planes individuales especializados para las adolescentes madres, elaborando planes diferenciados para cada integrante de la díada y enfocados en su vida independiente conjunta. De esta manera, se favorece la entrega de herramientas efectivas para la preparación de su vida independiente, dado que se observaron escasas actividades y un alto sesgo de género, al estar asociadas principalmente con la enseñanza de tareas domésticas y de cuidado.

Mecanismos de denuncia

Respecto a los mecanismos de denuncia, se apreció de forma generalizada un escaso uso del buzón de sugerencias y reclamos, dando cuenta de que su apertura es solo una vez al mes y no siempre se entrega una respuesta clara a ello, lo cual genera que muchas veces las solicitudes ya no son atingentes, como también que la escritura es el medio por el cual se debe realizar; quedando desplazado al uso de personas que han adquirido la lecto escritura en contraposición de aquellos que no. Como forma alternativa, algunas residencias cuentan con asambleas quincenales las cuales permiten que de forma oral se expresen las solicitudes y se establezcan espacios de resolución de conflictos; en otras se practica que las/os niñas, niños o adolescentes se acerquen a un adulto significativo o a la dirección a fin de entregar sus solicitudes o quejas; sin embargo, en ambos casos configura un riesgo de que los relatos puedan ser invisibilizados, matizados y/o no registrados, dificultando especialmente aquellas denuncias de posibles malos tratos; siendo óptimo establecer mecanismos adecuados a los diferentes ciclos vitales, como también de que se realice con mayor regularidad su apertura y así entregar una respuesta en el menor tiempo posible.

Respecto a los mecanismos de denuncia, se apreció de forma generalizada un escaso uso del buzón de sugerencias y reclamos, dando cuenta de que su apertura es solo una vez al mes y no siempre se entrega una respuesta clara a ello, lo cual genera que muchas veces las solicitudes ya no son atingentes, como también que la escritura es el medio por el cual se debe realizar; quedando desplazado al uso de personas que han adquirido la lecto escritura en contraposición de aquellos que no.

Ausencia de políticas de cuidado de equipo

Ahora bien, en cuanto a las/os propias/os funcionarias/os, se observó la existencia de sistemas de turnos extensos que generan altos niveles de desgaste profesional, especialmente entre quienes desempeñan funciones de trato directo. Esto deriva en la ocurrencia de licencias médicas, lo que, a su vez, genera una sobrecarga para sus compañeras/os.

Asimismo, se identifica que las actividades de cuidado profesional de los equipos han disminuido debido a la falta de recursos y/o de personal de reemplazo. Junto con ello, se observa que, en la mayoría de los casos, estas actividades corresponden a almuerzos y/o instancias puntuales fuera de la residencia, lo que no se traduce en un plan de fortalecimiento del cuidado de los equipos. Por tanto, resulta imprescindible que el propio SPE establezca políticas estructurales de cuidado de los equipos.

2.2 Monitoreo de CIP-CRC/IP-IRC

Tránsito de SENAME a Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil

Entre 2021 y 2025, el CPT realizó 19 visitas a 14 centros de justicia juvenil, contemplando tanto visitas programadas como no programadas. En dichas visitas se monitoreó el régimen de internación provisoria y el régimen cerrado de cumplimiento de sanción en centros administrados por el SENAME y por el SNRSJ, lo que permitió observar el desarrollo de la transición y sus principales desafíos.

Entre los principales aspectos positivos observados en los antiguos Centros de Internación Provisoria y Centros de Régimen Cerrado (CIP-CRC) del SENAME, actuales IP-IRC, se encuentra, en primer lugar, que el traspaso paulatino por zonas de un Servicio a otro permitió conocer los principales nudos críticos, trabajar en ellos y evitar que se perpetuaran en las demás zonas.

Tendencia al aumento de IP como medida

Un ámbito de preocupación corresponde al uso de la internación provisoria en el país. Los ingresos a IP pasaron de 1.057 en 2020 a 1.545 en 2024 y, entre enero y agosto, los de 2025 (963) superaron a los del mismo período de 2024 (928). Su peso relativo en el total de ingresos pasó de 76,8% en 2020 a 83,4% en 2024 y se ha mantenido sobre el 81% desde 2022. Tal como se mostró en las cifras anteriores, entre enero de 2020 y agosto de 2025 el 80,3% de los ingresos a centros de justicia juvenil correspondió a IP y solo el 19,7% a IRC.[5] Lo anterior evidencia una disparidad entre dichas cifras y genera el cuestionamiento acerca de si la internación provisoria se utiliza realmente como última ratio y por el menor tiempo posible. Esto resulta imperante debido al impacto que genera la privación de libertad en las/os adolescentes, especialmente cuando ocurre por primera vez. A ello se suma que la segmentación en los centros se realiza principalmente por género, muchas veces debido a la falta de espacio y/o de dotación de personal.

5 Elaboración propia a partir de datos del Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, remitidos mediante Oficio N° 217, de 23 de abril de 2026. Los porcentajes corresponden a la proporción de ingresos a IP sobre el total de ingresos de cada año; para 2025 se consideran los meses de enero a agosto.

Uso del tiempo: rutinas, oferta educativa, descanso

La mayoría de los centros presentan la rutina en sus diarios murales, lo cual permite que las/os adolescentes puedan conocer, anticipar e integrarlas en su día. Sin embargo, surge como desafío que las/os funcionarias/os puedan cumplir con dicha planificación a fin de evitar excesivos tiempos de ocio que favorezcan ansiedad, falta de estructura y problemas de convivencia. Se deben, además, generar estrategias que fomenten la adherencia a ésta; pudiendo incorporar actividades significativas, evitando sesgos de género y que fomenten la entrega de herramientas para la vida independiente.

Asociado a lo anterior, se ha observado como en varios centros de justicia juvenil se insta a los jóvenes continuar sus estudios posterior al término de la enseñanza escolar, favoreciendo el ingreso a pre-universitarios, para luego realizar la Prueba de Acceso a la Educación Superior (PAES), y con ello ingresar a realizar estudios superiores —técnicos o universitarios—, tanto presencial como online; siendo ello fundamental para su motivación al cambio y su proceso de reinserción y preparación para la vida independiente, lo cual es valorado positivamente en su desarrollo personal. En este sentido, es de suma importancia los casos de jóvenes extranjeros donde se ha observado una dificultad de regular su situación migratoria con el SERMIG, donde se ve un enlentecimiento de sus causas al cumplir 18 años y con ello su posibilidad a ingresar a la educación superior.

En relación a ello, se evidencia que, en general, la rutina de los centros se organiza en función de horarios de estudios y/o comidas, existiendo una falta de diversidad en las actividades diarias, toda vez que la mayoría cuenta con escasos talleres vinculados a arte, madera, deporte, cocina, soldadura, los cuales tienden a repetir sus contenidos año a año no siendo de novedad e interés para adolescentes y jóvenes, debiendo ampliar oferta y contenidos acorde a sus intereses y etapas de desarrollo.

Del momento del descanso se ha observado que en general las/os adolescentes y jóvenes cuentan con habitaciones para uso individual o en duplas, favoreciendo ello el descanso y su privacidad, siendo aspectos fundamentales en la etapa de su ciclo vital.

Contacto mundo exterior

Los jóvenes cuentan en los centros con días de visitas asignados según distribuciones de cada recinto (por casas, por medidas, entre otros), los cuales son respetados. Así mismo, tiene días asignados para la recepción de encomiendas por parte de sus familiares los que, en la medida que cumplan con las normativas internas, no presentan dificultades para su ingreso. Tanto el ingreso de visitas como de encomiendas cuenta con revisiones de Gendarmería.

También se valora el caso de centros que establecen llamados especiales fuera del horario establecido, los cuales permiten al joven comunicarse con su adulto significativo cuando se encuentran bajo un alto malestar psicológico; lo cual ha permitido disminuir los signos de ello, favoreciendo y resguardando tanto su bienestar emocional como psicológico. Asimismo, se aprecia el establecimiento de videollamadas especialmente en el caso de jóvenes extranjeros o que sus familias no se encuentran en la región y/o en el territorio nacional, a fin de favorecer la vinculación familiar.

Salud física

En el ámbito de la salud física, se destaca el trabajo conjunto realizado con los Servicios de Atención Primaria en Salud (APS), especialmente con el PRAPS, que gestiona las solicitudes de interconsulta con especialistas cuando es necesario y realiza operativos de salud al interior de los centros, permitiendo con ello un acceso oportuno y regular a las atenciones.

Asimismo, se señala que un nudo relevante en materia de atención de salud dice relación con la falta de horas con especialistas en centros de salud y hospitales, especialmente en las zonas norte y sur del territorio nacional. La dificultad para realizar los traslados constituye otra preocupación del CPT, ya que, debido a la falta de vehículos de GENCHI y/o de dotación de personal de dicha institución para acompañarlos, se pierden horas médicas y/o no se atienden oportunamente necesidades de salud relevantes.

Trato, procedimientos disciplinarios

En términos de trato, se conocieron los intentos de diversos centros por establecer estrategias pacíficas de resolución de conflictos, como la mediación, y definir protocolos que promuevan el buen trato por parte de los diferentes actores que conforman el recinto.

Sin perjuicio de lo anterior, preocupa al CPT el comportamiento maltratante que persiste entre algunas/os funcionarias/os del Servicio hacia las/os jóvenes, y viceversa, como parte de una cultura arraigada y heredada del funcionamiento del antiguo Servicio. Resulta imperante fortalecer el establecimiento de mecanismos claros de prevención y la sensibilización continua respecto de ellos; la actuación ante estas situaciones, contemplando una adecuada desescalada del conflicto; y la investigación mediante mecanismos seguros de denuncia.

Gendarmería de Chile, como institución encargada de la seguridad del recinto, registró durante 2025 un total de 2.435 procedimientos en los centros de justicia juvenil del país (información entregada al CPT por Gendarmería de Chile en respuesta al Oficio CPT N° 0306/2025). Asimismo, se identificaron conductas de algunas/os funcionarias/os, entre ellas:

1. Prácticas coercitivas en el ejercicio de sus funciones de vigilancia perimetral —por ejemplo, amenazas verbales, burlas y la acción de apuntar con focos de luz hacia las habitaciones durante los horarios de descanso—.
2. Uso desproporcionado y no reglamentario de la fuerza mediante el empleo de gases dirigidos al rostro o lanzados al interior de las habitaciones donde posteriormente se encierra a las/os adolescentes; el uso de bastones con los cuales se les propinan golpes; y el lanzamiento desde los techos, mientras se encuentran esposadas/os, cuando han trepado hasta ellos. Todas estas prácticas podrían constituir delitos de lesiones, amenazas e incluso apremios ilegítimos, toda vez que este tipo de elementos debería utilizarse de forma excepcional y con fines disuasivos, no sancionatorios.
3. Durante la realización de procedimientos, se han conocido relatos sobre la utilización de puntos ciegos de las casas para agredir física y verbalmente a las/os adolescentes, evitando así deliberadamente el registro de dichas conductas.

4. Realización de procedimientos de revisión corporal visual que, en ocasiones, incorporan el desnudamiento parcial o total —en ambos casos se incluye el despojo de la ropa interior— e incluso la ejecución de ejercicios físicos —sentadillas—, pese a que estas prácticas se encuentran prohibidas en los reglamentos vigentes de GENCHI, ya que vulneran la integridad sexual de las/os adolescentes.

Es motivo de preocupación que las prácticas antes descritas se encuentren naturalizadas en algunos centros, tanto entre las/os funcionarias/os de GENCHI y del Servicio como, en mayor medida, entre las/os propias/os adolescentes y jóvenes. Esto dificulta que dichas prácticas sean denunciadas y que se establezcan mecanismos que las prohíban y resguarden el ejercicio de los derechos de las personas afectadas. A ello se suma que las/os funcionarias/os de Gendarmería de Chile no portan sus identificaciones personales ni cámaras corporales al momento de ingresar al centro, lo que dificulta su reconocimiento por parte de las/os jóvenes.

Lo descrito anteriormente se intensificaría cuando es la Unidad de Servicios Especiales Penitenciarios (USEP) de GENCHI la que realiza los procedimientos, pudiendo incurrir en tratos crueles, inhumanos o degradantes durante su actuación.

En los procedimientos disciplinarios derivados de conflictos entre pares o con funcionarias/os, preocupa la aplicación de sanciones no contempladas en el reglamento, como la restricción de visitas, llamadas telefónicas y uso del patio; la imposición de rutinas diferenciadas; y el despojo de mobiliario, como sillones o televisores. Estas medidas implican una merma en el ejercicio y disfrute de sus derechos.

En otro ámbito, si bien el Servicio ha procurado fortalecer un cambio de paradigma respecto del uso de la Unidad de Separación de Grupo (USG), esta continúa utilizándose con una lógica de sanción o castigo ante situaciones de conflicto, muchas veces por un período superior al establecido en el reglamento —siete días— y aplicando una reducción de jornada y de visitas. Esto iría en desmedro de las/os adolescentes que se encuentran en este espacio, el cual, además, muchas veces no cumple con las condiciones de habitabilidad. Por ello, es necesario utilizarlo únicamente cuando resulte indispensable y como última ratio, evaluando diariamente la necesidad de mantener esta medida.

El uso de este espacio como sanción o castigo es una práctica validada tanto por funcionarias/os del Servicio como por GENCHI, razón por la cual no basta con un cambio normativo, sino que se requiere un acompañamiento y una asesoría constantes por parte del Servicio, tanto a nivel nacional como local, que permitan abordar dicho espacio de conformidad con los estándares de derechos humanos y los principios específicos de protección de los derechos de las personas adolescentes y jóvenes privadas de libertad, asegurando en todo momento la prevención de la tortura y de los tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Aun así, se destaca como positivo que el Servicio problematice este uso y avance en la actualización de la normativa y de las formas de registro, control y seguimiento de su utilización.

En los procedimientos disciplinarios derivados de conflictos entre pares o con funcionarias/os, preocupa la aplicación de sanciones no contempladas en el reglamento, como la restricción de visitas, llamadas telefónicas y uso del patio; la imposición de rutinas diferenciadas; y el despojo de mobiliario, como sillones o televisores. Estas medidas implican una merma en el ejercicio y disfrute de sus derechos.

Desafíos transversales

Ingreso de drogas

Además, el ingreso de drogas es un problema transversal en los recintos visitados. Según lo relatado tanto por funcionarias/os como por las/os propias/os adolescentes, este se produciría principalmente por tres vías: (i) mediante «pelotazos» —lanzamientos desde el exterior—; (ii) a través de visitas de familiares; y (iii) por la acción de funcionarias/os del SENAME, el SNRSJ y/o GENCHI. El ingreso por parte de funcionarias/os reviste mayor gravedad debido a la función pública que desempeñan y al deber de cuidado que mantienen respecto de las/os jóvenes.

Dicho consumo, además, favorece la ocurrencia de conflictos interpersonales, así como la disminución de la adherencia a las rutinas y a los planes de intervención individual. Resulta imperante establecer mecanismos que eviten el ingreso de drogas a los centros, así como robustecer el trabajo realizado por el PAI-MP.

Desgaste profesional

Respecto de las/os funcionarias/os, preocupa su desgaste profesional, especialmente entre quienes desempeñan funciones de trato directo y realizan constantemente turnos extraordinarios debido a la ausencia de compañeras/os por licencias médicas y/o a la falta de una dotación completa. Esto, aunado a una escasa inducción teórico-práctica para el ejercicio de sus funciones, y a la presencia de conductas de mayor complejidad por parte de las/os jóvenes, genera altos niveles de presión y desgaste profesional. Por ello, resulta fundamental y prioritario establecer mecanismos estructurales de cuidado de los equipos, ya que dicho desgaste constituye un factor de riesgo para la ocurrencia de malos tratos entre las/os funcionarias/os, así como hacia las/os adolescentes y jóvenes.

Lo anterior también se observa entre funcionarias/os de GENCHI, cuyos equipos, por lo general, no cuentan con la dotación mínima necesaria. Según la información entregada al CPT por Gendarmería de Chile en respuesta al Oficio CPT N° 0306/2025, la institución cuenta con 700 gendarmes destinados a los 18 centros de justicia juvenil del país, cifra que disminuye en la práctica debido a las licencias médicas, las cuales alcanzaron 1.774 durante 2025, casi el doble de las registradas en 2020 (938). Tampoco cuentan con formación especializada sobre adolescentes en conflicto con la ley, lo que dificulta el adecuado ejercicio de sus funciones, propicia su desgaste profesional y, con ello, la ocurrencia de prácticas maltratantes hacia las/os adolescentes. A ello se suma que los destacamentos no disponen de infraestructura adecuada, equipamiento en buen estado ni espacios laborales ad hoc, como oficinas de cámaras y garitas, entre otros.

Cabe destacar la situación de las garitas, cuya infraestructura fue diseñada para funcionarios varones que cumplían turnos de cuatro a seis horas como máximo, razón por la cual cuentan con un urinario. No obstante, preocupa especialmente al CPT que, en la actualidad, su uso se haya extendido hasta 12 horas en algunas ocasiones y que esta función también sea desempeñada por funcionarias, quienes deben buscar compañeras/os de reemplazo para acceder a servicios sanitarios. Asimismo, se identificaron diferencias entre los centros respecto del material utilizado en la infraestructura de las garitas, el cual resulta insuficiente en zonas como el norte del país, al no adaptarse a las condiciones propias del clima desértico.

Respecto de las y los funcionarios, preocupa su desgaste profesional, especialmente entre quienes desempeñan funciones de trato directo y realizan turnos extraordinarios debido a ausencias por licencias médicas y/o a la falta de una dotación completa. Esto, aunado a una escasa inducción teórico-práctica para el ejercicio de sus funciones, y a conductas de mayor complejidad por parte de los y las jóvenes, genera altos niveles de presión y desgaste profesional.

2.3 Monitoreo de Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos en Psiquiatría

Salud mental adolescente: UHCIP como respuesta

Otros de los recintos que el CPT ha monitoreado en el período son 7 Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) destinadas a la atención de niñas, niños y adolescentes. De estas, dos se encontraban al interior de hospitales[6] y cinco al interior de Centros de Justicia Juvenil, los cuales están destinados a atender únicamente a población adolescente que se encuentra en internación provisoria o cumpliendo una sanción en régimen cerrado.

Cabe señalar que, en cuanto a su funcionamiento, estas responden a los servicios de salud de cada región, razón por la cual los ingresos requieren una derivación externa a través de establecimientos de salud, previa al ingreso a la UHCIP. La población que permanece en estas unidades no comparte rutinas, procesos ni procedimientos con el resto de la población del centro, ya que su funcionamiento es completamente diferenciado. No obstante, las/os profesionales sí participan en las reuniones de análisis de casos de los centros.

Dado que solo existen cinco UHCIP al interior de centros de justicia juvenil a nivel nacional, se observan situaciones de desarraigo, pues estas unidades cubren amplias zonas que no siempre permiten un proceso de vinculación efectiva con las familias. Por ello, resulta necesario fortalecer dichos dispositivos y aumentar su especialización en las problemáticas actuales que presentan las/os jóvenes.

Una característica relevante de las UHCIP ubicadas al interior de los centros es el establecimiento de espacios y la dotación de funcionarias/os destinadas/os exclusivamente a esta población, lo que se identificó como una buena práctica al permitir una mayor especialización en su atención.

Además, durante el último tiempo se ha observado un aumento de los ingresos por instrucción de los tribunales mediante la aplicación de la internación provisional. Esta medida implica que el ingreso no siempre responde a criterios clínicos y que se establece por un período predeterminado, sin que necesariamente sea lo adecuado para esa/e adolescente.

Experiencias de maltrato

Como principales nudos críticos, se conoció la existencia de malos tratos, particularmente tratos degradantes, asociados a sus diagnósticos -sobrenombres, asustarlos al momento del descanso, aumentar su paranoia-; la utilización de estas unidades como medidas de protección o castigo y no referentes a necesidades de salud mental; la utilización de altas administrativas sin que se haya logrado el cumplimiento de los objetivos de la intervención.

También es de preocupación la frecuencia del uso de contenciones farmacológicas y mecánicas, las cuales excederían el tiempo establecido y no serían registradas adecuadamente. Como también de que se realice una intervención únicamente clínica, siendo necesaria que esta sea integral e incorpore sus planes de intervención individual establecidos previamente a su ingreso.

2.4 Centros de salud mental residencial para el tratamiento de consumo de alcohol y drogas de adolescentes

El CPT visitó un centro de salud mental residencial para el tratamiento de consumo de alcohol y drogas de adolescentes de administración de SENDA —con modalidad mixta, residencial y ambulatorio— y uno privado —modalidad residencial—, los cuales tenían como sujetos de atención tanto a adolescentes bajo protección del Estado como no.

Se valora positivamente la existencia de estos dispositivos, especialmente en los casos en que funcionan como espacios de transición entre una UHCIP y una residencia de protección, permitiendo continuar de manera especializada el proceso de rehabilitación. En ambos se observó como requisito de ingreso la egodistonía, la voluntariedad y el deseo de cambio de las/os adolescentes, criterio que resulta poco factible debido a la etapa del desarrollo evolutivo en la que se encuentran.

Además, el modelo de SENDA contempla en un mismo espacio físico la atención residencial y la ambulatoria,

6 Los hallazgos de estas visitas no se incluyen en el presente informe debido a que a la fecha de su publicación, no se encontraban publicados.

lo que dificulta los procesos de quienes permanecen de forma permanente, especialmente cuando se permite la salida libre de quienes reciben atención ambulatoria. Se observó el caso de un adolescente del espacio ambulatorio que invitó a otra/o del espacio residencial a salir, retirándose ambos sin la compañía de una persona adulta responsable. Se considera un factor de riesgo que ambas poblaciones compartan el espacio, debido a la necesidad de una intervención de mayor intensidad para quienes se encuentran en el modelo residencial. Por ello, resulta necesario establecer planes de intervención ajustados a sus necesidades y características particulares, los cuales deben articularse con las intervenciones y los objetivos planteados por la dupla psicosocial de la residencia de protección.

En cuanto a las/os funcionarias/os, se identifica la necesidad de una formación especializada tanto en el tratamiento del consumo de drogas y alcohol como en el trabajo con población adolescente vulnerada, que probablemente presente un diagnóstico de trauma complejo y se encuentre bajo el cuidado del Estado.

Cabe señalar que ambos centros no se encuentran actualmente en funcionamiento. El CPT ha observado la situación de la niñez en distintos contextos, entre ellos, las secciones materno-infantiles de los recintos penitenciarios y la atención inicial de la niñez migrante en las fronteras de la zona norte del país. Los hallazgos observados al respecto se describen en las secciones 2.5. Personas privadas de libertad en recintos penitenciarios y 2.7. Cuidado y custodia de personas migrantes, respectivamente.

Análisis

El monitoreo desarrollado por el Comité de Prevención contra la Tortura entre 2021 y 2025 permite constatar un proceso de transformación relevante en los sistemas de protección especializada y de justicia juvenil en Chile. La creación del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y del Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil ha impulsado cambios institucionales que reflejan avances en la adecuación de los modelos de intervención a los estándares de derechos humanos. Sin embargo, dichos avances conviven con desafíos estructurales que continúan generando factores de riesgo para la ocurrencia de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

En el ámbito de la protección especializada, se valora positivamente el tránsito desde grandes residencias hacia modelos familiares y de menor tamaño, lo que evidencia avances hacia un cambio de paradigma orientado a una atención más individualizada y garante de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Sin embargo, se evidencian el aumento de las derivaciones al cuidado alternativo residencial por parte de los tribunales; los prolongados períodos de permanencia de niñas, niños y adolescentes en residencias; la alta rotación de funcionarias/os; un acompañamiento técnico desigual y principalmente reactivo; la persistencia de prácticas restrictivas que limitan la autonomía progresiva; y la necesidad de fortalecer mecanismos eficaces de denuncia, investigación y sanción frente a situaciones de maltrato. Se identifica como urgente la especialización continua de las/os profesionales y el desarrollo de estrategias efectivas para trabajar la preparación para la vida independiente con las/os adolescentes.

Asimismo, preocupa el incremento de fenómenos de alta complejidad, como la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes, cuyo abordaje exige una respuesta intersectorial robusta, especializada y sostenida que trascienda las capacidades del Servicio y comprometa activamente a todos los organismos con competencias en la materia.

Lo observado durante el monitoreo evidencia que el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia continúa enfrentando importantes dificultades para cumplir su mandato debido a la ausencia de una respuesta oportuna y prioritaria por parte de las demás instituciones del Estado, situación que se aleja de los principios de corresponsabilidad y coordinación establecidos en la Ley N° 21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la

Generan especial preocupación las situaciones de maltrato identificadas durante los procedimientos de seguridad, especialmente aquellas asociadas a la actuación de Gendarmería de Chile, entre ellas, el uso desproporcionado de la fuerza, las amenazas, las revisiones corporales incompatibles con la normativa vigente y el uso de espacios sin vigilancia para ejercer agresiones.

Niñez y Adolescencia. Esta falta de soporte institucional repercute directamente en las trayectorias de vida de niñas, niños y adolescentes, prolongando su permanencia en el sistema de protección, limitando sus posibilidades de restitución de derechos y aumentando su exposición a nuevas vulneraciones.

En el sistema de justicia juvenil, la implementación gradual del SNRSJ ha permitido recoger aprendizajes relevantes para su instalación nacional. Se observan avances en la organización de rutinas, la promoción de trayectorias educativas, el fortalecimiento de vínculos familiares y la coordinación con la red de salud. Sin embargo, los datos del SNRSJ evidencian un aumento de los ingresos a internación provisoria —de 1.057 en 2020 a 1.545 en 2024— y de su peso relativo, que se ha mantenido sobre el 81% del total de ingresos desde 2022, lo que obliga a revisar críticamente el cumplimiento del principio de excepcionalidad que debe regir toda privación de libertad de adolescentes.

Generan especial preocupación las situaciones de maltrato identificadas durante los procedimientos de seguridad, especialmente aquellas asociadas a la actuación de Gendarmería de Chile, entre ellas, el uso desproporcionado de la fuerza, las amenazas, las revisiones corporales incompatibles con la normativa vigente y el uso de espacios sin vigilancia para ejercer agresiones. La persistencia y naturalización de estas prácticas constituyen factores de alto riesgo para la ocurrencia de tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, lo que hace indispensable fortalecer los mecanismos de prevención, supervisión, registro, investigación y rendición de cuentas.

Asimismo, el ingreso de drogas a los centros, el uso de sanciones no contempladas en la normativa, la utilización de la Unidad de Separación de Grupo con fines punitivos y el desgaste profesional de los equipos constituyen desafíos transversales que afectan tanto la convivencia como la finalidad socioeducativa del sistema de justicia juvenil.

La prevención de la tortura requiere comprender que los riesgos no se limitan a actos explícitos de violencia física, sino que también se expresan mediante prácticas institucionales normalizadas, omisiones, respuestas insuficientes del Estado y condiciones estructurales que afectan la dignidad, el bienestar y el ejercicio efectivo de los derechos de niñas, niños y adolescentes bajo su cuidado o custodia.

En este contexto, resulta indispensable fortalecer la coordinación intersectorial entre los sistemas de protección, justicia, salud, educación y seguridad; consolidar políticas permanentes de formación y cuidado de los equipos; robustecer los mecanismos de supervisión y denuncia; asegurar el acceso oportuno a prestaciones especializadas; y promover una cultura institucional basada en los derechos humanos que sitúe la prevención de la tortura como un eje transversal de todas las intervenciones desarrolladas con niñas, niños y adolescentes bajo responsabilidad del Estado.



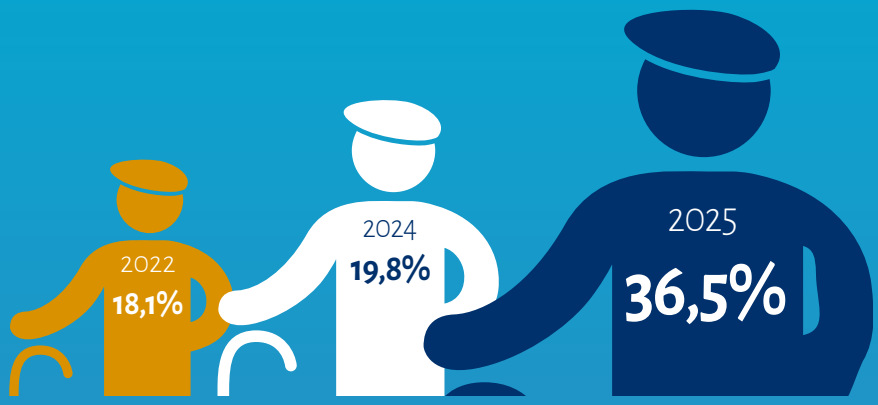
Cuidados de larga estadía para personas mayores: Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores y Unidades de Camas Sociosanitarias en hospitales

Personas mayores en ELEAM Rengo. Región del Libertador General Bernardo O'Higgins.

ELEAM:

Según el Censo 2024, **las personas de 60 años o más son el 19,8% de la población.**

Hacia 2050 serán el 36,5%: más de un tercio del país. El **22,2%** de las personas mayores presenta algún grado de dependencia.



Fuente: Observatorio Envejecimiento UC-Confuturo (2025); INE (2026); III Estudio Nacional de la Discapacidad, SENADIS.



¿Quién cuida en los ELEAM?

El cuidado directo **recae mayoritariamente en mujeres,** algunas de ellas también personas mayores. Enfrentan sobrecarga física y emocional, y el agotamiento es un factor de riesgo de tratos bruscos u omisiones en el cuidado.

2017

Chile ratifica la Convención Interamericana sobre los Derechos de las Personas Mayores.

2021

Se dicta el Decreto N° 20 del MINSAL (nuevo reglamento de ELEAM con enfoque de derechos).

2025

La Corte IDH reconoce el cuidado como derecho humano autónomo (OC-31/25) y el Decreto N° 20 entra en vigencia el 1 de octubre.

2026

Se promulgan la Ley N° 21.805 (Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados) y la Ley N° 21.822 (Ley Integral de las Personas Mayores).

Fuente: SENAMA.

Programa de Camas Sociosanitarias:



El programa prevé una permanencia máxima de tres meses. **En varias unidades visitadas, las estadías superaban los tres años.**

En el primer semestre de 2025 **había 1.122 personas hospitalizadas con perfil sociosanitario en la red pública,** es decir, con alta médica pero sin condiciones sociales para volver a su hogar.

El programa de camas sociosanitarias dispone de 206 cupos.





De facto **hay más de cinco veces** más personas en camas sociosanitarias de lo contemplado en el programa.

Fuente: Oficio del Ministerio de Salud CP N° 23455/2025, 31 de octubre de 2025.

Contexto

Las personas mayores[7] en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) y aquellas que permanecen hospitalizadas por motivos sociales y no clínicos, en tanto residen bajo el cuidado del Estado en condiciones de dependencia y restricción de su autonomía, representan una población altamente expuesta a factores de riesgo de tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes. Es por ello que el Comité de Prevención contra la Tortura de Chile ha priorizado el monitoreo preventivo en estos grupos de población.

Desde 2021, el CPT ha monitoreado establecimientos de larga estadía para personas mayores que, por motivos sociales y de salud, requieren un espacio protegido donde suelen recibir atención especializada y cuidados diferenciados para mantener su salud y capacidad funcional.

A partir de 2025, el CPT incorporó en su planificación anual el monitoreo de dispositivos sociosanitarios, considerando que su población objetivo está conformada mayoritariamente por personas mayores y personas con dependencia funcional severa que, por motivos sociales, no logran concretar su alta hospitalaria y permanecen durante períodos prolongados bajo el cuidado del Estado.

7 El término "personas mayores", según la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, incluye a todas aquellas personas que tienen 60 o más años.

1. Contexto de los ELEAM

Chile enfrenta un envejecimiento poblacional progresivo y acelerado, posicionándose entre los países con mayor velocidad de transición demográfica de América Latina (CELADE-CEPAL, 2021). De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2024, las personas de 60 años o más representan el 19,8% de la población del país (Observatorio Envejecimiento UC-Confuturo, 2025), mientras que las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) estiman que, hacia 2050, alcanzarán el 36,5% del total, esto es, más de un tercio de la población (INE, 2026). Por su parte, el III Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile, del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), indica que el 22,2% de las personas mayores presenta algún grado de dependencia. De este porcentaje, el 8,0% presenta dependencia leve; el 8,7%, dependencia moderada; y el 5,5%, dependencia severa (SENADIS, 2023).

Ante este escenario, el país ha desarrollado y perfeccionado progresivamente su marco jurídico, sus instituciones, sus políticas públicas y la oferta de servicios disponibles para las personas mayores y, en particular, para aquellas que se encuentran en ELEAM. Sin que la siguiente enumeración sea taxativa, entre los principales hitos de este proceso se pueden señalar los siguientes.

1.1 Reconocimiento de derechos

En la última década la legislación nacional ha avanzado significativamente en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores como grupo de especial protección. La ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2017) constituye un hito trascendental, tanto por el reconocimiento explícito de los derechos que consagra como por sus implicancias en la articulación de un bloque jurídico a partir de ella. En esta línea se inscriben, por ejemplo, la dictación del Decreto N° 20 del MINSAL (2021) y la recientemente promulgada Ley N° 21.822, que aprueba la Ley Integral de las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento Digno, Activo y Saludable (2026).

Por su parte, la también recientemente promulgada Ley N° 21.805, que reconoce el derecho al cuidado y crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (2026), reconoce los derechos a cuidar, ser cuidado, y al autocuidado. En 2025 la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) fue el primer tribunal internacional que reconoció el cuidado como un derecho humano autónomo, estableciendo en su Opinión Consultiva OC-31/25 que los Estados tienen el deber de promover, proteger y garantizar (Corte IDH, 2025).

1.2 Fortalecimiento institucional

Chile cuenta con una institucionalidad específica orientada a las personas mayores, cuya rectoría recae en el MIDESO, del cual depende el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Creado en 2002, el SENAMA es el organismo encargado del desarrollo de los planes, programas y políticas dirigidos a esta población. Desde 2011, el SENAMA implementa una oferta directa de ELEAM destinada a proteger a personas mayores que requieren cuidados de largo plazo (Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuestos, 2024). Complementariamente, opera el Fondo Subsidio ELEAM (FSE), regulado por el Decreto N° 15 de 2013 del Ministerio de Desarrollo Social. Este es ejecutado por el SENAMA mediante la entrega mensual de recursos suplementarios a instituciones públicas o privadas sin fines de lucro que administran ELEAM, o a través del acompañamiento técnico y la supervisión de profesionales del Servicio, dirigidos a instituciones públicas o privadas, con o sin fines de lucro, que administran ELEAM y cuentan con resolución sanitaria.

Esta arquitectura institucional se ve reforzada por dos desarrollos normativos recientes. Por una parte, la Ley N° 21.822 (2026) fortalece al SENAMA mediante la creación de direcciones regionales, la incorporación de la facultad de actuar en sede judicial —en casos de vulneración grave de los derechos de las personas mayores o cuando esté comprometido el interés público— y la elaboración de un Plan Nacional de Envejecimiento, entre otras medidas. Por otra parte, la Ley N° 21.805 (2026) radica en el MIDESO el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, consolidando a esta cartera como el eje institucional del entramado de cuidados para las personas mayores en el país.

1.3 Avances en protección penal

En la última década el Estado chileno ha fortalecido el marco de protección penal de las personas mayores. La Ley N° 20.968, que tipifica delitos de tortura y de tratos crueles, inhumanos y degradantes (2016), adecuó la legislación nacional a los estándares internacionales, y la Ley N° 21.013, que tipifica un nuevo delito de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial (2017), profundizó esta línea al establecer un conjunto de delitos cometidos contra las personas mayores y otros grupos de especial protección, entre ellos el maltrato corporal relevante.

1.4 Perfeccionamiento del marco reglamentario

El Estado chileno cuenta con un marco reglamentario que regula el funcionamiento de los ELEAM. En 2010 se publicó el Decreto N° 14 del MINSAL, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, el cual reguló los Eleam en materias de condiciones materiales, de personal y seguridad, entre otras. En 2021 este fue reemplazado por el Decreto N° 20[8] del mismo Ministerio, incorporando un enfoque de derechos humanos y calidad de vida,

8 Promulgado en 2021 y publicado en 2022.

con una mirada más integral y menos restringida a aspectos sanitarios. Este enfoque se manifiesta, entre otros aspectos, en:

1. Otorga al SENAMA un rol específico en el funcionamiento de los ELEAM: debe dictar directrices y orientaciones para su operación (art. 3); elaborar, en colaboración con el MINSAL, la Carta de Derechos y Deberes de las/os Residentes (art. 5, letra t); y recibir trimestralmente los reportes que las direcciones técnicas de los ELEAM deben remitir con información administrativa del establecimiento y la identificación de sus residentes y trabajadoras/es (art. 12, letra t).
2. Especifica y actualiza los estándares de infraestructura: por ejemplo, el Decreto N° 20 mantiene un máximo de cuatro camas por dormitorio, pero exige un espacio de circulación entre ellas no menor a 90 centímetros (art. 10, letra j), y requiere mecanismos seguros de climatización que regulen la temperatura del ELEAM (art. 8, letra e), entre otras exigencias.
3. Desarrolla parámetros basados en un enfoque de derechos humanos. Así, por ejemplo, el Plan de Atención Integral (PAI)[9] debe ser elaborado entre el equipo a cargo y cada residente (art. 4 letra k); entre las funciones de las/os directoras/es técnicas/os se incluye velar por los derechos y deberes de las/os residentes de acuerdo a los tratados internacionales suscritos y ratificados por Chile (art. 12 letra d); y refuerza que el ingreso al establecimiento requiere consentimiento voluntario, expresado por escrito (art. 23).

Este conjunto de avances configura un escenario significativamente más robusto que el vigente hace una década en materia de cuidado de personas mayores, pese a que atraviesa un momento de especial desafío. La implementación del Decreto N° 20 aún es incipiente: aunque fue promulgado en 2021, entró en vigencia el 1 de octubre de 2025 y estableció un plazo de tres años para que los ELEAM que ya se encontraban en funcionamiento ajusten sus condiciones al nuevo estándar. Asimismo, aún se encuentran en elaboración los instrumentos necesarios para su fiscalización. De igual modo, tanto la Ley Integral de las Personas Mayores como la Ley que crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados se encuentran en una etapa inicial de implementación, con la elaboración de sus respectivos reglamentos, por lo que los cambios que contemplan aún no se han materializado por completo.

Este conjunto de avances configura un escenario significativamente más robusto que el vigente hace una década en materia de cuidado de personas mayores, pese a que atraviesa un momento de especial desafío. La implementación del Decreto N° 20 aún es incipiente.

Es importante señalar que el monitoreo preventivo del CPT —expuesto en los apartados siguientes— no pretende fiscalizar el cumplimiento del marco normativo descrito, sino que se centra en evaluar de manera independiente los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes en los recintos visitados, para, a partir de ello, formular recomendaciones que permitan mejorar las condiciones de cuidado o custodia que brinda el Estado.

9 Denominado en el Decreto N° 20 como Programa de Atención Integral Usuaria del Establecimiento.

2. Contexto del Programa de Camas Sociosanitarias

El Programa de Camas Sociosanitarias, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Minsal, fue creado en 2015 para dar respuesta asistencial a personas hospitalizadas que, tras recibir el alta médica, no pueden concretar su egreso debido a la disfuncionalidad de sus núcleos familiares u otras problemáticas sociales concurrentes (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2025).

Sin embargo, la oferta de la que dispone es sustancialmente menor que la población que efectivamente la requiere y que permanece en recintos hospitalarios. A nivel nacional, esta contempla 33 unidades hospitalarias con 206 cupos, mientras que, durante el primer semestre de 2025, se registraron 1.122 personas hospitalizadas con perfil sociosanitario en la red pública de salud: más de cinco veces la capacidad disponible (Oficio del Ministerio de Salud CP N° 23455/2025, de 31 de octubre de 2025).

Para ingresar en calidad de usuaria/o sociosanitaria/o, se debe ser beneficiaria/o del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y encontrarse hospitalizada/o por una patología aguda o crónica estabilizada, en condiciones de egreso clínico.

El programa cumple un doble propósito. En primer lugar, proporcionar a la persona usuaria sociosanitaria cuidados integrales de salud, junto con un plan de intervención orientado a su reinserción familiar y/o comunitaria. En segundo lugar, aliviar la presión sobre las camas de los servicios agudos de los recintos hospitalarios, al atender a usuarias/os con perfil sociosanitario cuya estadía tiende a prolongarse.

Las estrategias de egreso contempladas en el programa incluyen la articulación con los ELEAM, los dispositivos sociales y otras instancias de protección, así como el trabajo de revinculación con redes familiares y comunitarias. Su efectividad depende de la disponibilidad y coordinación de la oferta sectorial existente, factor que condiciona directamente la duración de las estadías hospitalarias de las personas con este perfil.

3. Oferta Institucional y caracterización de las personas bajo cuidado

3.1 Oferta residencial de SENAMA y Fondo de Subsidio ELEAM

SENAMA ha desarrollado diversos planes y programas que están vinculados con la oferta residencial y el apoyo de personas mayores. Dentro de las principales respuestas residenciales encontramos los condominios de viviendas tuteladas (CVT); los ELEAM de SENAMA y el programa de Fondo de Subsidio ELEAM.

Los condominios de viviendas tuteladas «son conjuntos habitacionales de viviendas individuales, adecuadas para personas mayores de 60 años que sean autovalentes y se encuentren en situación de vulnerabilidad» (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2026). A enero de 2026, el SENAMA cuenta, a nivel nacional, con un total de 63 condominios, correspondientes a 1.217 viviendas.

Por su parte, los ELEAM de SENAMA son administrados por entidades operadoras seleccionadas mediante un procedimiento concursal[10]. Los operadores de los ELEAM de SENAMA pueden ser tanto organizaciones privadas sin fines de lucro, por ejemplo fundaciones o corporaciones, como entidades públicas (tales como Municipalidades o Servicios de Salud).

10 El Decreto N° 49 del año 2011 del Ministerio de Planificación (actual Ministerio de Desarrollo Social y la Familia, en su Art. 13 indica: "Artículo 13°: Los convenios que se celebren para la ejecución de las líneas del Programa se celebrarán previo procedimiento concursal, según las normas generales y de acuerdo a las bases de concurso elaboradas por el Servicio, las que fijarán los parámetros necesarios para asegurar la igualdad de los oferentes, así como también el resguardo de los intereses económicos del Servicio. Sin perjuicio de lo anterior, por razones debidamente fundadas, el Servicio podrá suscribir convenios de manera directa para la ejecución de las líneas del Programa, con una o más entidades públicas o privadas sin fines de lucro".

TABLA 13:
ELEAM de SENAMA por comuna, región y número de cupos, en el año 2025[11]

	Nombre ELEAM	Comuna	Región	Cupos
1	Arica	Arica	Región de Arica y Parinacota	70
2	Gloria Madrid Trejo	Antofagasta	Región de Antofagasta	40
3	Desierto Florido	Copiapó	Región de Atacama	70
4	Las Compañías	La Serena	Región de Coquimbo	70
5	Refugio Playa Ancha	Valparaíso	Región de Valparaíso	70
6	Cordillera de los Andes	Puente alto	Región Metropolitana	98
7	Huechuraba	Huechuraba		70
8	Lo Prado	Lo prado		40
9	Rengo	Rengo	Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	70
10	Carmen Martínez Vilches	Curicó	Región del Maule	70
11	Dr. Mario Muñoz Angulo	Cauquenes		30
12	Wenüiwen	Licantén		30
13	Sra Rosa Amelia Ogalde Cortes	Coronel	Región del Biobío	30
14	Dr. Juan Lobos Krause	Hualpén		60
15	Las Araucarias	Melipeuco	Región de La Araucanía	30
16	Ayén Ruca	Cunco		60
17	El Copihue	Loncoche		30
18	Los Ríos	Valdivia	Región de Los Ríos	70
19	Alerce	Puerto Montt	Región de Los Lagos	80
20	Eliana Contreras Monje	Coyhaique	Región de Aysén del G. Carlos Ibáñez del Campo	70
21	Nuevo Atardecer	Puerto natales	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	20
22	Cristina Calderón Harbán	Punta arenas		70
	Total de cupos ELEAM de SENAMA			**1.248**

SENAMA, Oficio N°12 del 08 de enero de 2026.

11 En marzo de 2026 SENAMA inauguró un nuevo Eleam en la Región de Tarapacá, ubicado en la comuna de Pozo Almonte, el cual será administrado por la Municipalidad y cuenta con capacidad para 70 personas mayores (SENAMA, 2026).

Adicionalmente, el Fondo Subsidio ELEAM (FSE) permite financiar proyectos destinados a mejorar la atención de las necesidades básicas de personas mayores en situación de vulnerabilidad social. Pueden postular los ELEAM públicos o privados sin fines de lucro que atiendan a personas mayores en situación de dependencia y vulnerabilidad social. En 2025, el FSE benefició a 157 ELEAM, con un total de 5.436 cupos adjudicados. De estos establecimientos, 14 son públicos y 143 corresponden a entidades privadas.

3.2 Caracterización de las personas mayores en ELEAM de SENAMA

Para ingresar a un ELEAM del SENAMA, se requiere pertenecer al 60% de la población más vulnerable, de acuerdo con el Registro Social de Hogares. A diciembre de 2025, el SENAMA registraba un total de 1.248 plazas para personas mayores en los 22 ELEAM de los que dispone en las diferentes regiones del país.

A nivel nacional, durante 2025, se registró un total de 1.030 postulaciones de personas mayores a ELEAM del SENAMA, de las cuales 973 fueron aceptadas para ser evaluadas por los equipos regionales y de buen trato, y 57 fueron rechazadas. Las causales de rechazo pueden vincularse con el incumplimiento de los requisitos de postulación o con la falta de la documentación requerida.

Entre el 1 de noviembre de 2024 y el 30 de noviembre de 2025, ingresaron 266 personas mayores a estos ELEAM. Durante ese período, se registraron 99 ingresos regulares (37,2%) y 167 ingresos por violencia intrafamiliar (VIF) y/o derivados desde el Poder Judicial (62,8%).

TABLA 14:
Total de ingresos a ELEAM de SENAMA por tipo
y región entre el 1 noviembre de 2024 y el 30 de noviembre de 2025.

Región	Tipo de Ingreso a Eleam	Total de ingresos en el periodo
Región de Arica y Parinacota	VIF y/o Derivados del Poder Judicial	**9**
	Ingreso Regular	**20**
Región de Antofagasta	VIF y/o Derivados del Poder Judicial	**2**
	Ingreso Regular	**2**
Región de Atacama	VIF y/o Derivados del Poder Judicial	**4**
	Ingreso Regular	**17**
Región de Coquimbo	VIF y/o Derivados del Poder Judicial	**10**
	Ingreso Regular	**2**
Región de Valparaíso	VIF y/o Derivados del Poder Judicial	**7**
	Ingreso Regular	**0**
Región Metropolitana	VIF y/o Derivados del Poder Judicial	**29**
	Ingreso Regular	**10**
Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	VIF y/o Derivados del Poder Judicial	**13**
	Ingreso Regular	**1**
Región del Maule	VIF y/o Derivados del Poder Judicial	**18**
	Ingreso Regular	**6**
Región del Biobío	VIF y/o Derivados del Poder Judicial	**20**
	Ingreso Regular	**1**
Región de La Araucanía	VIF y/o Derivados del Poder Judicial	**15**
	Ingreso Regular	**8**
Región de Los Ríos	VIF y/o Derivados del Poder Judicial	**11**
	Ingreso Regular	**1**
Región de Los Lagos	VIF y/o Derivados del Poder Judicial	**9**
	Ingresos Regular	**15**
Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	VIF y/o Derivados del Poder Judicial	**3**
	Ingreso Regular	**5**
Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	VIF y/o Derivados del Poder Judicial	**17**
	Ingreso Regular	**11**
Total		**266**

SENAMA, Oficio N°12 del 08 de enero de 2026. Al momento de reportarse la estadística, SENAMA no contaba con ELEAM en las regiones de Ñuble y Tarapacá.

A noviembre de 2025, había un total de 547 personas mayores en lista de espera. De ellas, 211 (38,6%) correspondían a solicitudes de ingreso regular y 336 (61,4%), a casos de abandono o maltrato asociados a violencia intrafamiliar (VIF), derivados por los tribunales de justicia y/o definidos por los equipos regionales del SENAMA.

TABLA 15:
Lista de espera a ELEAM de SENAMA, por tipo de solicitud de ingreso, al 30 de noviembre de 2025.

Región	Solicitud de ingreso regular	Solicitud de ingreso asociada a VIF	Total Región
Región de Arica y Parinacota	10	2	**12**
Región de Tarapacá	0	13	**13**
Región de Antofagasta	10	7	**17**
Región de Atacama	28	14	**42**
Región de Coquimbo	7	23	**30**
Región de Valparaíso	3	6	**9**
Región Metropolitana	9	83	**92**
Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	7	54	**61**
Región del Maule	8	19	**27**
Región de Ñuble	0	3	**3**
Región del Biobío	40	35	**75**
Región de La Araucanía	24	22	**46**
Región de Los Ríos	13	25	**38**
Región de Los Lagos	16	12	**28**
Región de Aysén del G. Carlos Ibáñez del Campo	29	16	**45**
Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	7	2	**9**
Total	**211**	**336**	**547**

SENAMA, Oficio N°12 del 08 de enero de 2026.

4. Oferta institucional de camas sociosanitarias y caracterización de las personas usuarias

La situación de personas, en su inmensa mayoría personas mayores, que permanecen en hospitales debido a no contar con condiciones sociales para su egreso es una realidad compleja y creciente que tensiona al sistema de salud público y no encuentra debida respuesta de protección social.

La atención de estas personas se produce mayoritariamente fuera de los dispositivos previstos para ella: de las 1.122 registradas a nivel nacional en 2025, más de 900 permanecían en camas "comunes" de distintos servicios y unidades (Oficio del Ministerio de Salud CP N° 23455/2025, del 31 de octubre de 2025), situación que repercute directamente en la gestión hospitalaria y en la calidad de vida de los usuarios/as sociosanitarios. En 2019, el Programa de Camas Sociosanitarias contemplaba una meta de 100 cupos a nivel nacional distribuidos en cuatro establecimientos hospitalarios de menor complejidad, registrando un 84% de implementación efectiva al cierre de ese año[12]. Fue en base a esta información que el CPT inició el monitoreo de este tipo de recintos.

Durante el primer semestre de 2025, la distribución del total de 1.122 usuarias/os sociosanitarias/os por Servicios de Salud en el territorio nacional es la que muestra la tabla 18.

La edad promedio de la población sociosanitaria es de 68,3 años y un 72,6% corresponde a personas mayores. Un 70,8% son hombres (794 casos) y un 29, 2% mujeres (328 casos). Según la clasificación del Minsal, los diagnósticos de salud más recurrentes en la población sociosanitaria son los cuadros neurológicos, neuroquirúrgicos no traumáticos y los cuadros psiquiátricos[13].

TABLA 16:
Distribución geográfica de la población sociosanitaria total del país durante el primer semestre de 2025.

Zonas	Usuarias/os (N)	Usuarias/os (%)
Servicios de Salud zona norte[14]	132	11,8%
Servicios de Salud Región Metropolitana[15]	360	32,1%
Servicios de Salud zona central[16]	398	35,5%
Servicios de Salud zona sur[17]	232	20,7%
Total	**1.122**	100%

Elaboración propia en base a información aportada en el Oficio del Ministerio de Salud CP N° 23455/2025, del 31 de octubre de 2025.

12 Los recintos incluidos son el Hospital del Salvador de Peumo, Hospital San Carlos de Maullín, Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro, CRS de Maipú y Complejo Hospitalario San José de Maipo. Cita basada en: Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2019). Monitoreo y Seguimiento Oferta Pública 2019: Camas Socio Sanitarias. Dirección de Presupuestos (DIPRES).

13. Información aportada en el Oficio del Ministerio de Salud CP N° 23455/2025, del 31 de octubre de 2025.

14 Considera SS Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama y Coquimbo.

15 Considera SS Metropolitano Norte, Metropolitano Sur, Metropolitano Sur Oriente, Metropolitano Oriente, Metropolitano Occidente y Metropolitano Central.

16 Considera SS Valparaíso/San Antonio, Viña del Mar/Quillota, Aconcagua, O'Higgins, Maule, Ñuble, Concepción, Talcahuano, Arauco y Biobío.

17 Considera SS Araucanía Norte, Araucanía Sur, Los Ríos, Osorno, Reloncaví, Chiloé, Aysén y Magallanes.

Monitoreo

Desde 2021, el CPT incorporó a los ELEAM en su monitoreo y, a partir de 2025, los dispositivos sociosanitarios. Ambos tipos de recintos albergan mayoritariamente a personas mayores —muchas de ellas con dependencia funcional severa— que, por motivos sociales y de salud, permanecen bajo el cuidado del Estado en espacios protegidos.

1. Visitas

En una primera etapa, el CPT realizó un diagnóstico de la situación de las personas mayores institucionalizadas bajo el cuidado del Estado. Como criterio para seleccionar los recintos a visitar, se decidió comenzar con el monitoreo de ELEAM vinculados al SENAMA, en sus distintas modalidades: aquellos que reciben fondos del SENAMA, los ELEAM del SENAMA operados por fundaciones o corporaciones y los administrados por municipalidades. Con esta selección se buscó alcanzar un grado de representatividad que considerara la diversidad territorial.

En una segunda etapa, durante la planificación de 2025, el CPT se propuso ampliar el monitoreo a las unidades registradas en el Programa de Camas Sociosanitarias, considerando la distribución de las personas hospitalizadas bajo este perfil en diferentes recintos hospitalarios del país. Para ello, se visitaron cuatro de las cinco unidades hospitalarias consignadas por el Ministerio de Salud como parte del programa, además de una Unidad de Hospitalizados en la que permanecen personas calificadas como sociosanitarias. El objetivo de estas visitas fue evaluar los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que afectan a las personas usuarias y, a partir de los hallazgos, formular recomendaciones dirigidas a las diversas instituciones involucradas que permitieran avanzar en la superación de las brechas identificadas.

Con excepción de la visita reactiva a la Unidad de Hospitalizados del Hospital de Vilcún, todas las visitas programadas tuvieron carácter exhaustivo. Dicha visita no programada se originó a raíz del monitoreo realizado en el Hospital de Lautaro, donde se constató que los flujos de egreso contemplan la derivación de personas con perfil sociosanitario hacia recintos hospitalarios de menor complejidad.

Entre 2021 y 2025, el CPT realizó **19 visitas** a residencias para personas mayores y dispositivos sociosanitarios, de las cuales el 73,7% se concentró en ELEAM y el 26,3% restante, en unidades de camas sociosanitarias, abarcando **17 recintos** en total. La diferencia mínima entre el número de visitas y de recintos —19 y 17, res-

pectivamente— refleja que se priorizó la cobertura por sobre la revisita de un mismo establecimiento. La mayor parte de estas visitas se concentró en ELEAM vinculados al SENAMA: seis en establecimientos operados por municipalidades, cinco en aquellos operados por fundaciones o corporaciones y tres en ELEAM privados que reciben fondos del SENAMA. Las cinco visitas restantes correspondieron a unidades de camas sociosanitarias y se realizaron durante 2025. El 73,7% de las visitas fue programado. Los recintos visitados durante el período se detallan en el Anexo 5 del presente informe.

TABLA 17:
Visitas realizadas por el CPT entre 2021 - 2025 a establecimientos de larga estadía para personas mayores y camas sociosanitarias, por año y tipo de recinto.

Monitoreos CPT	2021	2022	2023	2024	2025	Total
ELEAM de SENAMA operados por una municipalidad	0	2	1	0	3	**6**
ELEAM de SENAMA operados por una fundación o corporación[18]	0	1	2	0	2	**5**
ELEAM privados que reciben fondos de SENAMA	1	1	1	0	0	**3**
Unidades de Camas Sociosanitarias	0	0	0	0	5	**5**
Total de monitoreos realizados	**1**	**4**	**4**	**0**	**10**	**19**

Elaboración propia. Una visita = 1 recinto visitado en un momento determinado; un recinto puede tener más de una visita.

2. Hallazgos

A partir de las visitas realizadas por el CPT durante los últimos cinco años, a continuación se presentan los principales hallazgos. Para ello, se procuró sistematizar y analizar aquellos aspectos considerados más relevantes, con el propósito de ofrecer una aproximación transversal. Sin perjuicio de lo anterior, se tiene presente que no fue posible incorporar toda la información ni, menos aún, especificar las particularidades de cada recinto. Para efectos del presente apartado, se presentan primero los hallazgos relativos a los ELEAM y, posteriormente, aquellos correspondientes a las unidades sociosanitarias visitadas.

2.1 Establecimientos de larga estadía para personas mayores

La presentación de los hallazgos de los ELEAM se organiza en tres puntos: primero, el régimen, la rutina y los cuidados; segundo, el trato y los medios de protección de las personas mayores; y, finalmente, la situación y las condiciones laborales del personal.

Régimen, rutina y cuidados

Los cuidados integrales constituyen un eje fundamental para un envejecimiento digno: de ellos dependen la mantención de las capacidades remanentes, la salud y la autonomía de las personas mayores. En este marco, el monitoreo del CPT observa con atención en qué medida las rutinas logran satisfacer las necesidades

18 Hace referencia al momento de la visita.

de las/os residentes, considerando los cuidados diferenciados que cada persona requiere. Para estos efectos, se analizan los siguientes aspectos: la rutina y la oferta programática; la comunicación con el exterior y las visitas; y las prestaciones de salud.

Rutina y oferta programática

Los ELEAM visitados suelen combinar acciones terapéuticas y recreativas. Disponen de rutinas predecibles para la alimentación, el aseo, los ciclos de sueño, la administración de tratamientos farmacológicos y otras prestaciones, con el propósito de responder de manera ordenada a los requerimientos esenciales de las personas mayores.

Al ingresar, se les realiza una evaluación de salud y se elabora un Plan de Atención Integral (PAI), que suele actualizarse cada seis meses o una vez al año. Estos planes son elaborados por el equipo profesional con la participación de las personas mayores, según el grado de autovalencia o dependencia de cada una.

Los ELEAM cuentan con una oferta programática que debe incorporar actividades de estimulación cognitiva, física y funcional, expresadas, por ejemplo, en sesiones de kinesiología y terapia ocupacional, talleres de bochas, actualidad y manualidades, bingos, entre otras. Fuera de estas actividades, las personas mayores tienen como principales medios de entretención la televisión y la radio.

Se observa que la oferta programática y la rutina suelen ser monótonas y presentar una escasa diversidad de estímulos. Es recurrente encontrar grupos de personas mayores sentadas en sillones de un living o salón central, con la mirada perdida o fija en la televisión, sin mayor comunicación entre ellas. Las propias personas mayores perciben frecuentemente que estos recintos ofrecen pocas actividades.

Asimismo, es habitual observar que, a mayor grado de dependencia y deterioro cognitivo de las/os residentes, menor es su posibilidad de participar en las actividades del ELEAM: estas personas no suelen ser incluidas en salidas recreativas ni en talleres colectivos.

La rutina se enfoca principalmente en atender los cuidados básicos y los requerimientos de salud, por lo que las actividades de ocio y recreación quedan en un lugar secundario. La presencia de profesionales es variable: allí donde se cuenta con un equipo profesional sólido y comprometido, se logra dinamizar la vida del recinto y ofrecer una mayor variedad de actividades enriquecedoras y estimulantes.

Comunicación con el exterior y visitas

En los establecimientos monitoreados, la comunicación se realiza mediante llamadas telefónicas o videollamadas, a través de teléfonos institucionales y, en algunos casos, de teléfonos móviles personales de las/os residentes. La recepción de encomiendas se permite con ciertas restricciones fundadas en razones de salud o seguridad; así, por ejemplo, se prohíbe el ingreso de sustancias como alcohol o de alimentos con alto contenido de azúcar, especialmente para personas con diabetes.

Respecto de las visitas de familiares o personas significativas, se constata una baja concurrencia que pone de manifiesto la soledad y el aislamiento social y familiar de gran parte de las personas mayores usuarias de este tipo de recintos. En numerosas ocasiones, tutoras/es o familiares solo se presentan en fechas especiales o cuando la institución les convoca. En muchos casos, las/os apoderadas/os son funcionarias/os del propio ELEAM, debido a la falta de redes familiares, al abandono o al maltrato que algunas personas sufrieron antes de su ingreso.

Las salidas al exterior se relacionan con mayor frecuencia con atenciones de salud, la realización de trámites —como aquellos relacionados con pensiones— o compras y, ocasionalmente, con actividades recreativas del propio ELEAM o salidas con familiares o tutoras/es. En las salidas por consultas de salud o trámites, las personas mayores van siempre acompañadas por personal del ELEAM. Las salidas recreativas, en cambio, suelen ser esporádicas en muchos recintos, debido a la necesidad de contar con transporte y personal para llevarlas a cabo.

Prestaciones y equipos profesionales y técnicos de salud

Los ELEAM monitoreados cuentan con equipos profesionales y técnicos de composición variable. Algunos disponen de horas semanales de atención médica contratada en el recinto, mientras que otros cuentan

con la asistencia regular de médicas/os de la red de atención primaria de salud.

La mayoría de los lugares visitados dispone de servicios de enfermería y técnicas/os en enfermería de nivel superior (TENS). Es frecuente observar prestaciones de kinesiología, terapia ocupacional y, en ciertos recintos, psicología.

Sin perjuicio de ello, durante las visitas se identificaron distintas formas de organización de los equipos interdisciplinarios, lo que se vincula con el número de residentes. Así, los ELEAM con menor cantidad de personas mayores suelen contar con una alta diversidad de profesionales con jornadas fragmentadas —menos horas semanales—, mientras que aquellos con una mayor población de personas mayores organizan equipos menos diversos, pero con jornadas más extensas. Por último, una minoría de los establecimientos visitados evidenció un serio déficit en la dotación de profesionales.

La siguiente tabla muestra en cuántos de los ELEAM monitoreados está presente cada tipo de profesional, lo que permite advertir cuáles suelen formar parte de los equipos y cuáles tienden a faltar:

TABLA 18:
Tipo de profesionales presentes
en los ELEAM monitoreados por el CPT (n = 12).

Profesional	Eleam que cuentan con profesional	Eleam que no cuentan con profesional
Médico/a general	5	7
Enfermera/o	11	1
TENS	12	0
Kinesiólogo/a	11	1
Terapeuta Ocupacional	9	3
Psicólogo/a	7	5
Fonoaudiólogo/a	7	5
Trabajador/a Social	10	2
Nutricionista	10	2
Podólogo/a	6	6
Profesor/a de Educación Física	2	10
Psicopedagoga	2	10

Elaboración propia en base a datos obtenidos durante el monitoreo.

El traslado de las personas mayores a los centros de salud varía entre los recintos visitados. Una parte de los ELEAM lo resuelve mediante la coordinación con la red de salud, que dispone de una ambulancia para efectuar el traslado. En otros, se recurre a la contratación de radiotaxis o de vehículos solicitados mediante aplicaciones digitales, e incluso al uso de los automóviles personales de las y los funcionarios.

La articulación con la red pública de salud se gestiona a través de los centros de salud correspondientes y depende, en gran medida, de coordinaciones y voluntades locales. Se presentan dificultades significativas y frecuentes en la derivación a especialistas, lo que, en ocasiones, obliga a las personas mayores y a sus tutoras/es a resolver la atención de manera particular.

El traslado de las personas mayores a los centros de salud varía entre los recintos visitados. Una parte de los ELEAM lo resuelve mediante la coordinación con la red de salud, que dispone de una ambulancia para efectuar el traslado. En otros, se recurre a la contratación de radiotaxis o de vehículos solicitados mediante aplicaciones digitales, e incluso al uso de los automóviles personales de las/os funcionarias/os.

Si bien las/os residentes de los ELEAM visitados acceden a diversas prestaciones de la red pública de salud —Programa Nacional de Inmunizaciones, Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) y controles de patologías crónicas, entre otras— y a sus tratamientos farmacológicos, se observan nudos críticos relacionados con la mantención de las capacidades remanentes y con la atención de salud mental, dos ámbitos que requieren fortalecimiento.

Trato y protección de las personas mayores

Trato y negligencia de cuidado

El CPT presta especial atención al trato brindado a las personas mayores en estos recintos de larga estadía y valora positivamente que, en general, el trato del personal suela ser bien evaluado por las/os residentes.

La mayor parte de los relatos de malos tratos se refiere a situaciones en las que el personal se dirige a las/os residentes de manera brusca, mediante gritos, insultos o alzando la voz, entre otras conductas. Por lo general, estas situaciones son provocadas por trabajadoras/es específicas/os, identificadas/os por sus propios pares, lo que da cuenta de que tales conductas no forman parte de las rutinas ni del trato general en el ELEAM. Entre los factores que se reconocen como desencadenantes de este tipo de trato se encuentran la falta de capacitación, la ausencia de profesionalización de los cuidados, ciertas características personales y la escasez de personal, que conduce al agotamiento profesional (burnout). En mucha menor medida, se recogieron relatos de malos tratos físicos.

Asimismo, se identificaron conductas de negligencia en el cuidado, como la demora de los procesos de aseo y confort —mudas—, la entrega de las comidas o la atención de los requerimientos de las personas mayores. Estos descuidos se vinculan con la alta carga laboral del personal de trato directo, que dedica gran parte del tiempo a labores que requieren movilización y esfuerzo físico, además de apoyo emocional. Así, en cuanto a los requerimientos físicos, las/os cuidadoras/es asisten a las personas mayores en el uso de los baños y en su higiene, y apoyan su alimentación y desplazamiento. Cuando no realizan labores que exigen fuerza física, acompañan a las/os residentes en los espacios comunes, conversan con ellas/os y las/os escuchan.

Un punto que merece especial atención en algunos recintos son los tratos infantilizantes y las actitudes edadistas. Este hallazgo presenta una particular complejidad, pues el trato infantilizante puede operar como una forma de reprimenda o, por el contrario, responder a actitudes de cariño o empatía —por ejemplo, mediante el uso de diminutivos, tonos de voz dulces y respuestas paternalistas—. En muchos casos, las expresiones de afecto que se canalizan a través de

cierta infantilización se enmarcan en contextos y códigos culturales de intención bondadosa, de modo que un intento de corrección sin una adecuada sensibilización podría derivar en un trato frío, distante e impersonal. El desafío consiste en preservar la calidez del vínculo sin reproducir representaciones que menoscaben la condición adulta y la dignidad de las personas mayores.

Contenciones

La aplicación de contenciones y sujeciones exige prestar especial atención a su uso y a la forma de abordarlas. Conviene señalar dos consideraciones relevantes para su monitoreo. En primer lugar, implican restringir el movimiento de una persona mediante implementos externos, lo que conlleva una limitación intensa de su libertad ambulatoria y da cuenta de la criticidad de su uso. En segundo lugar, forman parte de prácticas médicas con arraigo institucional, por lo que la decisión de aplicarlas debiera sustentarse siempre en un diagnóstico clínico. Subyace, así, una tensión inherente entre las prácticas basadas en un saber técnico y la potencial afectación de los derechos humanos.

En general, la gran mayoría de los ELEAM visitados cuenta con un protocolo, aplica las contenciones por indicación médica y contempla medidas previas para evitar su uso —como contenciones ambientales y verbales— en casos de agitación psicomotora. Estos tres elementos son relevantes, pues establecen una regulación previa —protocolo—, una restricción de la discrecionalidad —indicación médica— y la búsqueda de alternativas menos invasivas —contención verbal y ambiental—.

Si bien se valora la existencia de protocolos, su aplicación puede presentar dificultades y deficiencias. Algunos protocolos de contención no contemplan un plan de supervisión durante la aplicación de la medida; otros incluyen planes de supervisión insatisfactorios, que disponen su control y regulación, pero no precisan la periodicidad de los controles ni el tiempo durante el cual puede mantenerse. También se observa que ciertos protocolos presentan deficiencias u omisiones en algunos ámbitos de supervisión, como la prevención de úlceras por presión, el registro del control del pulso o la asistencia para la evacuación y la alimentación.

Otro elemento de especial preocupación para el CPT es el alto número de contenciones o sujeciones autorizadas. Los criterios para aplicarlas o autorizarlas varían entre los recintos: al comparar dos establecimientos con un porcentaje similar de residentes con dependencia severa, se observa que uno aplicaba o autorizaba muchas más contenciones, mientras que en el otro su uso era infrecuente.

También se advierten problemas en la capacitación del personal sobre la aplicación de contenciones y sujeciones: la formación en la materia es escasa. Un hallazgo consistente es la frecuente confusión del propio personal entre contención mecánica y sujeción, no existiendo orientaciones claras a este respecto[19].

Conocimientos de derechos, quejas y denuncias penales

La mayor parte de los ELEAM informa sobre los derechos y deberes a las/os residentes y a las/os apoderadas/os al momento del ingreso. No obstante, una de las debilidades detectadas es la falta de refuerzo o periodicidad en la comunicación de esos derechos y deberes, pues muchas de las personas mayores entrevistadas señalan desconocerlos.

Los procedimientos para presentar quejas y reclamos por parte de las personas mayores son más bien informales: las/os residentes deben dirigirse a algún integrante del equipo —generalmente, del equipo directivo o del área de trabajo social— para manifestar una queja. También se mencionan los consejos de residentes como espacios para expresar opiniones y reclamos. En general, no se observan sistemas que permitan presentar quejas de manera anónima y confidencial. A juicio del CPT, la cercanía con el equipo y su buena disposición constituyen un punto de partida valioso, pero no sustituyen un canal formal: la informalidad deja a las/os residentes sin la posibilidad de reclamar sin exponerse, especialmente frente a quienes están a cargo de su cuidado.

Ante casos que podrían ser constitutivos de delitos contra las personas mayores, se identifican tres problemáticas principales:

19 El CPT ha realizado búsquedas bibliográficas nacionales e internacionales al respecto que permitan una clara distinción y no son consistentes. Por lo general la línea se traza según la finalidad con la que se utiliza el dispositivo, más que sus características específicas. Desde el Minsal no existe una orientación técnica al respecto, salvo lo que determina la Norma General Técnica sobre Contención en Psiquiatría.

(i) Ausencia o insuficiencia de protocolos. Entre los ELEAM visitados se observó, con relativa frecuencia, la ausencia o insuficiencia de protocolos sobre malos tratos y sobre la denuncia de eventuales delitos. Entre aquellos que sí cuentan con estos instrumentos, varios presentan vacíos: por ejemplo, contemplan los abusos y las agresiones sexuales, pero no los malos tratos en general, o no incorporan medidas de prevención.

(ii) Baja judicialización de los casos. La mayor parte de los recintos visitados no da cuenta de la presentación de denuncias penales ante malos tratos cometidos por funcionarias/os contra residentes. La interposición de denuncias suele supeditarse a un control interno: la persona funcionaria que toma conocimiento de los hechos debe informarlos a la dirección, que evalúa si corresponde denunciarlos. Esta forma de proceder se reitera en buena parte de los ELEAM visitados, salvo en un caso cuyo protocolo establece la denuncia directa y la constancia de la situación mediante un acta.

(iii) Sustitución de la denuncia por la desvinculación. En ocasiones, frente a eventuales malos tratos, los ELEAM optan por desvincular a la persona presuntamente responsable, en lugar de —o antes de— activar la vía penal.

El personal de cuidado

Entre los factores esenciales para el buen trato de las/os residentes destaca la labor diaria del personal de trato directo. El CPT reconoce y valora positivamente que gran parte de las/os cuidadoras/es muestre dedicación, vocación y humanidad en las tareas que realiza.

El personal de trato directo está compuesto mayoritariamente por mujeres, y es poco frecuente la presencia de hombres que se desempeñen como cuidadores o TENS. Este fenómeno da cuenta de una naturalización del cuidado como un rol femenino. Las labores de cuidado no solo han sido históricamente atribuidas a las mujeres, sino que son ejercidas mayoritariamente por ellas, lo que tiende a percibirse como una capacidad femenina propia y como una extensión de los cuidados que brindan en sus hogares, y no como un trabajo que requiere conocimientos, habilidades y aprendizaje. Cabe destacar que algunas cuidadoras tienen una edad avanzada —algunas son, ellas mismas, personas mayores— y que una parte significativa de ellas son madres y jefas de hogar. En sus relatos emergen historias de vida marcadas por el sacrificio y la dedicación al cuidado de sus seres cercanos; asimismo, es frecuente que manifiesten sentir que forman parte de la familia de las personas a las que cuidan.

Entre los factores esenciales para el buen trato de las y los residentes destaca la labor diaria del personal de trato directo. El CPT reconoce y valora positivamente que gran parte de las y los cuidadores muestre dedicación, vocación y humanidad en las tareas que realiza.

Las visitas constataron una sobrecarga laboral significativa del personal de trato directo, tanto física como emocional. El personal enfrenta una demanda de trabajo constante, y es frecuente que refiera enfermedades musculoesqueléticas, como afecciones en las muñecas y la espalda. Se suma la alta carga emocional, que comprende desde el acompañamiento cotidiano de las personas mayores hasta la exposición a eventos difíciles, como el fallecimiento de las/os residentes.

Un punto complejo es que el personal de trato directo se ve expuesto a agresiones verbales y, con menor frecuencia, físicas. Las mujeres enfrentan, además, conductas hipersexualizadas —como tocamientos— por parte de algunos residentes hombres, frecuentemente con deterioro cognitivo. Estos incidentes se abordan habitualmente mediante cambios de turno y el apoyo recíproco entre el personal organizado en duplas.

El ambiente laboral resulta ser complejo: es recurrente que el personal advierta distancias entre el equipo de cuidado y el equipo profesional, así como conflictos interpersonales frecuentes entre los miembros del equipo de cuidado.

Operadores municipales y privados sin fines de lucro

El monitoreo del CPT da cuenta de que un grupo de ELEAM es administrado por municipalidades y otro, por fundaciones o corporaciones, lo que genera diferencias en su operación. Es posible identificar las siguientes:

Las municipalidades, regidas por el derecho público, tienen mayor control y menor flexibilidad para efectuar compras, por lo que requieren una planificación más exigente. Las fundaciones y corporaciones, en cambio, disponen de mayor flexibilidad al regirse por el derecho privado.

Las municipalidades pueden brindar un mayor apoyo a los ELEAM: en varios casos, entregan aportes económicos para mejorar las condiciones de vida de las/os residentes y las/os integran en sus programas.

Las municipalidades ofrecen una mayor solidez institucional, por ejemplo, en cuanto a la continuidad y permanencia de los proyectos de operación. En cambio, un operador privado monitoreado se retiró al enfrentar problemas financieros.

En cuanto a las condiciones laborales, se identifica como una deficiencia el hecho de que, en las entidades municipales, el personal preste servicios a honorarios, mientras que, en las entidades privadas, las/os trabajadoras/es cuentan con contratos laborales.

2.2 Camas Sociosanitarias

La presentación de los hallazgos del monitoreo de camas sociosanitarias se organiza en torno al régimen, la rutina y los cuidados, para proseguir con el trato y la protección de las/os residentes.

Régimen, rutina y cuidados

Se identifican dos formas de ingreso en calidad de usuaria/o sociosanitaria/o. La primera es la derivación hecha por la red asistencial, previa evaluación clínica y social[20]. La segunda modalidad es el ingreso por orden judicial, generalmente debido a casos de vulneración de derechos, como violencia intrafamiliar (VIF) o abandono. Con excepción de aquellos dispuestos por orden judicial, todos los ingresos son voluntarios. Una problemática vinculada con la voluntariedad del ingreso reside en el consentimiento informado de las personas con altos niveles de dependencia.

Se distinguen dos perfiles predominantes entre las/os usuarias/os sociosanitarias/os: (i) un primer perfil, mayoritario, compuesto por personas mayores en situación de vulnerabilidad social o sin redes de apoyo, con diversos grados de dependencia funcional —principalmente hombres que no ejercieron su paternidad y mujeres sin descendencia—; y (ii) un segundo perfil, menos frecuente, integrado por personas menores de 60 años, sin redes de apoyo, que requieren atención por condiciones de salud —discapacidad, diagnóstico de salud mental o patología dual—, una parte de las cuales se encontraba en situación de calle antes de su hospitalización.

Las unidades sociosanitarias visitadas se emplazan en hospitales de baja y mediana complejidad situados fuera de las capitales regionales. En general, la infraestructura se encuentra en buenas condiciones, limpia y sin malos olores. No obstante, en algunas unidades se identificaron problemas de equipamiento y accesibilidad: camas clínicas con su vida útil sobrepasada; déficit de colchones viscoelásticos y antiescaras; mobiliario vetusto; baños y duchas insuficientemente adaptados para personas con movilidad reducida; y escasa iluminación o ausencia de luz natural.

20 La evaluación de una solicitud de ingreso en calidad de usuaria/o sociosanitaria/o se sustenta en su score biopsicosocial, que comprende instrumentos de evaluación como la Categorización de Usuarios según Dependencia y Riesgos de cuidados (CUDYR) y un score social, los cuales permiten determinar los niveles de riesgos (MIDESO, 2025).

Las unidades sociosanitarias organizan su rutina en torno a los cuidados de salud propios de todo recinto hospitalario —atenciones de salud, alimentación, aseo y confort—. Sin perjuicio de ello, se evidencian deficiencias en el régimen de las/os hospitalizadas/os, como la ausencia de actividades de estimulación y esparcimiento. Con excepción de una unidad, las personas con mayores grados de dependencia pasan gran parte del día en sus camas, mientras que las más autovalentes transitan por los pasillos o patios bajo supervisión.

Se observa que las rutinas resultan tediosas para las/os usuarias/os: las unidades hospitalarias no están diseñadas para el esparcimiento y carecen tanto de implementos para ello como de espacios de libre acceso. Se constata, así, la ausencia de acciones dirigidas a la mantención de las capacidades remanentes y de una planificación que incorpore objetivos terapéuticos definidos. En consecuencia, si bien la permanencia en el programa confiere beneficios a sus usuarias/os, también puede afectar su calidad de vida y sus derechos.

Un elemento de alta criticidad es la prolongación de las estadías y las escasas posibilidades de egreso en el corto plazo, pese a que el programa establece que la permanencia no debiera exceder los tres meses. En la práctica, las estadías superan con holgura el plazo previsto: en varias unidades se extienden de manera continua por más de tres años. A ello se suma que, cuando una persona es derivada a otra unidad o centro hospitalario, su permanencia vuelve a contabilizarse desde cero, pues no existe un mecanismo de trazabilidad de las/os usuarias/os que permita conocer el tiempo efectivo de hospitalización.

La permanencia prolongada en un recinto hospitalario dificulta la gestión de los asuntos económicos y administrativos de las/os usuarias/os. Por una parte, a diferencia de los ELEAM, los hospitales no están facultados para administrar los recursos de sus usuarias/os, de modo que las pensiones de quienes carecen de tutoras/es o personas significativas tienden a acumularse sin que puedan disponer de ese dinero. Por otra parte, numerosos trámites exigen presencialidad, requisito difícil de cumplir desde el hospital. Aunque algunas instituciones han establecido alternativas para eximirlo, esto supone diversos desafíos para las gestiones del área social.

Un elemento de alta criticidad es la prolongación de las estadías y las escasas posibilidades de egreso en el corto plazo, pese a que el programa establece que la permanencia no debiera exceder los tres meses. En la práctica, las estadías superan con holgura el plazo previsto: en varias unidades se extienden de manera continua por más de tres años.

Por su parte, las prestaciones de salud en la propia unidad se circunscriben a atenciones y cuidados básicos y a la presencia permanente de médicas/os generales. Si bien ello permite un monitoreo regular de las necesidades generales de salud de las/os usuarias/os, no asegura necesariamente una atención rápida por parte de especialistas cuando se requiere.

A esto se suma que la escasa estimulación no favorece la mantención de las capacidades remanentes y que la permanencia prolongada en un recinto hospitalario expone, además, al riesgo de infecciones intrahospitalarias. Por ello, es posible cuestionar la idea de que el entorno hospitalario sea, en sí mismo, protector de la salud: si bien asegura un seguimiento continuo de las necesidades sanitarias y facilita el acceso a atención especializada, la permanencia prolongada también conlleva riesgos para la salud de estas personas.

El egreso supone un trabajo de reubicación: la derivación a un dispositivo social —principalmente a un ELEAM, en el caso de las personas mayores— o la revinculación con una red de apoyo. El personal de trabajo social cumple un rol clave en la articulación

entre la persona usuaria, sus familiares o personas significativas, las redes comunitarias, la red de salud, los dispositivos sociales y, cuando corresponde, las instancias judiciales. Su labor abarca la búsqueda de alternativas de egreso mediante la reubicación en un ELEAM u otro dispositivo, o la revinculación con redes de apoyo. Se trata, en definitiva, de la función que sostiene la articulación entre el recinto hospitalario y las posibilidades de egreso de la persona.

En la práctica, las estadías se prolongan debido a la carencia de dispositivos estatales y a las dificultades para reintegrar a las/os usuarias/os en la comunidad. La situación es especialmente compleja para las personas menores de 60 años, dada la inexistencia de dispositivos específicos para ellas.

Trato y protección de las/os residentes en las unidades sociosanitarias

El trato que reciben las/os usuarias/os sociosanitarias/os por parte del personal del hospital se considera, en general, bueno. No obstante, en algunas unidades se identificaron tratos bruscos durante los cuidados. Los recintos pueden utilizar sujeciones ante el riesgo de caídas y contenciones farmacológicas SOS prescritas por indicación médica ante desajustes conductuales.

Con todo, se prioriza el uso de contenciones verbales y ambientales, reservando las físicas como última instancia. A partir de los hallazgos, se identifica la necesidad de reforzar los protocolos sobre la base de dos aspectos claros: (i) el tipo de dispositivo utilizado para la contención mecánica —en uno de los recintos se permitía, por protocolo, la utilización de materiales artesanales— y (ii) el tiempo máximo de aplicación de una contención.

En la prevención de los malos tratos, los Departamentos de Calidad y Seguridad del Paciente se identifican como instancias clave para la detección y el control de los servicios y cuidados brindados en las unidades sociosanitarias, por lo que resulta fundamental fortalecer continuamente su rol. Asimismo, en gran parte de las unidades visitadas, las quejas y los reclamos se canalizan a través de las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), sin perjuicio de la necesidad de perfeccionar los mecanismos anónimos y confidenciales para su presentación.

El personal de cuidado

El personal de las unidades sociosanitarias está compuesto, en términos generales, por un equipo de cuidado, TENS, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales y equipos de apoyo terapéutico —médicas/os generales y, en algunos casos, kinesiólogas/os o fonoaudiólogas/os, entre otros—. Las atenciones de las distintas especialidades del hospital pueden estar disponibles para las/os usuarias/os en la propia unidad en la que se encuentran. Existen, no obstante, grandes disparidades entre las unidades: mientras una se orienta a la rehabilitación integral y cuenta con atención de fisiatría, otras presentan una escasa o nula atención kinesiológica[21].

En materia de ambiente laboral, los recintos visitados presentan realidades diversas. En una unidad, la evaluación del clima laboral es positiva, con cooperación y apoyo mutuo entre las/os funcionarias/os y mediación de los conflictos puntuales. La situación es opuesta en otra unidad, donde se describe un clima interpersonal altamente complejo y prima la idea de evitar la generación de vínculos. En un tercer recinto, se identifican graves problemas de comunicación entre los turnos de trabajo.

En cuanto a la carga de trabajo, se observa una alta exigencia laboral para las/os funcionarias/os, en particular para quienes realizan labores de cuidado directo. Debe tenerse presente que el cuidado de personas con dependencia implica un desgaste tanto físico como emocional.

21 Una de las unidades monitoreadas incorpora procesos de rehabilitación y reeducación, al haberse reorientado hacia la habilitación de un espacio de rehabilitación integral que alberga tanto a usuarias/os sociosanitarias/os como a personas hospitalizadas con distintas necesidades de atención. Ello es posible porque los recursos del programa son asignables a nivel territorial, de modo que su administración desde un recinto hospitalario habilita este tipo de orientación local.

Análisis

El monitoreo de estos cinco años se inscribe en un momento decisivo. Como se ha mostrado en este capítulo, el país cuenta hoy con un marco de protección para las personas mayores bajo el cuidado del Estado sustancialmente más robusto que el de la década anterior: la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, el Decreto N° 20, la Ley Integral de las Personas Mayores y la Ley N° 21.805 configuran un bloque normativo que reconoce el cuidado como un derecho y sitúa la dignidad y la autonomía de las personas mayores en el centro. Son avances que conviene reconocer.

Un solo dato resume esa distancia: durante el primer semestre de 2025, se registraron 1.122 personas hospitalizadas con perfil sociosanitario en la red pública de salud, frente a 206 cupos disponibles en el programa. Se trata, en su mayoría, de personas mayores sin redes de apoyo que aguardan —a veces durante años— una alternativa residencial que no existe. Cerrar esa brecha no depende de un solo actor: exige financiamiento, una oferta suficiente, coordinación intersectorial y mecanismos de fiscalización a la altura de los derechos que el país ha reconocido.

Más allá de ese nudo, lo observado en los ELEAM y en las unidades sociosanitarias permite identificar cuatro problemas transversales que el CPT estima necesario atender de manera articulada.

El primero es la sobrecarga y la precariedad del personal de cuidado, compuesto mayoritariamente por mujeres y, en muchos casos, sin formación especializada ni condiciones laborales estables. No se trata solo de un problema laboral: el agotamiento es uno de los factores que el propio monitoreo asocia con el trato brusco, las omisiones de cuidado y la dificultad para sostener actividades de estimulación. Reconocer el cuidado como un trabajo que exige saberes, dotaciones suficientes y condiciones dignas es, por tanto, una condición para la prevención y no un asunto ajeno a ella.

El segundo es la necesidad de transitar desde una lógica de cuidados básicos hacia una de cuidados integrales[22]. Tanto en los Eleam como en las unidades sociosanitarias, la vida cotidiana se organiza en torno a los requerimientos de salud, higiene y alimentación, mientras la estimulación, la actividad significativa, y la mantención de las capacidades remanentes quedan en un lugar secundario. No basta con que las personas mayores estén bien atendidas: una alternativa resi-

22 Debe tenerse presente que el Art 12. Inc 1° de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores señala que tienen derecho a un sistema integral de cuidados: "La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía".

Garantizar el cuidado supone una política integral que amplíe sustantivamente la oferta, fortalezca la institucionalidad y despliegue alternativas graduales, reservando la institucionalización para cuando sea estrictamente necesaria y atendiendo, además, a las condiciones que atraviesan la vida de estas personas: dependencia funcional, escasez de redes de apoyo y precariedad económica.

dencial digna debe, además, favorecer su autonomía y resguardar su calidad de vida y sus derechos. La salud mental, en ese marco, aparece como el ámbito más desatendido, pese a que las estadías prolongadas tienden a agravar el deterioro cognitivo y anímico.

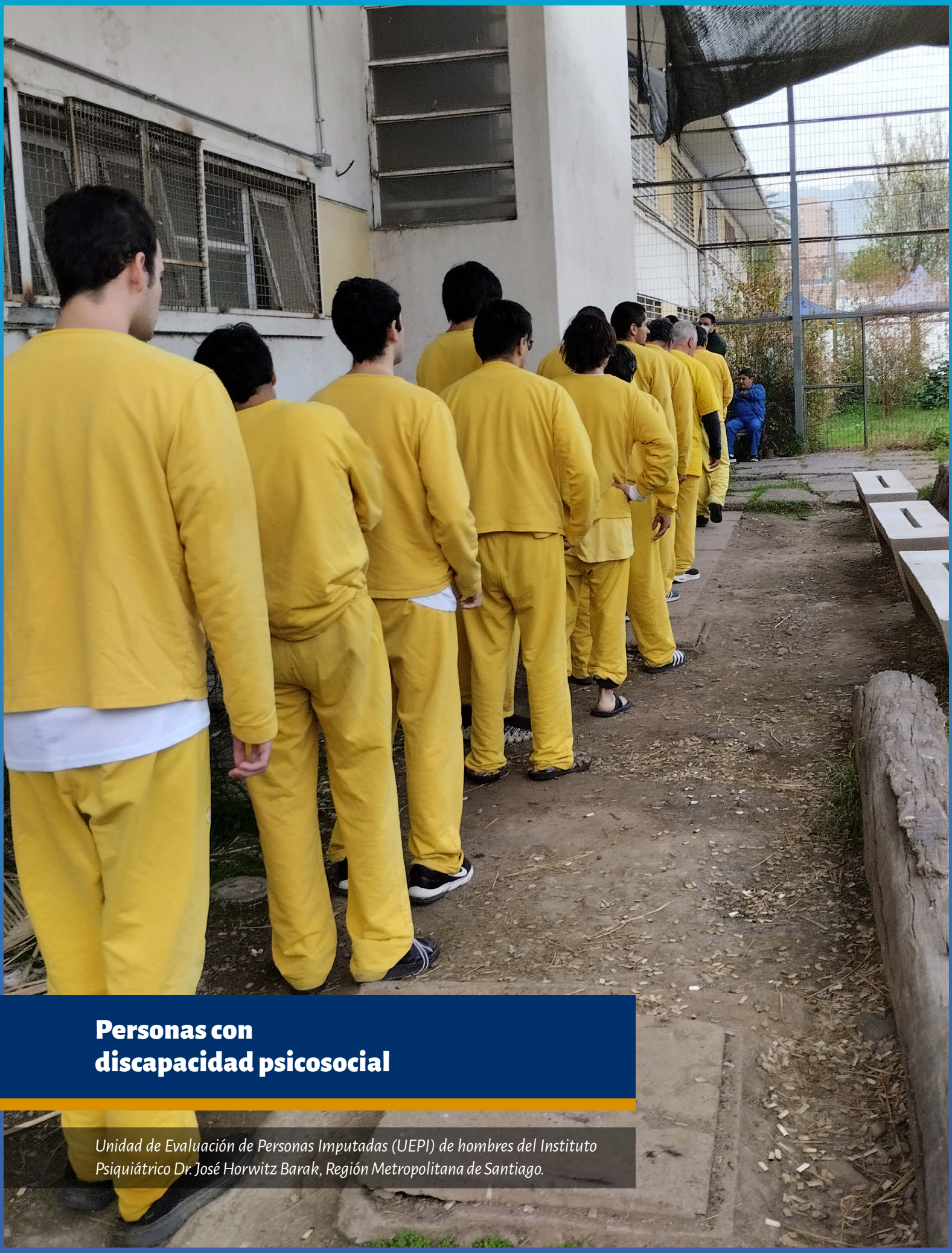
El tercero es la judicialización de los cuidados. Una proporción relevante de los ingresos proviene de derivaciones judiciales por maltrato o abandono. Si bien la vía judicial cumple una función protectora indispensable, su peso creciente revela que el ingreso a un dispositivo de cuidado opera, con frecuencia, como respuesta de última instancia ante la falta de alternativas previas, lo que tensiona la planificación de la oferta y plantea el riesgo de que la política pública termine guiada por la urgencia judicial más que por criterios de cuidado progresivo.

El cuarto eje es la institucionalidad del cuidado de las personas mayores y su supervisión. Por una parte, se plantean desafíos en la implementación de la Ley Integral de las Personas Mayores y en el consecuente fortalecimiento del SENAMA; por otra, el país no ha definido con claridad qué órgano debe asumir la fiscalización de los ELEAM, ya no desde una mirada estrictamente sanitaria, sino desde una perspectiva de derechos orientada a los cuidados integrales. El SENAMA cuenta con competencias en materia de asistencia técnica y las SEREMI de Salud realizan fiscalizaciones sanitarias, pero ninguna de estas instancias aborda todas las dimensiones que el monitoreo identifica como críticas: el trato, el ejercicio de derechos y la calidad de vida.

El Estado dispone de experiencias equivalentes en la protección de otros grupos de la población, de las cuales es posible extraer aprendizajes sobre modelos de institucionalidad, estándares y mecanismos de control independientes. Mientras ese marco no se consolide, cobra mayor relevancia el monitoreo que ejercen instituciones independientes, como el Comité de Prevención contra la Tortura, cuya intervención no sustituye la fiscalización estatal, sino que la complementa y la interpela.

Estos nudos comparten un trasfondo común. El cuidado de las personas mayores es una obligación que el Estado debe garantizar y que no se agota en los ELEAM ni en las camas sociosanitarias. No se trata únicamente de perfeccionar la institucionalidad y la oferta existente: las camas sociosanitarias no constituyen una respuesta efectiva; son, por el contrario, el resultado de una profunda brecha en la oferta residencial pública que el envejecimiento acelerado del país volverá cada vez más crítica.

Garantizar el cuidado supone, entonces, una política integral que amplíe sustantivamente la oferta, fortalezca la institucionalidad y despliegue alternativas graduales —apoyo domiciliario, dispositivos comunitarios y soluciones intermedias—, reservando la institucionalización para cuando sea estrictamente necesaria y atendiendo, además, a las condiciones que atraviesan la vida de estas personas: dependencia funcional, escasez de redes de apoyo y precariedad económica. Desde su labor de monitoreo, el CPT aporta una mirada colaborativa para que las políticas públicas protejan efectivamente a quienes se encuentran bajo el cuidado o la custodia del Estado, resguardándoles del riesgo de malos tratos y de tratos crueles, inhumanos o degradantes. Reconocer lo avanzado y exigir más no es contradictorio: el país tiene el imperativo de honrar su compromiso y asegurar que, en Chile, todas y todos puedan envejecer con dignidad.



Personas con discapacidad psicosocial

Unidad de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI) de hombres del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, Región Metropolitana de Santiago.

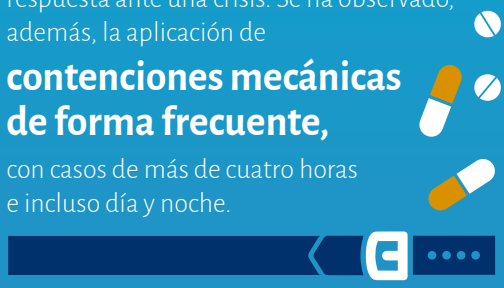
En varios recintos visitados,

la contención farmacológica

sigue estando normalizada como primera respuesta ante una crisis. Se ha observado, además, la aplicación de

contenciones mecánicas de forma frecuente,

con casos de más de cuatro horas e incluso día y noche.



Es posible no contener

- Uso de audífonos y música para bajar la tensión (UEPI Temuco);
- Crisis abordadas con conversación y "pausa de reflexión" (Programa Padre Alberto Hurtado);
- Anticipación de descompensaciones a través del vínculo y el conocimiento de las preferencias (Hogares Protegidos de Rancagua y la Residencia Manuel Montt).



Casi 3 de cada 4

establecimientos visitados no tenía protocolos formales para prevenir malos tratos, ni canales de queja anónimos, o su personal no sabía cómo actuar ante un posible delito.



El tránsito por la custodia del Estado y sus riesgos asociados:

1 Detención policial

El personal no siempre detecta una crisis de salud mental.

2 Audiencia de control de detención

No hay antecedentes clínicos.

3 Espera de peritaje psiquiátrico

Demoras prolongadas.

4 Internación provisional

Por falta de cupos, la persona puede quedar en la cárcel.

5 Medida de seguridad en unidad forense

Se mantiene mientras persistan las condiciones que motivaron su imposición (la enajenación mental y el peligro para sí o para terceros), con el límite del tiempo de la pena mínima probable (art. 481, inc. 1° CPP)

6 Egreso

Bloqueado por falta de redes y de dispositivos intermedios.



A diciembre de 2025,

191 personas

en evaluación de inimputabilidad estaban privadas de libertad en recintos penitenciarios, pese a que el Código Procesal Penal (art. 464) dispone su internación en un establecimiento asistencial.

Fuente: Gendarmería de Chile, Oficio N° 14.00.00.256/2026.

Contexto[22]

En Chile, la Ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental (2021), regula los principios aplicables a las personas con diagnósticos de salud mental, reconociéndolas como sujetos de derechos y garantizando su inclusión social y laboral; el respeto de su dignidad, libertad personal e integridad física y psíquica; su autonomía; la no discriminación debido a su condición; y el derecho a recibir cuidados y tratamientos sin discriminación respecto de la salud física. Estos elementos configuran un marco de derechos formales que articula las obligaciones constitucionales e internacionales y reconoce la salud mental como un componente inseparable del derecho a la salud. En tal sentido, esta ley:

> "[...] Tiene por finalidad reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral" (Ley N° 21.331, 2021, art. 1).[23]

A su vez, su artículo 9 da cuenta de un reconocimiento irrestricto de estas personas como sujetos plenos de derechos, titulares de autonomía, dignidad y capacidad de participación social. Desde una perspectiva preventiva, se exige que toda intervención en salud mental se estructure sobre el respeto efectivo de la voluntad, las preferencias y el consentimiento libre e informado, incluso en contextos de mayor vulnerabilidad, garantizando apoyos para la toma de decisiones cuando existan dificultades para expresarlos. Asimismo, se impone la obligación de resguardar derechos fundamentales históricamente tensionados en contextos de atención psiquiátrica cerrada, tales como la libertad personal, la vida privada, la comunicación, la integridad física y psíquica y los derechos sexuales y reproductivos, prohibiendo prácticas de control, esterilización o tratamientos invasivos sin consentimiento. Además, se refuerza el deber del Estado de garantizar una atención sanitaria integral, humanizada, equitativa y con enfoque de derechos, orientada hacia la alternativa terapéutica menos restrictiva, descartando concepciones cronificantes o inmodificables de los diagnósticos de salud mental y promoviendo activamente la integración familiar, laboral y comunitaria.

No obstante lo anterior, la implementación de esta ley ha presentado algunas deficiencias que han limitado su aplicación efectiva. A cinco años de su promulgación, se identifica que el Reglamento sobre Hospitalización Psiquiátrica fue publicado recién en octubre de 2025, por lo que aún no se observa una implementación operativa clara. Esto ha generado incertidumbre e interpretaciones disímiles respecto de la aplicación de sus disposiciones y de la articulación de las obligaciones, los procedimientos y los mecanismos de supervisión entre los distintos niveles de atención y

23 La expresión "personas con discapacidad psicosocial" se utiliza en este capítulo como una categoría de derechos humanos, conforme a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada por Chile en 2008, y no como una categoría clínica o diagnóstica. El capítulo comprende las visitas a recintos psiquiátricos, hogares y residencias protegidas, unidades forenses, así como a determinados centros de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas. La inclusión de estos últimos responde, por una parte, a la posible concurrencia de personas con discapacidad psicosocial entre quienes son atendidas en dichos centros y, por otra, a que estos pueden implicar situaciones de privación de libertad o restricciones sustantivas a la libertad ambulatoria y a la autonomía, lo que los sitúa dentro del mandato preventivo del CPT/OPCAT con independencia de la calificación diagnóstica individual de cada persona. El consumo de alcohol y/o drogas no determina, por sí solo, la existencia de una discapacidad psicosocial.

Desde una perspectiva preventiva, se exige que toda intervención en salud mental se estructure sobre el respeto efectivo de la voluntad, las preferencias y el consentimiento libre e informado, incluso en contextos de mayor vulnerabilidad, garantizando apoyos para la toma de decisiones cuando existan dificultades para expresarlos.

los sectores involucrados. Estas brechas dificultan la materialización de las garantías que la ley reconoce y favorecen respuestas institucionales heterogéneas, particularmente en ámbitos de alta complejidad, como la atención de personas privadas de libertad o sujetas a medidas de seguridad.

A pesar de los avances normativos en materia de intervención terapéutica, se ha identificado que las disposiciones que permiten la hospitalización psiquiátrica involuntaria no incorporan plenamente los estándares de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, particularmente en lo relativo a la no discriminación por motivos de discapacidad y al consentimiento previo, libre e informado.

La Ley N° 21.331 (2021) y los instrumentos administrativos dictados para su implementación han sido objeto de observaciones por parte de distintas organizaciones, particularmente en relación con la insuficiente regulación de las medidas coercitivas que pueden adoptarse en contextos de atención de salud mental, tales como la contención física, el aislamiento u otras formas de restricción de la libertad personal.

Se ha advertido que, a pesar del reconocimiento normativo de la igualdad en materia de acceso a la salud, aún persisten diferencias entre el acceso efectivo a los servicios de salud mental y a los de salud física. Esto se traduce en desigualdades en la resolución de licencias médicas, la cobertura financiera efectiva y la continuidad de los tratamientos. Es decir, la igualdad normativa no se traduce automáticamente en igualdad de oportunidades y resultados en la práctica, ya que se requieren capacidades institucionales, recursos y mecanismos de implementación que permitan hacerla efectiva.

Por otra parte, los Planes Nacionales de Salud Mental constituyen la principal expresión de la política pública en esta materia y orientan la organización de los servicios, las estrategias de atención comunitaria y las metas operativas. Desde el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000a) y sus sucesores, como el Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 (2017), la política sanitaria ha promovido el desarrollo de un modelo de atención basado en servicios comunitarios, la integración de la salud mental en la atención primaria y la articulación de las redes de atención, con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial y la participación de la comunidad.

No obstante, los planes nacionales han enfrentado déficits presupuestarios y escasez de profesionales especializados, lo que limita su implementación efectiva y sostenida en todo el territorio nacional. La falta de financiamiento adecuado se traduce en disparidades entre regiones respecto del acceso, la oferta programática y los niveles de atención. Asimismo, se han presentado brechas en la articulación entre los servicios de educación, justicia, vivienda y trabajo. La intersectorialidad planteada en los planes ha sido parcial y fragmentaria, lo que dificulta abordar integralmente los determinantes sociales de la salud mental. Ante ello, resulta imprescindible fortalecer los mecanismos de implementación y monitoreo, los recursos y la participación social, así como alinear la normativa con los estándares internacionales más exigentes en materia de derechos humanos.

Entre las regulaciones recientes vinculadas con la Ley N° 21.331 se encuentra el Decreto N° 9 del MINSAL, que publica el Reglamento sobre Hospitalización Psiquiátrica (2025), dictado en cumplimiento del artículo 27 de dicha ley. Esta normativa define la hospitalización psiquiátrica como una modalidad de atención cerrada, en régimen de hospitalización completa, que se desarrolla en establecimientos públicos o privados habilitados para tal efecto y está orientada a la recuperación de la salud y la reintegración social. Además, establece criterios asociados a su carácter excepcional

y temporal, promoviendo la utilización preferente de intervenciones comunitarias o ambulatorias cuando resulten adecuadas. A su vez, aclara que la hospitalización no puede utilizarse para resolver problemas sociales o de vivienda ajenos al ámbito sanitario.

Asimismo, el decreto distingue entre hospitalización voluntaria e involuntaria. Esta última comprende las modalidades de urgencia, administrativa y judicial, para las cuales se establecen requisitos y procedimientos diferenciados según la forma de ingreso. Además, incorpora disposiciones específicas para la hospitalización de niñas, niños y adolescentes, incluidos requisitos adicionales de protección y revisión judicial periódica.

En cuanto a la hospitalización involuntaria deben ser revisados por tribunales de familia, lo que crea un parámetro adicional de protección judicial. El decreto regula también los requisitos de autorización sanitaria para establecimientos con unidades de hospitalización psiquiátrica, con criterios técnicos y de infraestructura que deben cumplirse para operar. Otro aspecto relevante, es la inclusión de obligaciones de comunicación por parte de los establecimientos de salud frente a vulneraciones de derechos en la atención en salud mental, reforzando mecanismos de transparencia y supervisión.

1. Entramado institucional

En materia de salud mental, el mandato del Comité de Prevención contra la Tortura comprende un universo institucional considerablemente más amplio que el de los recintos penitenciarios. La Ley N° 21.154 define como lugar de privación de libertad todo lugar administrado o dirigido por el Estado o por particulares que cumplan una función pública, en el que se encuentren o pudieren encontrarse personas privadas de libertad por orden de una autoridad pública, a instigación suya o con su consentimiento expreso o tácito, incluyendo expresamente la internación voluntaria o forzosa, ya sea administrativa o judicial (Ley N° 21.154, 2019, art. 2, letra d).

Bajo ese criterio amplio, el CPT ha identificado y catastrado una red heterogénea de establecimientos públicos y privados que tienen bajo su cuidado o custodia a personas con discapacidad psicosocial. Esta red incluye hospitales y recintos psiquiátricos, Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), unidades de psiquiatría forense, centros de atención residencial para personas con consumo problemático de alcohol y drogas, hogares y residencias protegidas y centros privados de atención cerrada y residencial (CPT, 2022).

Las UHCIP constituyen el dispositivo de mayor cobertura dentro de la red pública. Están destinadas a personas adultas e infantojuveniles que requieren profundización diagnóstica, estabilización o tratamiento en un ambiente terapéutico seguro ante una descompensación que representa un riesgo para sí mismas o para terceros (MINSAL, 2016). Su funcionamiento se rige por el modelo de gestión aprobado mediante la Resolución N° 417 de 2016 del MINSAL, que fija un límite recomendado de camas por unidad y un período de hospitalización no superior a 60 días. Asimismo, este marco se complementa con la Circular N° 6 de la Subsecretaría de Salud Pública, que instruye sobre la hospitalización involuntaria de personas afectadas por enfermedades mentales y deja sin efecto la circular que indica (2021). Esta circular regula los procedimientos de ingreso a la hospitalización psiquiátrica involuntaria y la coordinación entre el gestor de camas del Servicio de Salud y el equipo tratante.

La Ley N° 21.331 establece que la hospitalización psiquiátrica involuntaria solo procede cuando no es posible realizar un tratamiento ambulatorio y existe un riesgo cierto e inminente para la vida o integridad de la persona o de terceros (Ley N° 21.331, 2021, art. 13). A su vez, dispone que, transcurridas 72 horas desde la hospitalización involuntaria, en caso de que las condiciones que la habilitaron continúen vigentes y se estime necesario prolongarla, la autoridad sanitaria solicitará su revisión al Tribunal de Familia competente y remitirá los antecedentes correspondientes (Ley N° 21.331, 2021, art. 14). El CPT (2022) ha catastrado 408 establecimientos de atención psiquiátrica cerrada y residencial a nivel nacional, de los cuales 38 corresponden a UHCIP para población adulta y 22 a UHCIP para población infantojuvenil. El 45,0% de la oferta total se concentra en la Región Metropolitana de Santiago.

Junto con las UHCIP, subsisten cuatro hospitales psiquiátricos: (i) el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz

Barak de Recoleta; (ii) el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo; (iii) el Hospital El Salvador de Valparaíso; y (iv) el Hospital El Peral de Puente Alto. Estos reúnen Unidades Hospitalarias de Corta Estadía (UHCE), Unidades Hospitalarias de Mediana Estadía (UHME) y Unidades Hospitalarias de Larga Estadía (UHLE). Estas últimas entran en tensión directa con el objetivo de desinstitucionalización que el propio MINSAL estableció en el Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 (MINSAL, 2017). Este plan proyectaba que, hacia 2025, la totalidad de las personas internadas en hospitales psiquiátricos y clínicas de larga estadía residiría junto con sus familias o en dispositivos comunitarios autorizados. En la misma dirección, la Ley N° 21.331 prohíbe expresamente la creación de nuevos establecimientos psiquiátricos asilares o de atención segregada en salud mental (Ley N° 21.331, 2021, art. 26). En el caso particular del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, este también cuenta con una unidad de corta estadía para adolescentes: la Unidad de Desintoxicación y Tratamiento para Adolescentes con Trastornos Conductuales Severos (UDAC).

Adicionalmente, dentro de la categoría de hospitales psiquiátricos se incluye la Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete, establecimiento privado que opera mediante un convenio con el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y recibe financiamiento público para camas de larga estadía destinadas a mujeres. Esta situación ha significado que personas con discapacidad psicosocial que han permanecido durante décadas en una institución cerrada egresen del sistema público para continuar su institucionalización en el ámbito privado. Lo anterior permite afirmar que una parte significativa de la oferta de atención cerrada en salud mental no es provista directamente por el Estado, sino por prestadores privados que operan mediante convenios, licitaciones o transferencias de recursos públicos. En virtud de ello, estos lugares quedan comprendidos dentro del mandato de monitoreo del CPT (2022).

Por otra parte, la atención de personas en conflicto con la justicia penal se organiza en una red de psiquiatría forense que constituye uno de los ámbitos de mayor sensibilidad para la prevención de la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes, debido a la confluencia entre el sistema sanitario y el sistema penal. Esta red incluye diversas unidades. En primer lugar, se encuentran las Unidades de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI), ubicadas en hospitales y, particularmente, en hospitales psiquiátricos, las cuales operan con custodia externa de GENCHI. En segundo lugar, se encuentran las Unidades Psiquiátricas Forenses Transitorias (UPFT) y las Unidades Psiquiátricas Forenses Intrapenitenciarias (UPFI), instaladas al interior de recintos penitenciarios. En tercer lugar, se encuentran las Unidades de Cumplimiento de Medidas de Seguridad (UCMS) de mediana complejidad y las Unidades Forenses de Alta Complejidad (UFAC), destinadas al cumplimiento de medidas de seguridad. Finalmente, la red incluye una residencia forense, correspondiente a una vivienda inserta en la comunidad para personas con discapacidad psicosocial que han tenido conflictos con la justicia y cuya condición clínica se encuentra estabilizada (MINSAL, 2016, 2018, como se citó en CPT, 2022).

La atención de personas en conflicto con la justicia penal se organiza en una red de psiquiatría forense que constituye uno de los ámbitos de mayor sensibilidad para la prevención de la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes, debido a la confluencia entre el sistema sanitario y el sistema penal.

El propio Comité (2022) ha constatado que esta red cuenta con cerca de 333 plazas a nivel nacional, cifra que resulta estructuralmente insuficiente frente a la demanda generada por el sistema de justicia penal. Esto explica, en gran medida, la permanencia en recintos penitenciarios de personas con órdenes de internación provisional o medidas de seguridad, práctica que contraviene lo dispuesto en el artículo 457 del Código Procesal Penal (CPP).

Respecto del consumo problemático de alcohol y drogas, su regulación se encuentra establecida en el Decreto N° 4 del MINSAL, que aprueba el Reglamento

de centros de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia del alcohol y/o las drogas (2010). Este contempla tanto la modalidad ambulatoria como la residencial y fija en 72 horas el plazo máximo durante el cual un centro puede retener a una persona que presenta un episodio de riesgo vital mientras se gestiona su evaluación médica (MINSAL, 2010, arts. 1 y 23). Por su parte, la oferta de tratamiento residencial y de desintoxicación se sostiene mediante convenios de colaboración entre el SENDA y el MINSAL (MINSAL, 2010).

El CPT (2022) reporta 135 centros terapéuticos de rehabilitación por consumo de drogas y alcohol a nivel nacional, que, en conjunto, concentran la mayor cobertura de camas dentro de la modalidad residencial. Adicionalmente, advierte que, al igual que ocurre en la red general de salud mental, un número relevante de estos centros opera bajo administración privada con financiamiento estatal, lo que exige una articulación permanente entre el SENDA y los Servicios de Salud para la supervisión técnica y sanitaria de su funcionamiento.

Por otro lado, los hogares y las residencias protegidas conforman los dispositivos comunitarios que surgieron del proceso de desinstitucionalización impulsado por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000a). Los hogares protegidos se rigen por la Norma Técnica N° 53 del MINSAL (2000b), que los define como una alternativa residencial para personas con discapacidad psicosocial que no cuentan con las habilidades necesarias para vivir de manera independiente ni con apoyo familiar, con un máximo de ocho personas por hogar. Por su parte, las residencias protegidas se rigen por la Norma Técnica N° 87 del MINSAL (2006) y están destinadas a personas con un mayor grado de discapacidad psíquica y dependencia que, encontrándose clínicamente compensadas, requieren un ambiente terapéutico con un mayor nivel de protección y cuidados de enfermería, con un máximo de 12 personas por residencia.

El CPT (2022) ha identificado 126 hogares y 60 residencias protegidas a nivel nacional y ha constatado que un número relevante de estos dispositivos supera la cobertura máxima fijada por su propia normativa técnica, situación que compromete el carácter hogareño y normalizado que están llamados a ofrecer.

El tránsito de una persona desde el servicio de urgencias de un hospital general hacia una UHCIP, una unidad forense, un centro de rehabilitación por consumo de drogas o una residencia protegida depende de decisiones de derivación adoptadas por gestores de red, equipos clínicos, tribunales y, en el caso de las personas privadas de libertad, por GENCHI. Sin embargo, hasta la fecha, no existe un registro centralizado que permita seguir su trayectoria de manera integrada (MINSAL, 2017a, como se citó en CPT, 2022).

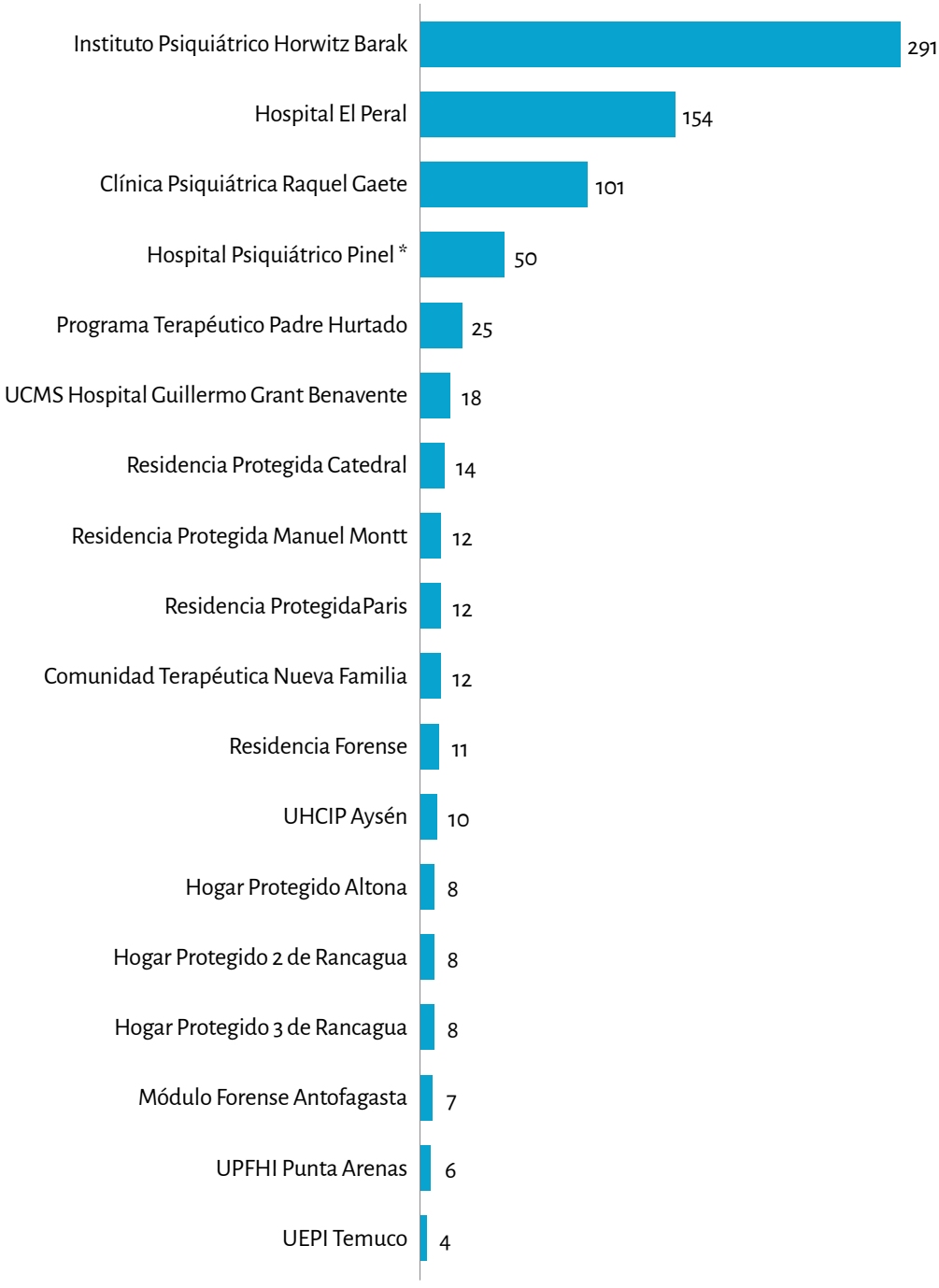
A su vez, la supervisión de este entramado se distribuye entre múltiples organismos: (i) los Servicios de Salud administran y gestionan los establecimientos públicos; (ii) las SEREMI de Salud fiscalizan el cumplimiento del Código Sanitario (1968); (iii) la Superintendencia de Salud resguarda la acreditación de los prestadores conforme a la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas con su atención de salud (2012); (iv) la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales (CONAPREM) vela por que las personas reciban un trato digno y revisa la aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles; y (v) el SENDA supervisa los centros de tratamiento por consumo de drogas y alcohol.

La dispersión de esta gobernanza y la coexistencia de prestadores públicos y privados financiados con recursos del Estado, configura un escenario en el que la responsabilidad por el resguardo de los derechos de las personas con condiciones de salud mental se distribuye entre numerosas instituciones y ninguna posee, por sí sola, una visión completa del recorrido institucional de cada persona ni de las condiciones en las que este se desarrolla.

2. Caracterización de personas bajo cuidado y/o custodia

La información levantada por el CPT reveló características de los establecimientos de salud mental y las personas residentes en éstos. El siguiente gráfico ilustra la distribución de la población residente en 18 instituciones visitadas por el CPT, que suman un total de 751 personas hospitalizadas.

GRÁFICO 02:
Número de personas residentes en establecimientos de salud mental,
por institución visitada por el CPT. Total: 751 personas en 18 instituciones con dato reportado.



** La cifra del Hospital Psiquiátrico Pinel corresponde a dos unidades visitadas: UFAC (20 personas) y UFMC-II (30 personas). El gráfico no incluye el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, en tanto sólo reportó el N° de camas correspondiente a 103, pero no el número de personas hospitalizadas y/o camas efectivamente usadas al momento de la visita.*

Elaboración propia a partir de documentación reportada por los recintos visitados por el CPT entre los años 2021 y 2025.

El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak concentra, por sí solo, el 38,7% de la población total de las unidades visitadas, con 291 personas hospitalizadas al momento de la visita. Le siguen el Hospital Psiquiátrico El Peral, con 154 personas, y la Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete, con 101 mujeres hospitalizadas. Estas tres instituciones —todas ellas establecimientos psiquiátricos de alta concentración— reúnen 546 personas, equivalentes al 72,7% del total, lo que evidencia una fuerte concentración de la población en pocos establecimientos de gran tamaño, en contraste con el modelo de dispositivos residenciales de base comunitaria, que, en su mayoría, no superan las 16 personas por recinto.

Para efectos del análisis, las 18 instituciones anteriores se agruparon en cuatro tipos de recinto, cuya síntesis se presenta en la siguiente tabla.

El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, el Hospital Psiquiátrico El Peral y la Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete, reúnen 546 personas, equivalentes al 72,7% del total, lo que evidencia una fuerte concentración de la población en pocos establecimientos de gran tamaño, en contraste con el modelo de dispositivos residenciales de base comunitaria, que, en su mayoría, no superan las 16 personas por recinto.

TABLA 19:
Síntesis de población y permanencia por tipología de recinto.

Tipología	N° de instituciones	Población total reportada	Rango de permanencia (datos disponibles)
Hospitales psiquiátricos	5	606*	10,5 – 290 días*
Forense / Evaluación	5	46	45 – 943 días
Residencial / Hogar protegido	6	62	Prolongada; único dato exacto: 4.080 días (Res. París)**
Comunidad terapéutica / Infantojuvenil	2	37	~240 – 270 días***
Total	**18**	**751**	

** Incluye también a las unidades internas UDAC y SETA del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, así como a UHCIP Aysén. El rango no incorpora el dato del Hospital del Salvador (265,78 días), ya reportado en el texto principal, ni el rango específico de UHCIP Aysén, que no está desagregado en la fuente disponible.*

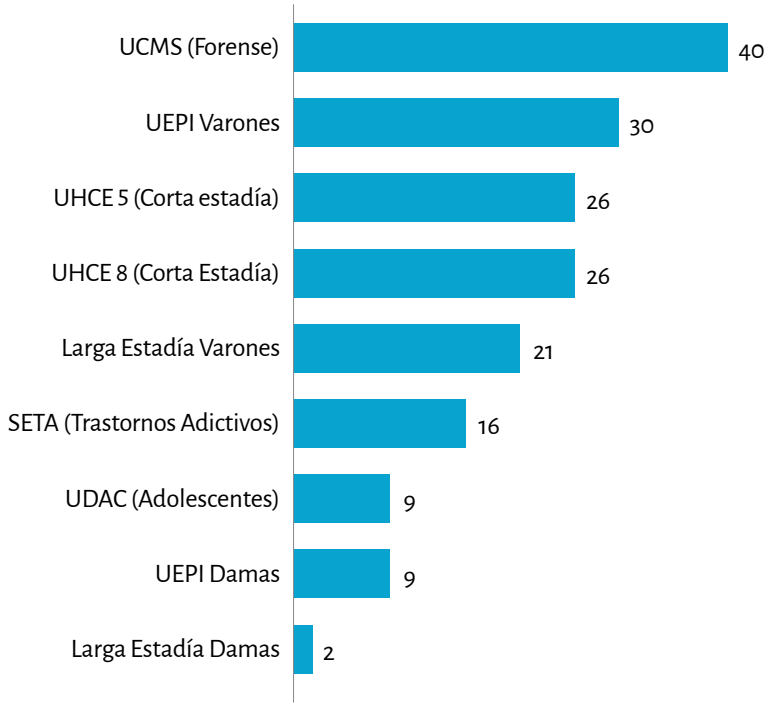
*** El resto de los dispositivos residenciales (Manuel Montt, Hogares Rancagua, Altona, Catedral) constituye la residencia habitual de las personas y no reporta un promedio exacto en días.*

**** Incluye el Programa Terapéutico Padre Hurtado y la Comunidad Terapéutica Nueva Familia, ambos recintos orientados al tratamiento de consumo problemático de drogas.*

Elaboración propia a partir de documentación reportada por los recintos visitados por el CPT entre los años 2021 y 2025.

Dado que el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak reporta un total institucional de 291 personas hospitalizadas, resulta pertinente desagregar esta cifra para comprender su composición. Como se observa en el siguiente gráfico, las unidades monitoreadas por el CPT reúnen a 179 personas, lo que evidencia la heterogeneidad de las funciones clínicas y forenses que coexisten dentro de un mismo recinto.

GRÁFICO 03:
Detalle de unidades internas visitadas por el CPT del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak con dato específico de población (179 de las 291 personas totales).



Elaboración propia a partir de documentación reportada por los recintos entre los años 2021 y 2025.

La unidad con mayor concentración de personas corresponde a la UCMS forense, con 40, seguida de la UEPI de varones, con 30, y de las dos unidades de corta estadía (UHCE 5 y UHCE 8), con 26 personas cada una. Resulta especialmente relevante la coexistencia, dentro de un mismo recinto hospitalario, de unidades de muy corta estadía —como la UDAC de adolescentes, con nueve personas y una permanencia promedio de 17 días— y unidades de larga estadía, como la UHLE de varones, donde 21 personas permanecen, en promedio, 1.363 días, es decir, cerca de 3,7 años.

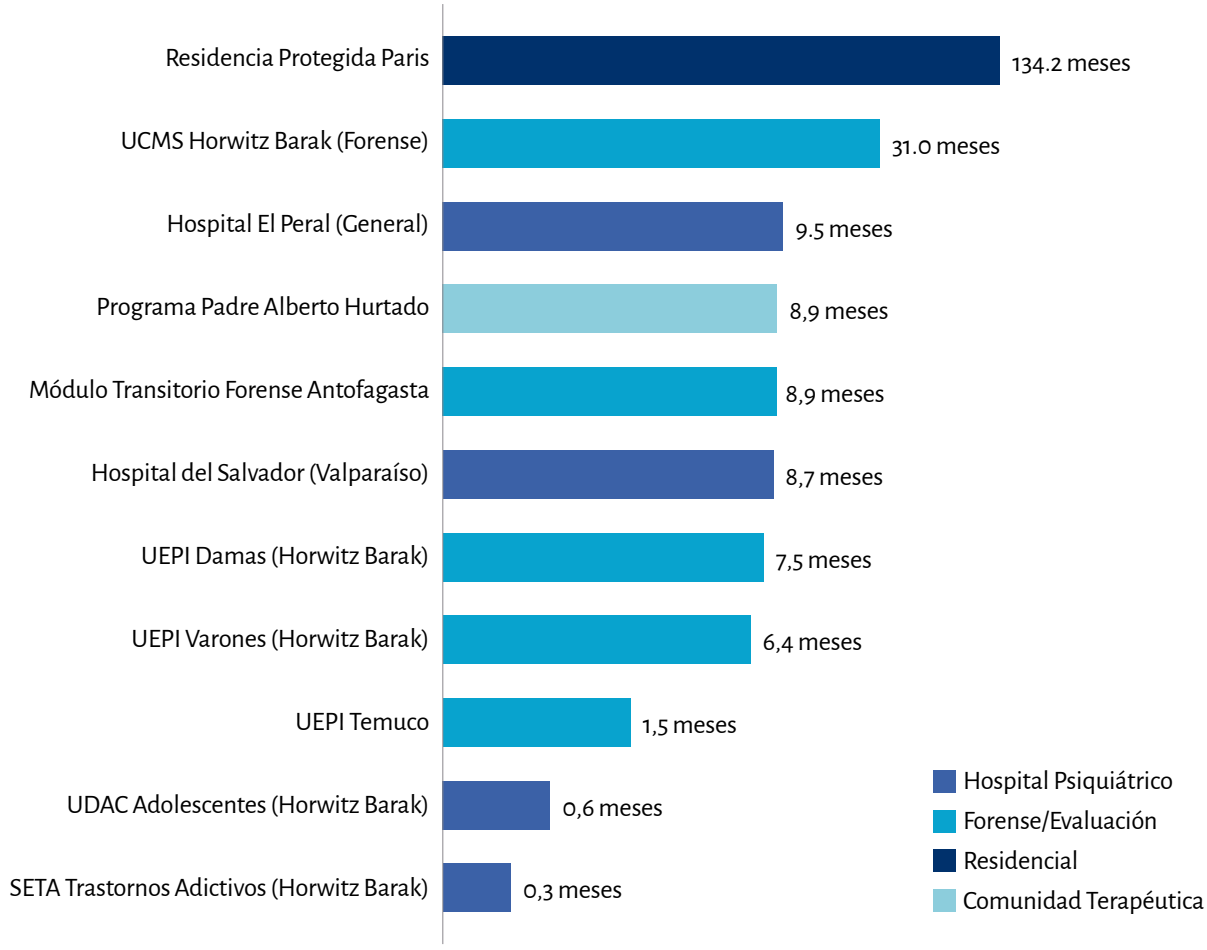
Estos extremos temporales dentro de una misma institución ilustran cómo, en la práctica, el hospital psiquiátrico cumple funciones de distinta naturaleza: desde la atención de crisis agudas hasta la de residencia de facto para personas que carecen de alternativas de egreso. No obstante, la mayor parte de los egresos de la UHLE de mujeres se produjo mediante la compra de camas en la Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete. Así, se avanzó formalmente en la desinstitucionalización del hospital, pero no en la de las mujeres, quienes continúan internadas en un recinto clínico cerrado.

Por otra parte, se solicitó formalmente al MINSAL que transparentara el número de camas adquiridas por hospitales psiquiátricos en clínicas privadas de salud mental. Sin embargo, a la fecha de publicación de este informe, no se obtuvo respuesta. Ante ello, persisten dudas razonables sobre la forma en que se ha desarrollado el proceso de desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos, el lugar donde se encuentran actualmente las personas trasladadas y cuántas de ellas lograron una integración efectiva en la comunidad.

2.1 Tiempos de permanencia

El análisis de los tiempos promedio de permanencia en los hospitales psiquiátricos confirma la existencia de un espectro extremadamente amplio entre los distintos recintos y unidades, que abarca desde estadías de pocos días hasta institucionalizaciones que se prolongan por más de una década. Para efectos comparativos, se consideran únicamente aquellos recintos y unidades respecto de los cuales el CPT reporta un promedio numérico explícito.

GRÁFICO 04:
Tiempo promedio de permanencia por recinto o unidad, expresado en meses (escala logarítmica, dado el amplio rango de valores). Recintos visitados por el CPT.



Elaboración propia a partir de documentación reportada por los recintos entre los años 2021 y 2025.

El caso más extremo corresponde a la Residencia Protegida Paris, con un promedio de permanencia de 136 meses —más de 11 años—, seguida por la UCMS forense del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, donde las personas sujetas a medidas de seguridad permanecen, en promedio, 943 días —aproximadamente 2,6 años—. En el extremo opuesto se ubican dispositivos de carácter eminentemente transitorio, como el Servicio de Estabilización y Desintoxicación de Trastornos Adictivos (SETA), con estadías de entre 6 y 15 días, y la UDAC de adolescentes, con un promedio de 17 días. Estos breves períodos responden a un diseño clínico orientado a la desintoxicación o estabilización de corto plazo, antes de la derivación a otro nivel de atención.

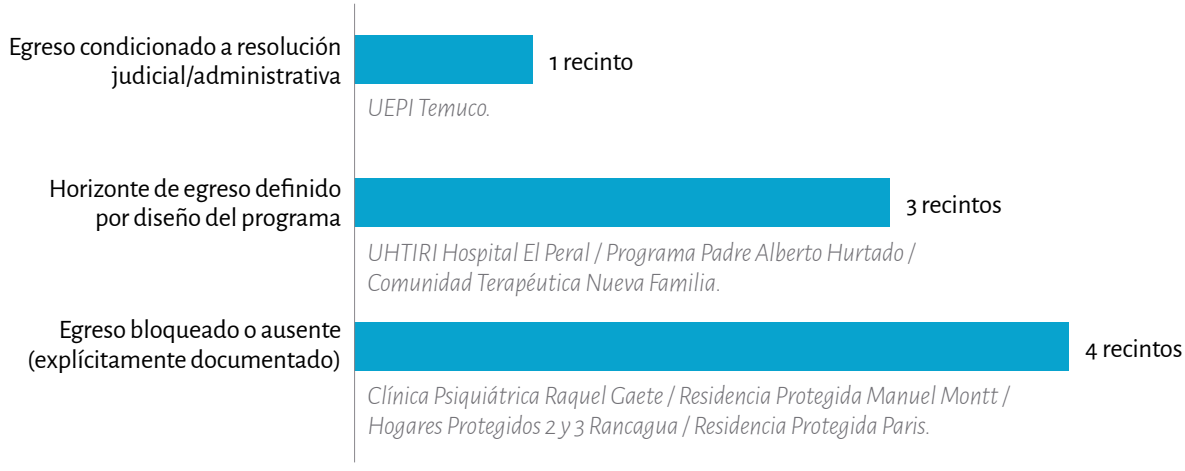
Entre ambos extremos se observa un amplio conjunto de unidades forenses con permanencias de entre seis y nueve meses —como las UEPI de varones y mujeres y el Módulo Transitorio de Antofagasta—, además de hospitales psiquiátricos generales —el Hospital Psiquiátrico El Peral y el Hospital del Salvador de Valparaíso— cuyos promedios se aproximan a nueve meses.

Por otra parte, la UCMS del Hospital Guillermo Grant Benavente presenta una variación temporal relevante. Las personas sujetas a medidas de seguridad registraron un promedio de permanencia de 2.163 días en 2022 y de 847 días en 2023. En tanto, quienes se encontraban en internación provisional promediaron 122 días en 2022 y 244 días en 2023. Estas cifras evidencian cambios significativos en la duración de las estadías de un año a otro, aunque la información disponible no permite establecer con certeza si esta variación responde a cambios en los procesos de resolución judicial o a otros factores.

2.2 Posibilidades de egreso

El relevamiento del CPT no incluye una tasa de egreso calculada de manera homogénea para todos los recintos, por lo que cualquier cifra agregada al respecto supondría un grado de precisión que los datos disponibles no respaldan. Sin embargo, existe evidencia cualitativa explícita sobre las condiciones de egreso en un subconjunto de establecimientos. A partir de lo señalado directamente en el documento, estos pueden clasificarse en tres categorías: aquellos en los que el egreso se encuentra bloqueado o no se registran egresos; aquellos diseñados con un horizonte de egreso definido; y aquellos en los que este depende de una resolución judicial o administrativa externa al ámbito clínico.

GRÁFICO 05:
Horizonte de egreso señalado explícitamente por el CPT en los recintos visitados, según evidencia textual disponible (clasificación cualitativa, no exhaustiva).



Elaboración propia a partir de documentación reportada por los recintos entre los años 2021 y 2025.

En el primer grupo, el CPT documentó explícitamente la ausencia de egresos en cinco establecimientos. En la Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete se constata una institucionalización prolongada, donde las personas pueden permanecer durante años sin retornar a la comunidad. En la Residencia Protegida Manuel Montt, la mayoría de las personas residentes ingresó en 2018 y no se registraron egresos durante el último año analizado. Los Hogares Protegidos 2 y 3 de Rancagua se describen como dispositivos residenciales de larga permanencia, en los que se observa un deterioro progresivo de las personas con el paso de los años. Por su parte, la Residencia Protegida París combina la ausencia de egresos con el promedio de permanencia más alto de todo el relevamiento, superior a 11 años.

En un segundo grupo se ubican los dispositivos concebidos, desde su origen, con un horizonte definido de egreso o transición: (i) la Unidad Hospitalaria de Tratamiento Integral y Rehabilitación Intensiva (UHTIRI) del Hospital El Peral, con una estadía programada de entre tres y seis meses; (ii) el Programa Terapéutico Padre Alberto Hurtado, con una duración estipulada de aproximadamente nueve meses; y (iii) la Comunidad Terapéutica Nueva Familia, organizada en fases progresivas que permiten avanzar hacia el egreso.

Finalmente, la UEPI Temuco ilustra un tercer escenario. Si bien su permanencia promedio es breve —45 días—, el CPT identificó casos críticos en los que la estadía se prolongó hasta por un año a la espera de resoluciones. Esto evidencia que el egreso de las unidades de evaluación forense depende, en ocasiones, de decisiones externas al ámbito estrictamente clínico o terapéutico.

La comparación entre los dispositivos con egresos bloqueados y aquellos con un horizonte de egreso definido sugiere que la posibilidad de retornar a la comunidad no depende únicamente de la condición clínica de las personas, sino también, en buena medida, del diseño institucional del dispositivo. Aquellos concebidos como transitorios o estructurados en fases favorecen el desarrollo de trayectorias de egreso. En cambio, los dispositivos residenciales de cuidado prolongado que carecen de esta orientación pueden transformarse en residencias permanentes de facto para las personas que ingresan a ellos.

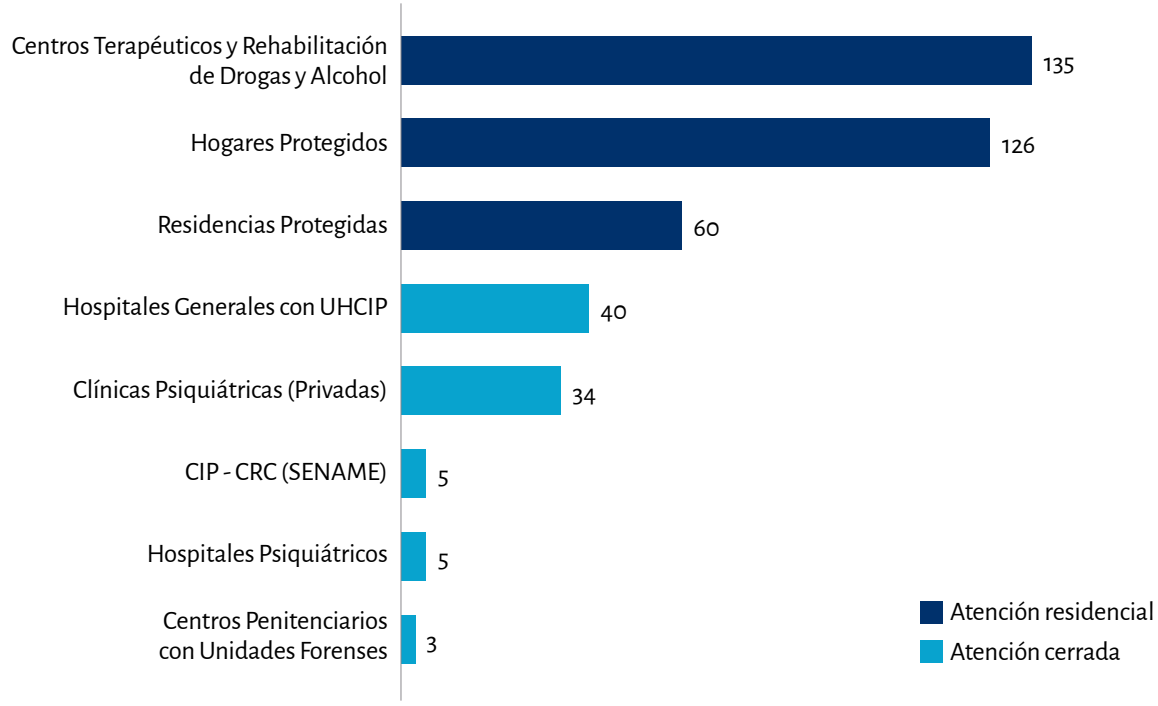
3. Caracterización nacional de la red de salud mental

Más allá de los recintos visitados directamente por el CPT, resulta pertinente situar esta muestra en el panorama nacional. El catastro más exhaustivo disponible a la fecha es el elaborado por el propio Comité en un diagnóstico de caracterización y vulneraciones a los derechos humanos en el área de salud mental (CPT, 2021), que identificó 408 establecimientos con modalidades de atención psiquiátrica cerrada o residencial en el país. A este diagnóstico estructural se suma la información más reciente publicada por el MINSAL en el Plan Construyendo Salud Mental (MINSAL, 2024), que documenta las transformaciones en curso en los hospitales psiquiátricos y la creación de nuevos dispositivos residenciales.

Del total nacional catastrado por el CPT, 321 establecimientos correspondían a dispositivos residenciales: centros terapéuticos de rehabilitación por consumo de drogas y alcohol (135), hogares protegidos (126) y residencias protegidas (60). Los 87 restantes correspondían a establecimientos de atención psiquiátrica cerrada: hospitales generales con UHCIP (40), clínicas psiquiátricas privadas (34), hospitales psiquiátricos (5), CIP-CRC del entonces SENAME (5) y centros penitenciarios con unidades forenses (3).

La comparación entre los dispositivos con egresos bloqueados y aquellos con un horizonte de egreso definido sugiere que la posibilidad de retornar a la comunidad no depende únicamente de la condición clínica de las personas, sino también, en buena medida, del diseño institucional del dispositivo.

GRÁFICO 06:
Red nacional de establecimientos de salud mental
con modalidad cerrada o residencial, catastro CPT con corte a mayo de 2021.



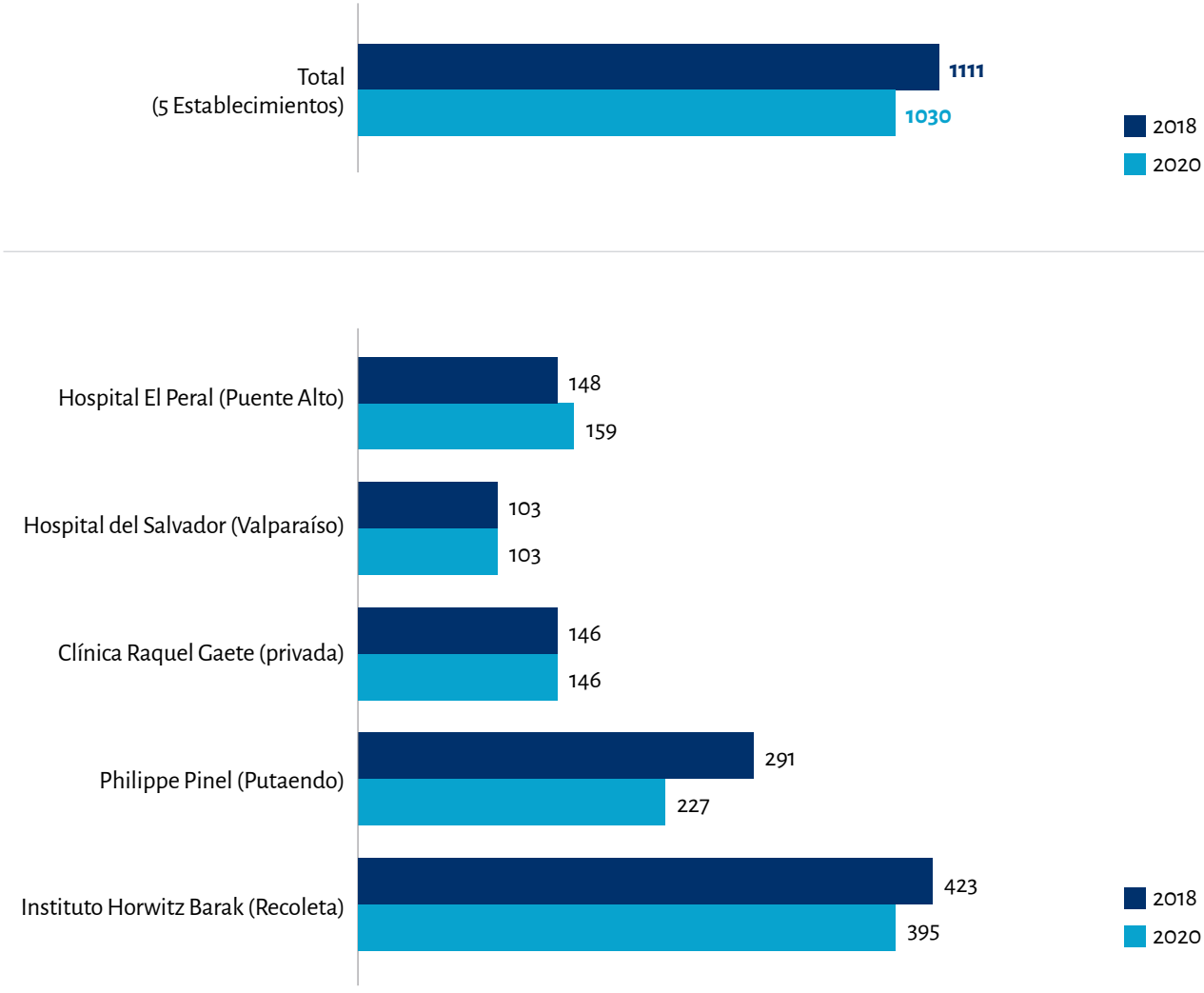
Las instituciones reportan la cantidad de recintos en distintos años, desde el año 2016 al 2020. Se trata, por tanto, de datos aproximados, pudiendo existir diferencias a la fecha actual. Elaboración propia a partir de catastro para informe diagnóstico en salud mental CPT 2021.

Para abril de 2021, esta red concentraba un total de 6.710 personas bajo cuidado o custodia estatal. Esta cifra se construyó a partir de la información de cobertura disponible para los 408 recintos catastrados, de los cuales 86 no habían reportado datos al cierre del informe. En términos de capacidad instalada, los establecimientos de atención psiquiátrica cerrada reunían 2.059 camas a nivel nacional, concentradas principalmente en los hospitales psiquiátricos (1.080) y en las UHCIP de hospitales generales (897). Por su parte, los dispositivos de atención residencial disponían de 4.651 plazas, la mayoría de ellas ubicadas en centros terapéuticos de rehabilitación por consumo de drogas y alcohol (2.939), seguidos por los hogares protegidos (1.036) y las residencias protegidas (676).

3.1 Evolución de los hospitales psiquiátricos y nuevos dispositivos residenciales

Chile cuenta con cuatro hospitales psiquiátricos públicos —Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, Hospital Psiquiátrico El Peral y Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso—, a los que se suma la Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete, establecimiento privado en convenio con el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. La comparación de las camas reportadas entre 2018 y 2020 muestra una tendencia mayoritariamente a la baja, aunque con comportamientos distintos según el establecimiento.

GRÁFICO 07:
Evolución de camas en hospitales psiquiátricos, total nacional y por establecimiento, Chile 2018 vs. 2020. El total incluye las 103 camas del Hospital del Salvador de Valparaíso.



Elaboración propia a partir de información publicada por MINSAL 2020.

El Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo redujo su dotación de 291 a 227 camas durante el período, lo que representa una disminución del 22,0 %. Por su parte, el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak pasó de 423 a 395 camas, con una reducción del 6,6 %. El Hospital del Salvador de Valparaíso mantuvo sus 103 camas, en concordancia con lo señalado por el MINSAL respecto de que este establecimiento ya había completado el proceso de externalización de las personas de larga estadía hacia dispositivos comunitarios. La Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete tampoco presentó variaciones y conservó sus 146 camas. El único establecimiento que aumentó su dotación fue el Hospital Psiquiátrico El Peral, que pasó de 148 a 159 camas. Este incremento se produjo pese a que históricamente ha sido el hospital con mayor desarrollo de procesos de

externalización hacia hogares y residencias protegidas, lo que evidencia que la reducción de las camas de larga estadía no ha avanzado de manera lineal ni homogénea entre los distintos establecimientos.

Al sumar las camas de los cinco establecimientos —incluidas las 103 del Hospital del Salvador de Valparaíso—, el total nacional pasó de 1.111 en 2018 a 1.030 en 2020, lo que equivale a una reducción de 81 camas, correspondiente al 7,3 %. Sin embargo, el documento del CPT consigna un total de 1.080 camas para 2020, cifra que no coincide con la suma de los datos desagregados por establecimiento. Esta diferencia de 50 camas no se explica en la fuente original, por lo que ambas cifras se presentan explícitamente, sin intentar conciliarlas mediante antecedentes que no se encuentran disponibles.

Frente a esta dinámica, el Plan Construyendo Salud Mental (MINSAL, 2024) presenta una estrategia explícita para acelerar el proceso de externalización mediante la creación de Residencias de Alta Intensidad de Apoyos (RAIA). Estos dispositivos residenciales, insertos en la comunidad, están dirigidos a personas adultas con discapacidad de origen mental que no cuentan con una red familiar o social efectiva y requieren apoyos extensos y generalizados. A diferencia de los hogares y las residencias protegidas tradicionales —que se construyen o habilitan mediante proyectos de inversión—, las RAIA se implementan a través de la compra de servicios y el arriendo de viviendas, lo que permite instalarlas con mayor rapidez. El plan contempla la implementación de 16 residencias de este tipo, con una capacidad máxima de diez personas cada una. Esto permitiría externalizar a aproximadamente 160 personas durante 2024, cifra que el propio MINSAL estima equivalente a cerca de una cuarta parte de las personas que permanecían en condiciones de institucionalización de larga data en el país.

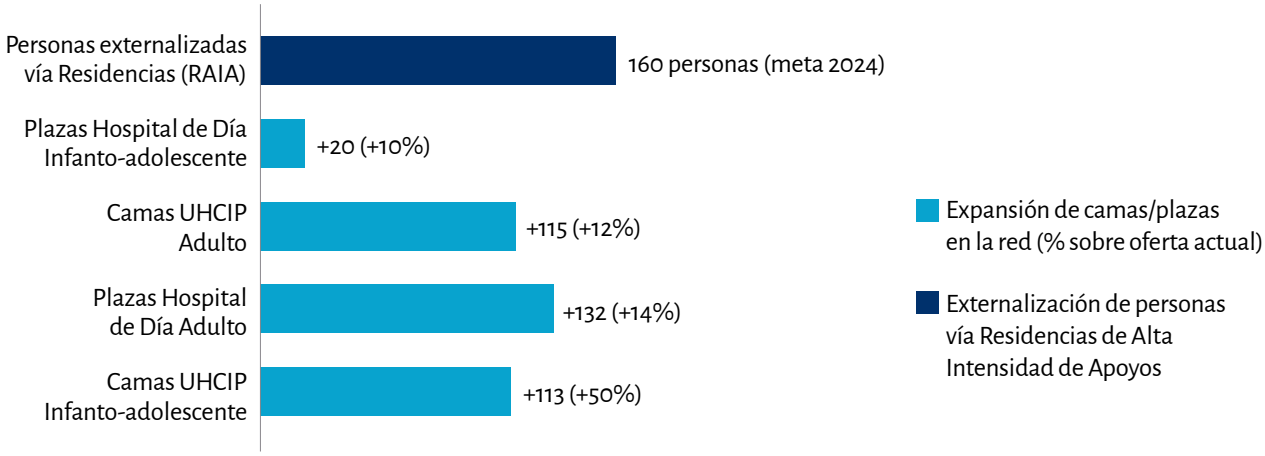
Dos procesos concretos ilustran esta estrategia (MINSAL, 2024). En el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, la implementación de cuatro RAIA en la provincia de Aconcagua busca desinstitucionalizar a 40 personas, lo que permitiría habilitar dos nuevas UHTIRI en el establecimiento. En el Hospital Psiquiátrico El Peral, la creación de nuevas residencias de alta intensidad de apoyos en el territorio del Servicio de Salud Metropolitano Sur tiene por objetivo externalizar a alrededor de 30 personas en situación de larga estadía y liberar camas para una UHTIRI con capacidad para 40 personas. En ambos casos, la estrategia consiste en sustituir camas hospitalarias de larga estadía por plazas residenciales comunitarias y reconvertir la capacidad hospitalaria liberada en unidades de tratamiento intensivo de carácter transitorio, con períodos de permanencia de entre tres meses y un año.

El Plan Construyendo Salud Mental presenta una estrategia explícita para acelerar el proceso de externalización mediante la creación de Residencias de Alta Intensidad de Apoyos. Estos dispositivos residenciales, insertos en la comunidad, están dirigidos a personas adultas con discapacidad de origen mental que no cuentan con una red familiar o social efectiva y requieren apoyos extensos y generalizados.

3.2 Metas de expansión de la red al año 2026

Junto con la estrategia de externalización residencial, el Plan de Inversión Pública en Establecimientos de Salud Mental (MINSAL, 2017) fija metas concretas de expansión de la oferta ambulatoria y de hospitalización de corta estadía hacia el año 2026, lo que constituye el componente complementario de la transformación. Mientras las RAIA reducen la población de larga estadía, la expansión de camas UHCIP y plazas de hospital de día busca fortalecer la atención de cuadros agudos sin recurrir a la hospitalización psiquiátrica prolongada.

GRÁFICO 08:
Metas de expansión de la red de salud mental al año 2026, Plan Construyendo Salud Mental (MINSAL, 2024).



Elaboración propia a partir de datos MINSAL, 2024.

La meta de mayor magnitud relativa corresponde a las camas UHCIP para población infantojuvenil, con un incremento proyectado de 113 camas, equivalente al 50,0 % de la oferta disponible en 2021, que alcanzaba las 226 camas, que permitiría cubrir el 74,3 % de la brecha nacional, estimada en 152 camas para esta población. Le siguen la ampliación de los hospitales de día para personas adultas, con 132 nuevas plazas respecto de las 803 existentes en 2023, y el aumento de las camas UHCIP para población adulta, con 115 camas adicionales, equivalentes a un incremento del 12,0 %. En paralelo, se proyecta la construcción o habilitación de al menos 15 nuevos Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), y otros 23 proyectos que se encontrarían en distintas etapas de ejecución hacia 2026.

Cabe señalar que estos objetivos conviven con compromisos normativos y programáticos de mayor alcance. Entre ellos se encuentra la meta establecida en el Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 (MINSAL, 2017), según la cual, para 2025, el total de las personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos y clínicas de larga estadía debía residir con sus familias o en dispositivos comunitarios autorizados, propósito relacionado con la prohibición establecida en la Ley N° 21.331 sobre la creación de nuevos establecimientos psiquiátricos asilares o atención segregada en salud mental (Ley N° 21.331, 2021, art. 26).

En su diagnóstico de 2024, el MINSAL reconoce que el número total de personas en situación de institucionalización de larga data continúa siendo variable y difícil de determinar con precisión, debido a las distintas modalidades administrativas bajo las cuales se configuran estas estadías, que incluyen hospitales generales y clínicas privadas que operan mediante convenios con el Estado. Esta dificultad constituye, en sí misma, una manifestación de la falta de información centralizada y comparable, problema que ya había sido advertido por el CPT en su catastro de 2021.

Adicionalmente, a partir de sus visitas a hospitales psiquiátricos, clínicas privadas que mantienen convenios con el Estado y otros establecimientos, así como de las entrevistas realizadas, el Comité ha identificado uno de los principales obstáculos para que las personas alcancen una integración efectiva y una mayor autonomía: la insuficiencia de hogares, residencias protegidas y otras alternativas habitacionales que les permitan egresar de las instituciones de salud.

Abordar esta brecha no depende únicamente de las acciones de un organismo en particular, sino que requiere una respuesta intersectorial que articule a los distintos servicios involucrados y permita ofrecer soluciones efectivas y sostenibles.

Monitoreo

Un hito de especial relevancia para el Comité de Prevención contra la Tortura fue la realización de su primera visita a un lugar de privación de libertad en una unidad de salud mental. Esta decisión respondió a una definición estratégica orientada a instalar tempranamente el enfoque preventivo del Comité en espacios históricamente considerados atípicos dentro del campo de la prevención de la tortura, pero que concentran riesgos estructurales relevantes de tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.

En efecto, a partir del diagnóstico preliminar elaborado durante 2020, se identificó que los dispositivos de hospitalización psiquiátrica cerrada —en particular, las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría— reúnen una serie de condiciones críticas desde la perspectiva de los derechos humanos. Entre ellas se encuentran la prescripción de dosis altas de fármacos psiquiátricos, el uso frecuente de medidas coercitivas, diversas restricciones a la libertad personal y la marcada asimetría estructural entre las personas con discapacidad psicosocial y los equipos tratantes.

En consideración de estos antecedentes, el CPT estimó que iniciar su labor de monitoreo en una UHCIP situada fuera de la Región Metropolitana permitiría avanzar hacia un despliegue descentralizado y reforzar su mandato preventivo a nivel nacional. Para seleccionar el establecimiento de esta primera visita, también se consideró que no se hubiera obtenido información sobre este mediante una solicitud formulada en virtud de la Ley N° 20.285, sobre acceso a la información pública (2008), y que contara con una capacidad de 20 camas.

Para priorizar los recintos que serían visitados, se desarrolló un enfoque metodológico basado en múltiples criterios concurrentes, entre los cuales destacaron:

(i) la existencia de reclamos, denuncias o alertas previas por presuntas vulneraciones de derechos;

(ii) el grado de supervisión histórica de los establecimientos por parte de otros organismos, priorizando aquellos con menor control externo; y

(iii) la naturaleza del dispositivo, privilegiando los recintos de internación cerrada o que atienden a poblaciones en situación de especial vulnerabilidad.

Este enfoque permitió orientar las visitas hacia aquellos espacios donde el riesgo de vulneración de derechos humanos resultaba estructuralmente más elevado.

Bajo estos mismos principios es que se decidió avanzar progresivamente hacia la realización de visitas exhaustivas a los cuatro grandes hospitales psiquiátricos del país, comenzando por la región Metropolitana y,

posteriormente, por la región de Valparaíso. Estos establecimientos, históricamente asociados al concepto de "instituciones totales" desarrollado por Goffman (2001)[24] constituyen nodos centrales de la red de salud mental y resultan particularmente relevantes para evaluar prácticas de trato, rutinas institucionales, condiciones materiales de internación y dinámicas de poder al interior de los dispositivos.

Además, el CPT tenía especial interés en los servicios que mantenían a personas internadas durante períodos prolongados, así como en la observación de prácticas clínicas de alto impacto en sus derechos fundamentales, entre las que destacaba la aplicación de terapia electroconvulsiva (TEC). Este énfasis se reforzó en 2022, a raíz de la denuncia pública por tortura formulada por la entonces ministra de Salud, María Begoña Yarza, respecto de la aplicación de TEC en su modalidad no modificada. Esto motivó un monitoreo particularmente riguroso de esta práctica, que se tradujo en el levantamiento de información sobre el procedimiento en todas las visitas realizadas por el CPT —tanto preventivas como reactivas— y en el desarrollo de acciones de colaboración y capacitación dirigidas a profesionales del establecimiento involucrado.

De manera complementaria, y en coherencia con los planes nacionales de salud mental impulsados desde la década de 1990, orientados a la desinstitucionalización de las personas con largas estadías en hospitales psiquiátricos y al fortalecimiento del modelo comunitario, se incorporó en la estrategia de monitoreo la visita a hogares y residencias protegidas. Estos dispositivos fueron concebidos como alternativas a la hospitalización prolongada, por lo que cumplen un papel clave en la integración social y comunitaria de las personas con discapacidad psicosocial. En este sentido, se han visitado tanto residencias dependientes de hospitales psiquiátricos como aquellas administradas por organizaciones privadas, con énfasis no solo en sus condiciones materiales, sino también en el grado de autonomía, participación comunitaria y ejercicio efectivo de los derechos de las personas residentes.

24 Goffman define a una "institución total" como "un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (Goffman, 2001, p. 13).

El CPT tenía especial interés en los servicios que mantenían a personas internadas durante períodos prolongados, así como en la observación de prácticas clínicas de alto impacto en sus derechos fundamentales, entre las que destacaba la aplicación de terapia electroconvulsiva.

A partir de la experiencia acumulada mediante las visitas a hospitales psiquiátricos, hogares y residencias protegidas, y considerando que una de las metas del Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 consistía en completar el proceso de desinstitucionalización —esto es, lograr el egreso de la totalidad de las personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos y clínicas de larga estadía (MINSAL, 2017)—, las trayectorias de quienes han sido desinstitucionalizados adquirieron especial relevancia para el monitoreo del CPT.

Para avanzar en el cumplimiento de esta meta, el plan incluyó entre sus estrategias el desarrollo de alternativas comunitarias destinadas a reemplazar la institucionalización permanente (MINSAL, 2017). En concordancia con este propósito, el Comité reforzó las visitas a hogares y residencias protegidas, así como a clínicas privadas que reciben financiamiento público para acoger a personas provenientes de internaciones prolongadas en hospitales psiquiátricos. El objetivo fue evaluar la continuidad de los cuidados y la coherencia del proceso de desinstitucionalización con los principios de dignidad, autonomía y vida independiente.

Otro aspecto relevante identificado mediante el monitoreo se relaciona con las personas con discapacidad psicosocial que se encuentran a la espera de una evaluación de inimputabilidad o sujetas a medidas de seguridad. Se ha observado que, en algunos casos, estas personas permanecen en unidades especializadas, como las UEPI, mientras que, en otros, continúan en recintos penitenciarios. Este cruce entre los sistemas

de salud y justicia configura una zona gris entre los cuidados terapéuticos y la lógica de custodia, lo que genera una situación de especial vulnerabilidad desde la perspectiva de los estándares de derechos humanos. En este contexto, se priorizó el monitoreo de unidades psiquiátricas forenses a lo largo del país, ampliando significativamente el alcance del trabajo preventivo del CPT.

Asimismo, a partir de la sistematización de la información recibida sobre presuntos tratos crueles, inhumanos o degradantes en instituciones de rehabilitación para personas con consumo problemático de alcohol y drogas, el Comité incorporó en su planificación la realización de visitas a este tipo de dispositivos. En ellas se constataron realidades heterogéneas, tanto en su organización interna como en las prácticas de trato hacia las personas usuarias, particularmente en los centros de administración privada.

En el marco de esta estrategia progresiva y territorialmente descentralizada, el CPT ha realizado visitas en las regiones de Arica y Parinacota, de Antofagasta, de Atacama, de Valparaíso, del Libertador General Bernardo O'Higgins del Biobío, de La Araucanía, de Los Ríos, de Aysén del G. Carlos Ibáñez del Campo y de Magallanes y la Antártica Chilena, además de la Región Metropolitana de Santiago. Este despliegue ha permitido consolidar una mirada nacional sobre los principales desafíos estructurales de la salud mental desde la perspectiva de la prevención de la tortura.

1. Visitas

Entre 2021 y 2025, el CPT realizó 35 visitas a 27 establecimientos de salud mental. Estas se distribuyeron entre hospitales y recintos psiquiátricos (37,1 %), unidades y residencias forenses (34,3 %), residencias y hogares protegidos (17,1 %), establecimientos residenciales para personas con consumo problemático de alcohol y drogas (5,7 %) y una UHCIP (5,7 %). Del total, el 74,3 % correspondió a visitas programadas.

La diferencia entre el número de visitas y el de establecimientos —35 y 27, respectivamente— se explica por la realización de visitas de seguimiento a algunos recintos, destinadas a monitorear los avances en materias específicas. El detalle de los establecimientos visitados durante el período se presenta en el Anexo 5 de este informe.

TABLA 20:
Visitas realizadas por el CPT entre 2021 - 2025 a establecimientos de salud mental, por año y tipo de recinto.

Tipo de recinto	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Hospitales y recintos psiquiátricos	2	3	4	2	2	**13**
Unidades y Residencias Forenses	0	1	5	6	0	**12**
Residencias y hogares protegidos de salud mental	0	1	3	0	2	**6**
Residencias para personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas	0	1	1	0	0	**2**
Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos de Psiquiatría	0	0	1	1	0	**2**
Total	**2**	**6**	**14**	**9**	**4**	**35**

Elaboración propia. Una visita = 1 recinto visitado en un momento determinado; un recinto puede tener más de una visita.

El 2021 se realiza la primera visita de monitoreo del CPT, realizada a la UHCIP de Valdivia en febrero de ese año. Esta visita constituyó un hito relevante, tanto por su carácter pionero como por la profundidad del abordaje, permitiendo identificar brechas estructurales y prácticas clínicas de riesgo. A partir de esta visita se establecieron mesas de trabajo durante los años 2021 y 2022, y se efectuó una visita de seguimiento cuyo informe de seguimiento fue remitido en enero de 2023.

En diciembre de 2021, el CPT realizó una visita ad hoc al Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, motivada por antecedentes graves relacionados con el caso de una adolescente presuntamente sometida a contención farmacológica y mecánica. Esta visita, de carácter urgente y focalizado, no dio lugar a un informe formal, pero sí a la derivación del caso al INDH y al acompañamiento directo de la familia de la adolescente. Esta actuación evidenció la función preventiva y de articulación interinstitucional que desempeña el CPT frente a situaciones de especial gravedad.

El 2021 se realiza la primera visita de monitoreo del CPT, realizada a la UHCIP de Valdivia en febrero de ese año. Esta visita constituyó un hito relevante, tanto por su carácter pionero como por la profundidad del abordaje, permitiendo identificar brechas estructurales y prácticas clínicas de riesgo. A partir de esta visita se establecieron mesas de trabajo durante los años 2021 y 2022, y se efectuó una visita de seguimiento cuyo informe de seguimiento fue remitido en enero de 2023.

Durante 2022, el Comité amplió significativamente el alcance de su monitoreo, inició visitas exhaustivas a grandes hospitales psiquiátricos e incorporó, por primera vez, residencias protegidas y centros terapéuticos privados.

En mayo de ese año se realizó una visita exhaustiva al Hospital Psiquiátrico El Peral, que abarcó la totalidad de sus áreas. Este proceso dio lugar a un informe formal, múltiples instancias de diálogo con las autoridades durante 2023, actividades de capacitación dirigidas a funcionarias y funcionarios y un trabajo sostenido de identificación y promoción de buenas prácticas, entre ellas, experiencias comunitarias y culturales inclusivas. El hospital se transformó así en uno de los establecimientos con mayor continuidad de trabajo colaborativo con el CPT.

En junio de 2022 se efectuó una visita exhaustiva al Hospital Psiquiátrico del Salvador, cuya realización se adelantó a raíz de una denuncia pública por presunta tortura asociada a la aplicación de terapia electroconvulsiva no modificada. Pese a la resistencia inicial del establecimiento, el proceso derivó en un diálogo constructivo, una actividad posterior de capacitación y una visita de seguimiento realizada en 2023.

Ese mismo año se efectuaron las primeras visitas a dispositivos residenciales, entre ellas, la realizada a la Residencia Protegida Manuel Montt. También se llevó a cabo una visita de seguimiento a la UHCIP de Valdivia, lo que contribuyó a consolidar la labor del CPT más allá del hospital psiquiátrico tradicional. Asimismo, en diciembre de 2022, a raíz de una denuncia anónima, se visitó el Centro Terapéutico Nueva Familia de Melipilla, donde se constataron situaciones de malos tratos. A partir de estos hallazgos, se elaboró un informe que recomendó el cierre del establecimiento.

En 2023 se realizaron nuevas visitas y actividades de seguimiento en el Hospital El Peral y en residencias protegidas asociadas a este. También se visitaron hogares protegidos en Rancagua, donde se evidenciaron dificultades para efectuar el seguimiento debido a limitaciones institucionales y técnicas. En abril de ese año tuvo lugar la primera visita a una UPFT, ubicada en Arica, que marcó el inicio del monitoreo de este tipo de dispositivos, aunque el proceso enfrentó dificultades iniciales de diálogo institucional.

Durante este período también se visitaron centros terapéuticos privados, como OH-Drogas en Arica, que mostró una buena disposición frente al seguimiento. Además, se realizó una visita exhaustiva al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, una de las más complejas debido a la magnitud del establecimiento y la diversidad de sus unidades. El informe correspondiente fue remitido en 2024.

Asimismo, se visitó la UHCIP de Aysén, donde, tras las dificultades iniciales, fue posible retomar el diálogo durante 2024. Este proceso culminó con una visita de seguimiento en noviembre de ese año. Finalmente, en noviembre de 2023 se realizó una visita a la UEPI de Temuco, centrada en la identificación de factores de riesgo de tortura, a la que siguieron reuniones de seguimiento.

Durante 2024, el trabajo se concentró en unidades forenses y dispositivos de alta complejidad. En este contexto, realizó visitas programadas de varios días a la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad del Hospital Guillermo Grant Benavente, a la UPFHI de Magallanes y a distintas unidades forenses del Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel. El objetivo central de estas visitas fue evaluar los riesgos estructurales, el uso de medidas coercitivas, las condiciones de internación prolongada y la articulación con el sistema de justicia.

Asimismo, se visitaron la Residencia Forense del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y el Módulo Transitorio de Psiquiatría Forense del Hospital de Antofagasta, ampliando el ámbito de observación del CPT hacia dispositivos que articulan funciones de los sistemas sanitario y penal.

Ese mismo año se efectuaron visitas de seguimiento a la UHCIP de Puerto Aysén y una visita ad hoc a la UHCE de Coyhaique, motivada por antecedentes proporcionados por el INDH. En esta última se detectaron situaciones de especial gravedad, que dieron lugar a la elaboración de una minuta preventiva y al envío de un oficio formal a la autoridad sanitaria. Al cierre del período, se encontraba pendiente la coordinación de las acciones de seguimiento.

Durante 2025, el CPT centró su trabajo en los establecimientos y dispositivos vinculados con los procesos de desinstitucionalización. En este marco, visitó la

Durante 2024, el trabajo se concentró en unidades forenses y dispositivos de alta complejidad. El CPT realizó visitas programadas a la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad del Hospital Guillermo Grant Benavente, a la UPFHI de Magallanes y a distintas unidades forenses del Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel. El objetivo fue evaluar los riesgos estructurales, el uso de medidas coercitivas, las condiciones de internación prolongada y la articulación con el sistema de justicia.

Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete, a la que habían sido derivadas personas provenientes del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Con el mismo enfoque, se realizó una visita exhaustiva a la UHTIRI del Hospital El Peral, destinada a observar el funcionamiento de una modalidad de tratamiento orientada a la recuperación de personas con internaciones de larga data y a evitar la prolongación de las hospitalizaciones de quienes presentan diagnósticos de mayor complejidad. Y se visitaron el Hogar Protegido Altona y la Residencia Protegida Catedral, ambos dependientes del Hogar de Cristo, con el propósito de examinar la gestión de estos dispositivos por parte de una institución privada.

Finalmente, ante la necesidad de mantener el monitoreo de las unidades de corta estadía y debido a la recepción de reclamos relacionados con el uso de medidas coercitivas en una persona adolescente, se visitaron las UHCIP de la Región de Atacama, tanto en el Hospital de Copiapó como en el de Huasco. Estas visitas se enfocaron en examinar la implementación de la atención de salud mental, considerando las particularidades locales y el contexto regional.

2. Hallazgos

2.1 Uso de contención farmacológicas y mecánicas

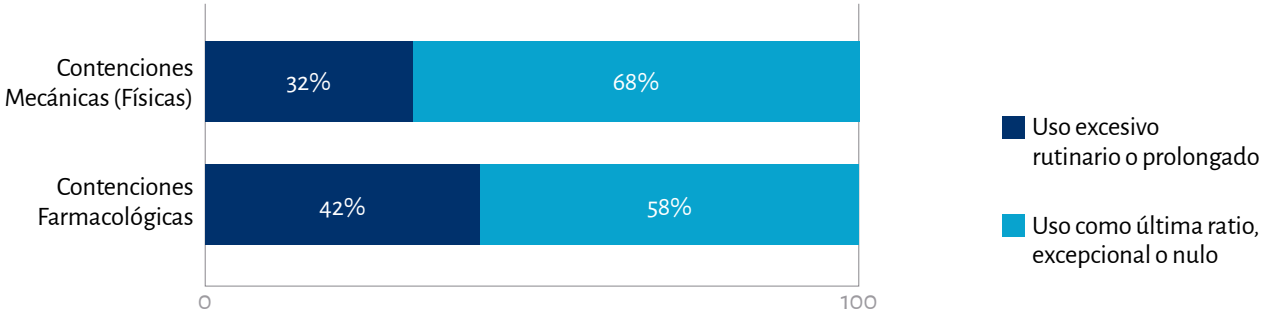
En la mayor parte de los recintos visitados, el CPT constató que las personas cuidadoras y los equipos de atención clínica mantenían un trato cercano y respetuoso hacia las personas bajo su cuidado. Sin perjuicio de ello, también se observó que la vida cotidiana tendía a organizarse en torno a rutinas fijas que, en gran medida, podían resultar poco estimulantes debido a la falta de recursos técnicos para apoyar procesos de recreación, rehabilitación o recuperación.

Uno de los aspectos de mayor preocupación se relaciona con la ausencia de registros sobre las preferencias de las personas respecto de los apoyos que requieren para afrontar situaciones de crisis o descompensación, así como de los factores que pueden desencadenarlas. Ante esta carencia, persisten prácticas institucionales que pueden constituir tratos crueles, inhumanos o degradantes. Entre ellas se encuentran las contenciones mecánicas y farmacológicas, entendidas como medidas de control corporal o conductual que pueden emplearse en sustitución de la contención emocional y ambiental que los estándares internacionales exigen priorizar.

De acuerdo con las definiciones adoptadas por la Organización Mundial de la Salud (2015), la contención física o mecánica corresponde al uso de dispositivos destinados a inmovilizar a una persona o restringir su capacidad para mover libremente una parte de su cuerpo. Por su parte, la contención farmacológica consiste en la administración de medicamentos contra la voluntad de la persona, frecuentemente justificada como un "tratamiento necesario" o una "medida de emergencia" para controlar su conducta. Ambas modalidades pueden implicar riesgos cuando se aplican sin las debidas garantías y transformarse en mecanismos de disciplinamiento o castigo.

Durante las visitas a establecimientos que atienden a personas con discapacidad psicosocial, el CPT recopiló antecedentes que permiten construir un panorama nacional sobre la magnitud, la normalización y la heterogeneidad de estas prácticas, así como la capacidad institucional para prevenir y responder a malos tratos. A continuación, se detallan datos correspondientes a 19 establecimientos de salud mental visitados por el CPT entre 2021 y 2025 y que cuentan con informe publicado a la fecha de cierre de este documento.

GRÁFICO 09:
Prevalencia del uso excesivo, rutinario o prolongado de contenciones farmacológicas y mecánicas, sobre el total de establecimientos visitados por el CPT entre 2021 -2025 (n = 19).



Elaboración propia a partir de información levantada en monitoreos entre 2021 y 2025. Si bien el CPT ha visitado 27 recintos de salud mental, se reportan datos de los 19 establecimientos que cuentan con informe publicado a la fecha de cierre de este documento.

El primer hallazgo relevante se refiere a la magnitud de la contención farmacológica. En ocho de los 19 establecimientos visitados, esta práctica se encontraba normalizada como primera respuesta frente a alteraciones conductuales, desplazando las técnicas de contención emocional o ambiental que deberían agotarse antes de recurrir a la medicación. En varios de estos recintos se constató que los fármacos se administraban por indicación directa del personal de enfermería ante desajustes conductuales, sin que mediara una evaluación médica. Incluso se documentaron casos en los que la medicación se utilizaba como amenaza frente a los reclamos de las personas usuarias o se suministraba sin orden médica. Esta combinación de informalidad y normalización constituye un indicador de riesgo de vulneración y sugiere que la contención farmacológica podría estar utilizándose como una herramienta cotidiana de control.

En cuanto a las contenciones mecánicas, el 31,6% de los recintos visitados las aplicaba de manera frecuente o habitual y, en varios de ellos, durante períodos que excedían los protocolos establecidos. Se identificaron casos de sujeción continua por más de cuatro horas e incluso durante el día y la noche. Las personas afectadas describieron estos procedimientos como experiencias violentas, marcadas por el uso excesivo de la fuerza.

En las unidades forenses se identificó una práctica particularmente preocupante: cuando la inmovilización no abarcaba todas las zonas del cuerpo —por ejemplo, si comprendía únicamente las extremidades y no el torso—, se la denominaba "sujeción" en lugar de "contención". Esta diferenciación tenía como consecuencia que los episodios no fueran registrados ni informados a las autoridades de salud. De este modo, la distinción terminológica operaba como un mecanismo de subregistro que invisibilizaba la magnitud real del problema.

Estas prácticas de contención e inmovilización no pueden justificarse exclusivamente como parte de un tratamiento médico. En relación con las personas con discapacidad, el relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes señaló que "toda inmovilización de estas personas, incluso durante un breve período de tiempo, puede constituir tortura y malos tratos" (ONU, Asamblea General, 2013, párr. 63). Este estándar reconoce expresamente que las distintas formas de violencia, abuso y contención injustificada que sufren las personas en instituciones médicas y psiquiátricas pueden constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Se identificaron casos de sujeción continua por más de cuatro horas e incluso durante el día y la noche. Las personas afectadas describieron estos procedimientos como experiencias violentas, marcadas por el uso excesivo de la fuerza.

En el ámbito convencional, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por Chile, no solo prohíbe la tortura y los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y protege a las personas frente a todas las formas de explotación, violencia y abuso, sino que también garantiza el derecho a la salud sin discriminación por motivos de discapacidad, sobre la base del consentimiento libre e informado (ONU, Asamblea General, 2006, arts. 15, 16 y 25). En el diálogo constructivo en el que se examinó el informe inicial del Estado de Chile, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad recomendó prohibir prácticas como las contenciones en establecimientos psiquiátricos, en cuanto pueden operar como mecanismos de castigo o disciplinamiento de conductas asociadas a la discapacidad (ONU, Comité CDPD, 2016, párrs. 33 y 34).

En el ámbito nacional, la Ley N° 20.584 (2012) y la Ley N° 21.331 (2021) refuerzan estos estándares al exigir que todo tratamiento se fundamente en la voluntad y las preferencias de la persona, promover un modelo de toma de decisiones con apoyos y disponer la erradicación de las sujeciones que atenten contra su autonomía e integridad física y psíquica. Por su parte, la iniciativa QualityRights señala que las contenciones

mecánicas no constituyen intervenciones terapéuticas y que su utilización implica una restricción coercitiva de la libertad incompatible con un enfoque basado en los derechos humanos (OMS, 2015).

Entre los hallazgos recopilados, el CPT observó que numerosas decisiones institucionales relativas a la aplicación de estas medidas de contención se vinculaban con una gestión inadecuada de las salvaguardias, la falta de registros sobre los factores desencadenantes y atenuantes de las crisis y la ausencia de una comprensión integral de las necesidades y preferencias de las personas. Estas deficiencias favorecían la consolidación de prácticas y culturas institucionales basadas en la coerción. Sin embargo, mientras en un grupo relevante de establecimientos las contenciones farmacológicas y mecánicas se habían normalizado como primera respuesta, en la gran mayoría de las residencias y hogares protegidos, así como en algunas unidades forenses o de evaluación, estas prácticas no se aplicaban o habían sido erradicadas casi por completo. En estos casos, la contención farmacológica se reservaba estrictamente como último recurso.

En estos establecimientos, los equipos de trato directo lograban anticipar las descompensaciones y priorizaban sistemáticamente la contención ambiental y verbal por sobre las intervenciones físicas o farmacológicas. El CPT identificó experiencias concretas que demuestran que es posible erradicar estas prácticas, incluso en contextos de alta complejidad clínica:

- **Unidad de Evaluación de Personas Imputadas de Temuco:** el equipo priorizaba la contención emocional y ambiental por sobre la física. Frente a personas con dificultades de adaptación, implementaba estrategias personalizadas —como el uso de audífonos y música para disminuir el nivel de tensión—, lo que permitía evitar el uso de la fuerza.
- **Programa Terapéutico Residencial Padre Alberto Hurtado:** no aplicaba contenciones físicas ante desajustes conductuales. Las crisis se abordaban mediante la conversación oportuna y, frente a conductas contrarias a las normas de convivencia, se recurría a una "pausa de reflexión" y a la suspensión temporal de los permisos de salida, con el propósito de reducir los factores de estrés sin emplear la fuerza.

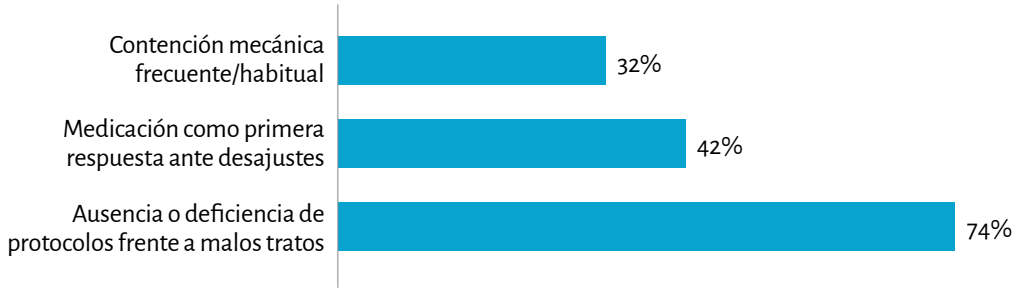
El CPT observó que numerosas decisiones institucionales relativas a la aplicación de medidas de contención se vinculaban con una gestión inadecuada de las salvaguardias, la falta de registros sobre los factores desencadenantes y atenuantes de las crisis y la ausencia de una comprensión integral de las necesidades y preferencias de las personas.

- **Hogares Protegidos 2 y 3 de Rancagua y Residencia Protegida Manuel Montt:** prescindían del uso de contenciones mecánicas. El vínculo afectivo y la confianza construida con las personas residentes permitían anticipar las descompensaciones, mientras que el conocimiento de sus preferencias favorecía la aplicación de estrategias ambientales orientadas a recuperar la tranquilidad y resolver oportunamente los conflictos.

Estas experiencias muestran que la contención emocional y ambiental —en lugar de la fuerza o la medicación— puede constituir, cuando existen recursos adecuados y una cultura institucional orientada al respeto de los derechos, la respuesta habitual frente a situaciones de crisis. En esta línea, la iniciativa QualityRights de la OMS propone un conjunto de estrategias preventivas centradas en la persona como alternativas sistemáticas a la contención mecánica:

- Planes anticipados de apoyo y manejo de crisis;
- Técnicas de desescalada verbal;
- Apoyo entre pares;
- Adecuaciones ambientales;
- Mayor participación de las personas usuarias en las decisiones sobre su atención; y
- Desarrollo de servicios comunitarios orientados a la recuperación.

GRÁFICO 10:
Indicadores críticos de vulneración relevados por el CPT
en establecimientos de salud mental (n=19) y porcentaje de establecimientos visitados.

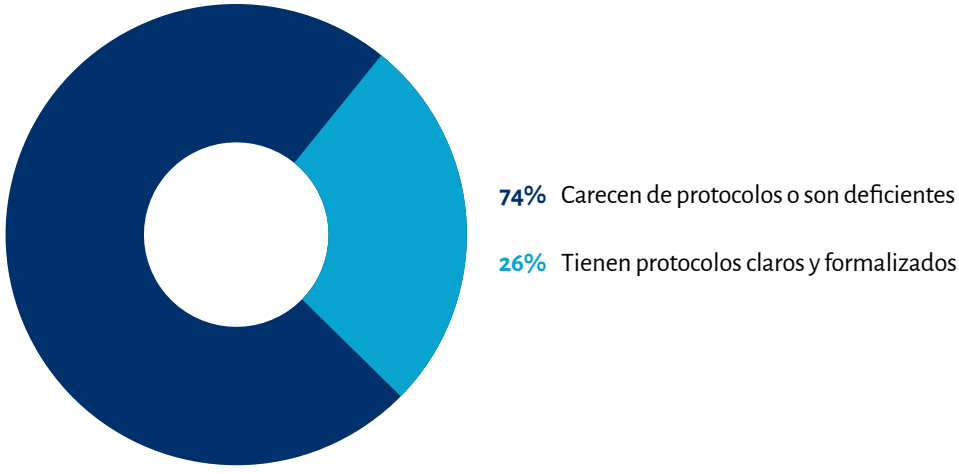


Elaboración propia a partir de información levantada en monitoreos entre 2021 y 2025. Si bien el CPT ha visitado 27 recintos de salud mental, se reportan datos de los 19 establecimientos que cuentan con informe publicado a la fecha de cierre de este documento.

2.2 Capacidad institucional de prevención y respuesta frente a malos tratos

Más allá de la prevalencia de las contenciones, el CPT evaluó la existencia de protocolos formalizados de prevención y respuesta frente a malos tratos en los 19 establecimientos analizados. Este indicador resulta crítico porque, independientemente de si un recinto recurre con frecuencia a la contención, la ausencia de protocolos claros determina la capacidad real de la institución para prevenir, detectar y sancionar abusos cuando estos ocurren.

GRÁFICO 11:
Existencia de protocolos formalizados frente
a malos tratos en los 19 establecimientos de salud mental visitados.



Elaboración propia a partir de información levantada en monitoreos entre 2021 y 2025. Si bien el CPT ha visitado 27 recintos de salud mental, se reportan datos de los 19 establecimientos que cuentan con informe publicado a la fecha de cierre de este documento.

El 73,7% de los recintos presentaba vacíos o insuficiencias críticas en esta materia. En estos establecimientos se constató que no existían protocolos específicos para prevenir los malos tratos, que los mecanismos de queja carecían de garantías de anonimato y confidencialidad o que el personal desconocía cómo proceder ante hechos que pudieran ser constitutivos de delito. La ausencia de procedimientos formales configura un escenario propicio para la impunidad institucional, en la medida en que ni las personas usuarias ni los equipos cuentan con vías claras y seguras para denunciar estas situaciones.

Solo el 26,3% de los establecimientos disponía de herramientas concretas y formalizadas, como protocolos de prevención y actuación frente a malos tratos, manuales para abordar situaciones de crisis o procedimientos para denunciar hechos posiblemente constitutivos de delito. Estos instrumentos establecían los pasos a seguir ante agresiones, abusos o vulneraciones de derechos y definían la obligación de efectuar las denuncias correspondientes. En este sentido, los hallazgos dan cuenta de que la normalización de las prácticas de contención coexiste frecuentemente con la ausencia de mecanismos adecuados de control y denuncia.

Desafíos en la desinstitucionalización de la salud mental

Como se ha señalado a lo largo de este capítulo, la desinstitucionalización ha constituido uno de los ejes centrales de las recomendaciones y los planes públicos en materia de salud mental. Desde la Declaración de Caracas (1990), los países han asumido el compromiso de fortalecer los servicios comunitarios, especialmente con el propósito de avanzar hacia un modelo de atención descentralizado y respetuoso de los derechos humanos.

La desinstitucionalización psiquiátrica —entendida como el proceso de reducción y transformación del uso de instituciones cerradas para la atención de personas con discapacidad psicosocial, en favor de modelos comunitarios y basados en los derechos humanos— constituye uno de los debates más relevantes y complejos en la historia reciente de las políticas de salud mental. Este proceso ha sido objeto de reflexión crítica desde múltiples disciplinas, entre ellas, la sociología, la filosofía, la medicina y el derecho internacional. Asimismo, ha generado un conjunto de evidencias y normas orientadas a redefinir la relación entre las personas con discapacidad psicosocial y las estructuras institucionales que históricamente las han albergado, controlado y, en muchos casos, marginado.

El análisis crítico de la institución psiquiátrica se remonta a trabajos fundamentales como el de Erving Goffman, quien introdujo el concepto de "institución total" para describir la forma en que los hospitales psiquiátricos absorbían y transformaban la vida de las personas internadas, reduciendo su identidad, autonomía y capacidad de acción a roles institucionales prescritos por normas, rutinas y relaciones de poder ajenas a su contexto comunitario de origen.

Goffman sostuvo que la lógica de estas instituciones no se orientaba primordialmente al bienestar o la recuperación, sino a la adaptación de las personas a la conformidad institucional, lo que reforzaba la dependencia, la pasividad y la exclusión social (Goffman, 2001). Desde esta perspectiva, la crítica a la institucionalización no solo cuestiona prácticas clínicas específicas, sino también la estructura de estas instituciones y su capacidad para producir formas de subjetividad contrarias a la autonomía y la dignidad humana.

De manera complementaria, Michel Foucault (2015) abordó la historia social de la locura y su institucionalización, y analizó la forma en que las sociedades modernas han construido discursos y prácticas que segmentan, excluyen y confinan en espacios separados de la comunidad a las personas consideradas "locas". Foucault planteó que los asilos surgieron bajo un discurso de cuidado, pero operaban, en la práctica, como mecanismos socioculturales de normalización y control social. Estos se apoyaban en saberes médicos, jurídicos y burocráticos para definir quién debía ser confinado y con qué propósito. Esta genealogía mostró que la institucionalización psiquiátrica se encuentra estrechamente vinculada con relaciones de poder, conocimiento y disciplina social que trascienden el ámbito terapéutico e involucran funciones de segregación, vigilancia y exclusión en nombre del "orden" y la "razón" social.

Estas reflexiones teóricas contribuyeron significativamente a cuestionar la legitimidad de los modelos de

atención centrados en instituciones cerradas. Junto con los movimientos de derechos civiles y de personas usuarias y sobrevivientes del sistema psiquiátrico, impulsaron las transformaciones políticas que, a partir de la segunda mitad del siglo XX, promovieron la desinstitucionalización psiquiátrica en diversos países y favorecieron la creación de servicios comunitarios, redes de apoyo y alternativas de atención orientadas a la autonomía y la participación social.

Este cambio de paradigma encuentra su máxima expresión en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006). Entre sus principios rectores se encuentran el respeto de la dignidad inherente y la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones; la no discriminación; la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; y la igualdad de oportunidades (CDPD, 2006, art. 3). Estos principios entran en contradicción con los sistemas cerrados de atención de salud mental y orientan a los Estados Partes a adoptar medidas legislativas, administrativas y de otra índole destinadas a eliminar las prácticas y estructuras discriminatorias, incluidas aquellas que sustentan el encierro institucional como respuesta normalizada para las personas con discapacidad, entre ellas, quienes presentan discapacidad psicosocial.

El análisis crítico de la institución psiquiátrica se remonta a trabajos fundamentales como el de Erving Goffman, quien introdujo el concepto de "institución total" para describir la forma en que los hospitales psiquiátricos absorbían y transformaban la vida de las personas internadas, reduciendo su identidad, autonomía y capacidad de acción a roles institucionales prescritos por normas, rutinas y relaciones de poder ajenas a su contexto comunitario de origen.

En particular, el artículo 19 de la CDPD reconoce el derecho de las personas con discapacidad a "vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad" (CDPD, 2006, art. 19). Este reconocimiento obliga a los Estados Partes a facilitar servicios de apoyo comunitario, alternativas de vivienda accesibles y apoyos para la vida independiente, evitando que la institucionalización opere como primera o única respuesta. Este derecho se vincula directamente con los procesos de desinstitucionalización, pues exige transformar la lógica de la atención y desplazar su centro desde las instituciones cerradas hacia las redes comunitarias, los apoyos flexibles y el respeto de las preferencias individuales.

Para que la desinstitucionalización tenga un impacto efectivo en la atención de salud mental, se requiere un conjunto de transformaciones estructurales en los sistemas de salud y protección social. Estas implican crear servicios que respeten la autonomía, promuevan la inclusión y protejan los derechos fundamentales. En este sentido, las orientaciones elaboradas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad —incluidas sus directrices sobre la desinstitucionalización— establecen criterios para implementar políticas destinadas a eliminar la segregación institucional y fortalecer los apoyos comunitarios basados en los derechos humanos.

En Chile, este cambio de paradigma se expresó en la promulgación de la Ley N° 21.331 (2021), que reconoce explícitamente que las personas con discapacidad psicosocial gozan de todos los derechos garantizados por el ordenamiento jurídico y los instrumentos internacionales de derechos humanos. Entre ellos se encuentran el derecho a la libertad personal, la integridad física y psíquica, la atención sanitaria y la inclusión social y laboral. La ley dispone que la atención

de salud mental debe prestarse preferentemente de forma ambulatoria o domiciliaria y reserva la hospitalización psiquiátrica como un recurso excepcional y transitorio, aplicable cuando no existan alternativas menos restrictivas.

Este enfoque se alinea formalmente con los estándares de la CDPD y con las prioridades de los planes nacionales de salud mental, que promueven la atención comunitaria y la inclusión social. Sin embargo, diversos análisis jurídicos y críticos han señalado que la implementación efectiva de la desinstitucionalización requiere mayores esfuerzos. Entre ellos se encuentran la creación de servicios comunitarios con cobertura y calidad suficientes en todo el territorio nacional y el establecimiento de salvaguardias adicionales que aseguren que la hospitalización involuntaria y otras formas de restricción de la libertad no se utilicen de manera discriminatoria o innecesaria. Este desafío resulta evidente si se considera que, pese a los avances normativos, la transformación estructural del modelo de atención aún se encuentra en una etapa incipiente y persisten brechas significativas entre las disposiciones legales y su aplicación efectiva en la red de servicios públicos y privados.

Una dimensión especialmente relevante de esta transición normativa es la tensión entre la protección de la autonomía y la libertad de las personas con discapacidad psicosocial y la regulación de prácticas coercitivas históricas, como la hospitalización involuntaria. Diversos estudios comparativos han señalado que, si bien la Ley N° 21.331 incorpora salvaguardias que aproximan la regulación chilena a los estándares internacionales, no recoge todas las obligaciones derivadas de la CDPD, especialmente en lo relativo a la eliminación de las internaciones basadas en la discapacidad y a la redefinición del consentimiento y la capacidad jurídica en contextos de atención psiquiátrica.

En esta línea, aunque la normativa nacional ha avanzado hacia un modelo orientado a la desinstitucionalización, aún permite la hospitalización involuntaria cuando no resulta posible realizar un tratamiento ambulatorio y existe un riesgo cierto e inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros (Ley N° 21.331, 2021, art. 13). No obstante, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha sostenido reiteradamente que la institucionalización psiquiátrica supone riesgos para el ejercicio de los derechos humanos y ha instado a los Estados Partes a implementar modelos de atención que prioricen la autonomía, la inclusión en la comunidad y la igualdad de oportunidades. En relación con Chile, el Comité ha recomendado expresamente revisar estos criterios y adecuar la legislación y las prácticas nacionales a los estándares internacionales en la materia.

Aun así, la efectividad de estos marcos depende de la implementación de políticas públicas que transformen sustantivamente las estructuras de atención existentes mediante el desarrollo de servicios comunitarios accesibles, apoyos personalizados y sistemas de garantía de derechos que permitan superar las prácticas de aislamiento y exclusión que históricamente han caracterizado al modelo institucional.

En este escenario, el CPT constató que la autonomía constituía la dimensión con mayores dificultades en la mayoría de los recintos visitados. En ellos no se desarrollaban actividades suficientes para fortalecer la toma de decisiones con apoyo de las personas con discapacidad psicosocial y persistían prácticas de sustitución de su voluntad. Asimismo, eran pocas las instituciones que realizaban acciones sustantivas orientadas a proyectar el egreso y fortalecer la vida independiente, la inclusión social, el acceso al empleo y la vivienda y la capacidad para administrar recursos económicos, entre otros aspectos.

El trabajo con las redes de apoyo también resultaba insuficiente. El egreso desde dispositivos cerrados de salud puede generar una carga considerable para las familias. Este aspecto adquiere especial relevancia si se considera que las labores de cuidado recaen mayoritariamente en las mujeres: el 71,7% de las personas en situación de dependencia que reciben cuidados obtiene esta asistencia de una mujer (MIDESO, 2024).

Por todo lo anterior, el CPT ha insistido en que el tránsito efectivo hacia la desinstitucionalización requiere la articulación de distintos ministerios, municipios, servicios y otros actores relevantes, con el propósito de proporcionar apoyos que aborden de manera integral y coordinada la inclusión de las personas en la comunidad.

2.3 Tránsito de personas con discapacidad psicosocial por el cuidado y la custodia del Estado

Primeras horas de la detención y custodia policial

Durante los primeros momentos de la detención puede resultar difícil determinar las necesidades de atención de salud mental de las personas detenidas, especialmente cuando no existen protocolos específicos, formación del personal ni coordinaciones interinstitucionales para efectuar esta evaluación.

La detención por parte de Carabineros de Chile o la Policía de Investigaciones de Chile constituye un momento de especial riesgo de vulneración de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Esto se debe, principalmente, a que el personal policial puede no contar con la formación,los conocimientos o las herramientas necesarias para identificar oportunamente posibles condiciones de salud mental, situaciones de crisis, o la vulnerabilidad en que podría encontrarse la persona detenida.

En la práctica policial, el examen médico inicial o la constatación de lesiones constituye una de las primeras instancias en las que pueden detectarse antecedentes relacionados con una condición de salud mental o signos de abstinencia asociados al consumo problemático de sustancias. La coexistencia de ambas condiciones, denominada diagnóstico dual, puede aumentar la complejidad de la situación y requerir una evaluación especializada. Cuando a ello se suman la situación de calle y la falta de redes de apoyo, aumenta el riesgo de que las personas queden bajo custodia del Estado sin que sus necesidades de cuidado y acceso a la salud sean identificadas y atendidas oportunamente.

El tránsito judicial y la inimputabilidad

El tránsito de las personas con discapacidad psicosocial por el sistema de justicia evidencia una serie de barreras para el acceso efectivo a la justicia.

Por una parte, durante las audiencias de control de detención no suele disponerse de antecedentes clínicos sobre las personas detenidas, lo que dificulta que fiscales y tribunales identifiquen de manera temprana y oportuna indicios de una posible inimputabilidad. Cuando existen antecedentes que permiten presumirla, el juez de garantía debe suspender el procedimiento hasta que se remita el informe psiquiátrico correspondiente (CPP, 2000, art. 458).

Sin embargo, muchas de estas personas carecen de redes de apoyo, lo que dificulta que los tribunales decreten medidas cautelares que puedan cumplirse en libertad, como el arresto domiciliario. Aun cuando dichas redes existen, la condición clínica de la persona puede requerir apoyos que estas no se encuentran en condiciones de proporcionar. En algunos casos, además, pueden presentarse riesgos para la propia persona o para terceros, incluidas situaciones de violencia intrafamiliar u otras afectaciones graves a la convivencia, lo que dificulta la adopción de este tipo de medidas.

Ante la falta de cupos en la red pública de salud y de alternativas para recibir a personas que no cuentan con domicilio o redes de apoyo, estas pueden permanecer en recintos penitenciarios mientras se gestiona su traslado a un establecimiento asistencial. Esta situación contrasta con lo establecido en el artículo 464 del Código Procesal Penal, que regula la internación provisional en establecimientos asistenciales, y supone privilegiar en la práctica una respuesta de custodia por sobre una de carácter terapéutico (CPP, 2000, art. 464).

Otro nudo crítico persistente corresponde a los prolongados tiempos de espera para la realización de peritajes psiquiátricos. Estas demoras mantienen a las personas en una situación de indeterminación procesal dentro de recintos penitenciarios o unidades forenses, postergan la definición de su situación judicial y retrasan el acceso a una respuesta terapéutica adecuada. Asimismo, prolongan la privación de libertad, aumentan la exposición a los riesgos propios del encierro y profundizan su situación de vulnerabilidad.

Internaciones prolongadas en unidades forenses

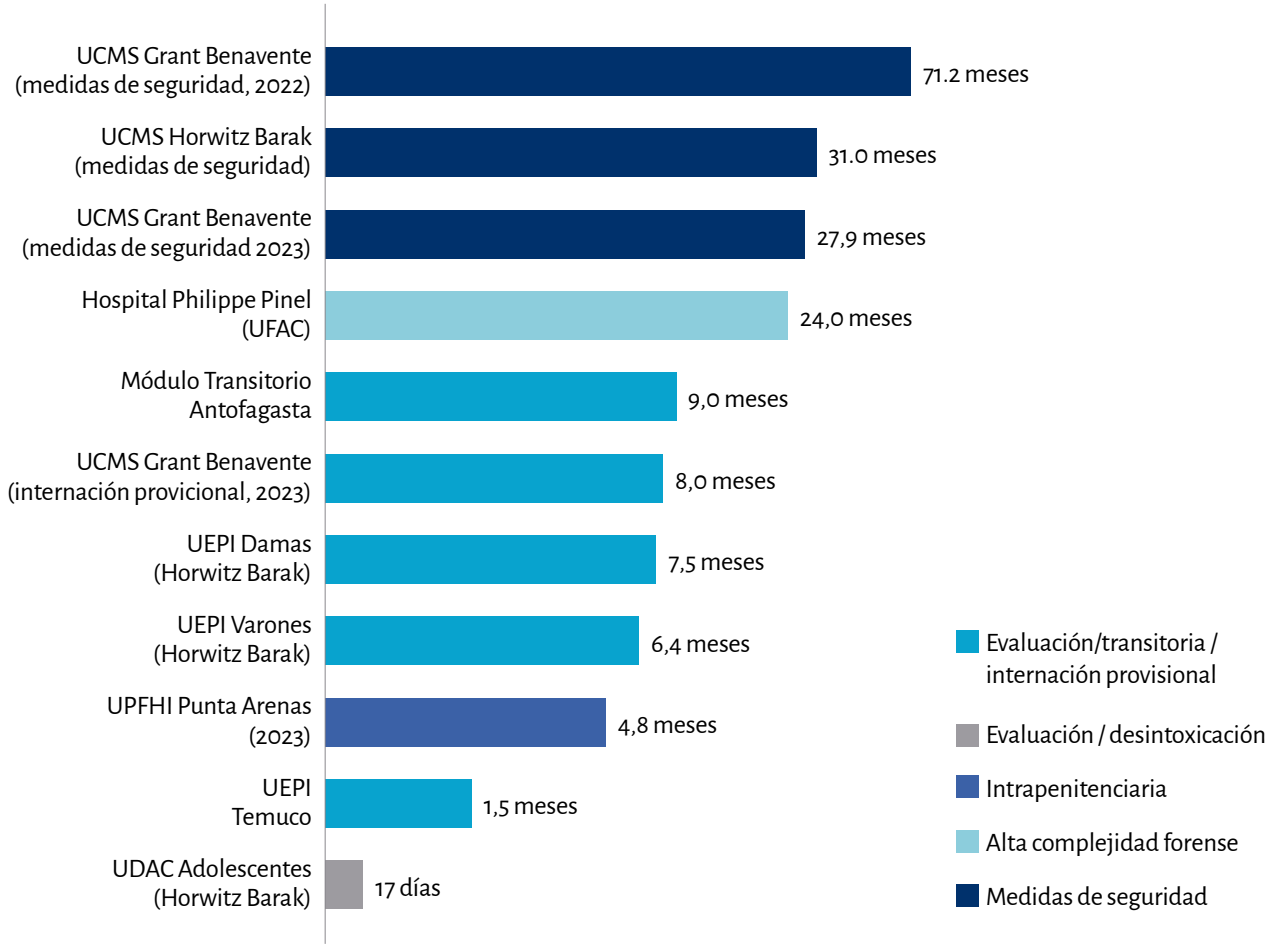
Dentro del conjunto de unidades visitadas por el CPT, la psiquiatría forense presenta algunos casos de permanencia muy prolongada y concentra las mayores brechas entre el propósito declarado del dispositivo y el tiempo que las personas permanecen efectivamente en él. El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak reúne la mayor población forense del país. Su UCMS atendía a 40 personas, con una permanencia promedio de 943 días —cerca de 2,6 años—, mientras que sus dos

UEPI registraban promedios de 196 días en la unidad de varones, que atendía a 30 personas, y de 228 días en la unidad de mujeres, con nueve personas. En contraste, la UDAC presentaba la mayor rotación entre las unidades analizadas en el establecimiento, con una permanencia promedio de 17 días para nueve adolescentes.

Un patrón similar, aunque más extremo, se observó en la UCMS del Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, que atendía a 18 hombres bajo dos situaciones jurídicas diferentes dentro de un mismo dispositivo: 12 sujetos a medidas de seguridad y seis en internación provisional. Mientras estos últimos registraron permanencias promedio de 122 días en 2022 y 244 días en 2023, quienes cumplían medidas de seguridad promediaron 2.163 días en 2022 —casi seis años— y 847 días en 2023.

Otras unidades presentaban permanencias intermedias. La UFAC del Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel atendía a 20 personas —17 hombres y tres mujeres—, con estadías de entre 12 y 36 meses; el Módulo Transitorio de Antofagasta, con siete personas, registraba un promedio cercano a nueve meses; y la UPFI de Punta Arenas, que atendía a seis hombres, pasó de un promedio de 3,9 meses en 2022 a 4,8 meses en 2023. Por su parte, la UEPI de Temuco mantenía ocupados solo cuatro de sus ocho cupos y registraba una permanencia promedio de 45 días.

GRÁFICO 12:
Permanencia promedio (meses; escala logarítmica)
en unidad psiquiátricas forenses según función declarada (n = 11)



Elaboración propia a partir de documentación reportada por los recintos entre los años 2021 y 2025.

El Código Procesal Penal establece que, cuando existan antecedentes que permitan presumir la inimputabilidad de una persona y se cumplan las condiciones legales correspondientes, el tribunal puede ordenar su internación provisional en un establecimiento asistencial. Pese a ello, Gendarmería informa que, a diciembre de 2025, habían 191 personas en evaluación de inimputabilidad privadas de libertad en recintos penitenciarios.

El análisis de la prolongación de las estadías en estas unidades permite identificar tres dinámicas que contribuyen a explicar este fenómeno. En primer lugar, las unidades concebidas como transitorias o destinadas a evaluaciones periciales acumulan demoras debido a la lentitud de las resoluciones judiciales, la escasez de especialistas en psiquiatría forense en los Servicios Médicos Legales y los retrasos generales del sistema de justicia penal. Estos factores prolongan directamente la hospitalización sin que medie una decisión basada en criterios clínicos.

En segundo lugar, las personas sujetas a medidas de seguridad enfrentan barreras sociales, más que clínicas, para el egreso. Con frecuencia, alcanzan la estabilización psiquiátrica antes de que finalice la medida, pero permanecen hospitalizadas debido a la falta de redes de apoyo o de dispositivos intermedios —como hogares forenses— que permitan sostener su integración en la comunidad. Ante la ausencia de estas alternativas, los tribunales mantienen la privación de libertad hasta el cumplimiento de la medida.

En tercer lugar, la presión de la demanda sobre un número insuficiente de plazas forenses provoca que personas con distintas situaciones jurídicas permanezcan en un mismo establecimiento. Así ocurrió en el Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, donde personas en internación provisional ocuparon cupos destinados a quienes cumplían medidas de seguridad. Esta situación obligó a trasladar a algunas de estas últimas a otras regiones, con el consiguiente desarraigo territorial y la afectación de sus redes de apoyo.

Asimismo, en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, la insuficiencia de camas forenses derivó en el ingreso de personas imputadas a unidades clínicas generales que no habían sido diseñadas para atenderlas. Esta situación alteró la dinámica de dichos espacios, generó oposición entre los equipos tratantes y tensionó los procesos de recuperación de las demás personas que permanecían en esas unidades.

La experiencia del encierro en recintos penitenciarios

La permanencia en recintos penitenciarios de personas que, por resolución judicial, deberían encontrarse en establecimientos de salud mental constituye una grave vulneración de los derechos humanos y refleja falencias en la articulación y el funcionamiento del Estado.

El Código Procesal Penal establece que, cuando existan antecedentes que permitan presumir la inimputabilidad de una persona y se cumplan las condiciones legales correspondientes, el tribunal puede ordenar su internación provisional en un establecimiento asistencial (CPP, 2000, art. 464). Pese a ello, Gendarmería informa vía Oficio N° 14.00.00.256/2026 que, a diciembre de 2025, habían 191 personas en evaluación de inimputabilidad privadas de libertad en recintos penitenciarios. Esta situación evidencia un problema estructural que impide cumplir adecuadamente la normativa vigente.

La especial vulnerabilidad en que se encuentran estas personas se explica por diversos factores. En primer lugar, se observan dificultades en la coordinación entre los sistemas de justicia y salud y la administración penitenciaria. En segundo lugar, no existe una política pública de salud mental forense que garantice la

dignidad y el respeto de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial durante su interacción con el sistema de justicia.

Como se señaló anteriormente, las dificultades para agilizar estos procesos responden a distintos factores. Entre ellos se encuentran la falta de profesionales calificados para realizar peritajes, la limitada capacidad de la red de salud para prestar servicios de esta naturaleza y las demoras prolongadas en la realización de las audiencias destinadas a resolver la situación jurídica de las personas. Estas falencias generan estadías extensas en unidades forenses y recintos penitenciarios, incrementando el riesgo de vulneraciones de derechos y malos tratos.

Durante el monitoreo, el CPT documentó situaciones especialmente preocupantes que afectaban a estas personas, entre ellas, agresiones físicas; uso recurrente del aislamiento; aplicación de medidas de contención inadecuadas, como grilletes en manos y pies; deficiencias críticas en la continuidad de los tratamientos farmacológicos; y fallecimientos ocurridos mientras se encontraban bajo custodia del Estado en recintos penitenciarios.

Asimismo, el CPT visitó recintos penitenciarios con condiciones materiales incompatibles con la dignidad e integridad personal de estas personas: celdas de 2 × 4 metros con un gran número de personas en hacinamiento, filtraciones de agua, iluminación deficiente, letrinas obstruidas y acceso mínimo a abrigo. La exposición constante al ruido —gritos, portazos y música a alto volumen día y noche— genera privación de sueño y un estado de estrés psicológico severo que los reclusos denominan "psicoseo"[25]. GENCHI registra 47 PcD intelectual y 23 con diagnósticos del desarrollo psicológico, incluido el espectro autista (Oficio N° 14.00.00.256/2026). Este grupo requiere ajustes razonables específicos —comunicación adaptada, entornos sin estímulos sensoriales extremos, apoyo para la comprensión de normas y rutinas— estructuralmente incompatibles con el régimen carcelario ordinario.

25 Término coloquial utilizado en Chile para referir a un estado de angustia, paranoia y sugestión intensa por ideas obsesivas de persecución en la que a veces se teme riesgo de afectación de la integridad personal.

Si bien es de suma urgencia que las personas con discapacidad psicosocial reciban un tratamiento adecuado en un recinto de salud, no se debe desconocer que existe un grave riesgo relacionado a la institucionalización prolongada. En efecto, las unidades forenses para el cumplimiento de medidas de seguridad mantienen altos tiempos de permanencia, lo cual se puede relacionar con la insuficiente red y apoyo para los cuidados y la mantención de una atención comunitaria.

Los establecimientos penitenciarios no cumplen con los estándares de un hospital psiquiátrico, vulnerando la Ley N° 21.331 (2021) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Art. 14). Si bien es de suma urgencia que las personas con discapacidad psicosocial reciban un tratamiento adecuado en un recinto de salud, no se debe desconocer que existe un grave riesgo relacionado a la institucionalización prolongada. En efecto, las unidades forenses para el cumplimiento de medidas de seguridad mantienen altos tiempos de permanencia, lo cual se puede relacionar con la insuficiente red y apoyo para los cuidados y la mantención de una atención comunitaria. La sección 2.5. *Personas privadas de libertad en recintos penitenciarios* desarrolla con mayor profundidad lo observado en salud mental y cárcel.

Análisis

El análisis de las visitas realizadas por el CPT durante los últimos cinco años muestra una brecha persistente entre el enfoque comunitario reconocido en la normativa y las condiciones observadas en la atención de salud mental. La concentración de personas en hospitales psiquiátricos, las hospitalizaciones prolongadas, la insuficiencia de alternativas residenciales y las dificultades para concretar los egresos reflejan la continuidad de prácticas institucionalizantes. Estas condiciones afectan los procesos de recuperación, debilitan los vínculos sociales, reducen las posibilidades de ejercer la autonomía y aumentan el riesgo de permanecer por períodos prolongados en establecimientos cerrados.

Los hallazgos también evidencian prácticas que restringen los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, como la escasa participación en las decisiones sobre la atención, la sustitución de la voluntad, las limitaciones para comunicarse, recibir visitas y mantener vínculos familiares, así como una oferta insuficiente de actividades significativas y de preparación para la vida en comunidad. Se suman problemas de privacidad, deficiencias en las condiciones materiales y mecanismos de reclamo poco accesibles o conocidos.

La formación de funcionarias/os constituye una brecha transversal. En diferentes establecimientos se identificó un conocimiento limitado de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley N.º 21.331, el modelo de recuperación, los ajustes razonables y la toma de decisiones con apoyo; falencias que pueden favorecer intervenciones centradas en el control de la conducta y la sustitución de decisiones, en lugar de respuestas construidas con las propias personas. La capacitación continua debe complementarse con supervisión técnica y mecanismos que permitan evaluar su aplicación en las prácticas cotidianas.

Las medidas coercitivas han ocupado un lugar relevante en el monitoreo realizado por el CPT. Las visitas identificaron el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas, en ocasiones empleadas como respuestas habituales o tempranas frente a episodios de agitación. Y antecedentes sobre la aplicación de terapia electroconvulsiva, incluidos casos que involucran a niñas, niños y adolescentes.

Si bien estas intervenciones se encuentran reguladas, persisten brechas en materia de prevención, disponibilidad de recursos y materiales para su adecuada implementación, registro, supervisión y revisión posterior. Avanzar en su reducción requiere fortalecer estrategias de desescalamiento, contención emocional y ambiental, así como contar con planes individualizados para el abordaje de situaciones de crisis y promover una revisión interdisciplinaria de cada episodio.

Los registros deben consignar, de manera detallada, los motivos que dieron lugar a la medida, su duración, las estrategias implementadas, las personas responsables de su aplicación y las posibles consecuencias para la persona afectada. En el caso de niñas, niños y adolescentes, se debe considerar su edad y nivel de desarrollo, el principio del interés superior, su derecho a ser oídos y la protección reforzada que les corresponde.

Un tema transversal se relaciona a la ausencia de una adecuada articulación de los determinantes sociales de la salud mental, por lo que las dificultades para la inclusión se relacionan con la interacción entre las condiciones personales y las barreras sociales,

institucionales, económicas y culturales. Por ello, los planes de atención y egreso deben elaborarse con la participación efectiva de cada persona, mediante información accesible, apoyos para la toma de decisiones y respeto por su voluntad y preferencias. Los procesos de recuperación también deben considerar los objetivos definidos por la propia persona en ámbitos como la vida cotidiana, las relaciones afectivas, la educación, el trabajo, la vivienda y la participación social.

Respecto a la desinstitucionalización, de acuerdo a los planes nacionales y a la ley 21.331, persisten condicionantes estructurales que impiden su implementación efectiva. Se observaron situaciones como el traslado desde un hospital psiquiátrico hacia una clínica, siendo una nueva institucionalización. Así, la hospitalización debe conservar un carácter excepcional y transitorio, estar orientada a la estabilización y contemplar la preparación del egreso desde el momento del ingreso. El análisis de cada caso debe incorporar los determinantes sociales que incidieron en la hospitalización, de manera que el egreso aborde las dificultades relacionadas con vivienda, ingresos, redes de apoyo, acceso a servicios y participación comunitaria.

La consolidación de este enfoque depende del fortalecimiento de una red territorial que disponga de atención ambulatoria intensiva, equipos móviles, respuestas oportunas frente a las crisis, viviendas con diferentes niveles de apoyo, centros diurnos y programas de rehabilitación e inclusión sociolaboral. Un plan nacional de desinstitucionalización permitiría organizar este proceso mediante metas, plazos, responsabilidades, financiamiento e indicadores públicos. También facilitaría la identificación de las personas que permanecen institucionalizadas, la caracterización de sus necesidades y la definición de rutas individualizadas de egreso.

El estigma asociado a la salud mental y a la discapacidad psicosocial continúa obstaculizando el acceso a la vivienda, el empleo, la educación, las relaciones sociales y los espacios de participación. Las políticas públicas deben incorporar acciones permanentes de sensibilización y educación dirigidas a la población general, las comunidades y los servicios públicos. La participación de personas usuarias, sobrevivientes de la psiquiatría y organizaciones de la sociedad civil puede contribuir a visibilizar las barreras existentes, cuestionar los prejuicios y promover una comprensión de la integración psicosocial basada en derechos, autonomía y participación comunitaria.

A estas dificultades se suma la fragmentación de las redes familiares y de apoyo. La continuidad de los cuidados suele depender de gestiones particulares, de la capacidad de determinados equipos o de la disponibilidad circunstancial de cupos, lo que obstaculiza el seguimiento de las trayectorias y puede prolongar la permanencia en establecimientos cerrados. Una coordinación estable entre salud, desarrollo social, vivienda, educación, trabajo, gobiernos locales y organizaciones comunitarias permitiría definir responsabilidades, ordenar las derivaciones y acompañar la atención y egreso. Esta articulación también debe prevenir que las familias, especialmente las mujeres que habitualmente asumen las tareas de cuidado, reciban responsabilidades estatales sin los apoyos necesarios.

La fragmentación adquiere características particulares en la red de salud mental forense. Las demoras en las evaluaciones de inimputabilidad, la permanencia de personas con necesidades de atención psiquiátrica en establecimientos penitenciarios, la falta de dispositivos especializados y las dificultades para acceder a alternativas residenciales producen interrupciones en los tratamientos y prolongan situaciones de privación de libertad o institucionalización. Una política nacional de salud mental forense permitiría articular al Ministerio de Salud, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Gendarmería de Chile, el Servicio Médico Legal, los tribunales y el sistema de protección social, definiendo rutas de derivación, plazos, responsabilidades y mecanismos de continuidad terapéutica. Además, la disponibilidad de dispositivos comunitarios e intermedios facilita el egreso de quienes permanecen en unidades forenses por falta de vivienda, redes o apoyos sociales.

Finalmente, las recomendaciones del CPT han podido trabajarse directamente con una parte importante de los establecimientos visitados, aunque persisten dificultades para obtener respuestas articuladas desde el nivel central, especialmente del Ministerio de Salud. Esta situación limita la implementación de medidas que dependen de decisiones normativas, presupuestarias o intersectoriales.



Personas detenidas en unidades policiales

Revisión de libros y diálogo con carabineros. 2ª Comisaría de Puerto Natales. Región de Magallanes y de la Antártica Chilena.

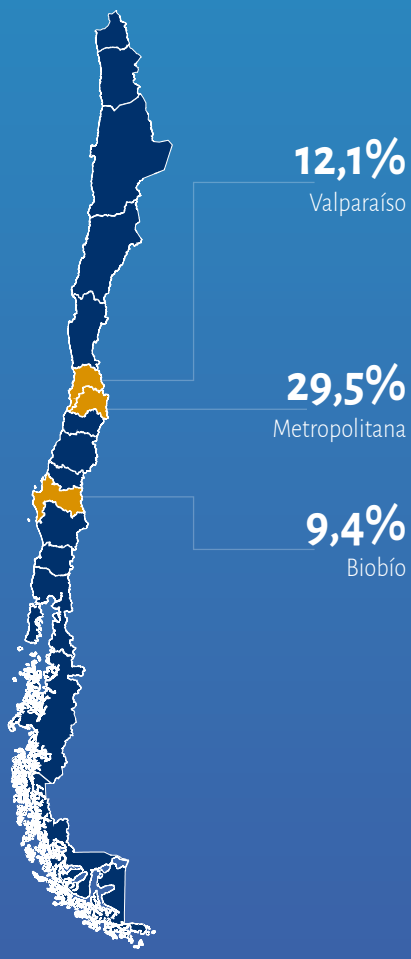
En 2025 hubo **394.351 detenciones:**

364.054
efectuadas por
Carabineros de Chile
(92,3%)

y

30.299
efectuadas por
Policía de Investigaciones de Chile
(7,7%)

Cerca del 18% de las personas detenidas son mujeres. La Región Metropolitana concentra el 29,5%, seguida de Valparaíso (12,1%) y Biobío (9,4%).



Fuente: Carabineros de Chile y PDI.

Percepción

El 82,9%
de las personas cree que la delincuencia aumentó durante el último año.

Victimización

Sin embargo,
el 26,7% de las personas fue víctima de alguno de los delitos consultados en dicho período, y el 7,9% de los hogares fue víctima de delitos violentos.

Esta distancia entre percepción y victimización ayuda a entender la presión que recae sobre el personal policial y la importancia de las salvaguardas en las primeras horas de la detención.

Fuente: ENUSC 2025, Subsecretaría de Prevención del Delito e INE.

Las primeras horas de la detención:

1 Reducción, aprehensión, registro y traslado.
Momento con menos testigos y registros; la salvaguarda es consignar hora y lugar de la detención y funcionarios a cargo.

2 Constatación de lesiones.
Esperas de hasta 3 horas; a veces con el aprehensor presente o con esposas de seguridad; la salvaguarda es un examen en privado, sin esposas ni presencia del aprehensor, salvo riesgo fundado.

3 Lectura de derechos y acta de salud.
Riesgo de que se haga de forma mecánica; la salvaguarda es asegurar que la persona comprenda lo que se le informa y lo que firma.

4 Calabozo.
Condiciones mejoradas y videovigilancia.

5 Decisión del Ministerio Público.
si es rápida, reduce el encierro.

6 Contacto con la defensa.
Baja la ansiedad y protege

7 Audiencia de control de detención.
La jueza o el juez verifica la legalidad.



Gracias al trabajo con ambas policías, los nuevos recintos incorporaron bancas de cemento para el descanso, eliminaron los baños tipo placa turca dentro de las celdas, reemplazaron las puertas de latón por barrotes con malla que ventilan y permiten vigilar, usaron colores claros y ampliaron la videovigilancia. **Estas mejoras recogen las recomendaciones del Comité y la respuesta de las instituciones.**

Contexto

Como se detalló en el Capítulo I, la instalación del CPT respondió a un proceso gradual de fortalecimiento de la institucionalidad de derechos humanos. En el ámbito específico de las unidades policiales, este mandato preventivo adquirió especial relevancia debido a los cuestionamientos formulados por organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil respecto de la actuación de las policías y su legitimidad. En este contexto, el trabajo de monitoreo se presentó como una oportunidad para adecuar las prácticas institucionales a los estándares de derechos humanos y contribuir al fortalecimiento de la legitimidad policial.

Durante los primeros años de funcionamiento del Comité, uno de los principales focos del trabajo preventivo consistió en dar a conocer su mandato y visitar una selección de establecimientos policiales en los distintos territorios abordados. Con ello, se buscó elaborar un diagnóstico que permitiera establecer una línea de base sobre las diversas realidades existentes en el país y diseñar un plan de visitas que contemplase una muestra de recintos en cada región.

Este trabajo permitió visitar 15 regiones y consolidar una metodología de monitoreo de recintos policiales validada por las contrapartes institucionales, lo que favoreció el desarrollo de un trabajo permanente con ambas policías. El proceso incorporó mecanismos de acompañamiento y seguimiento de las recomendaciones formuladas, mediante los cuales fue posible documentar los cambios observados e identificar buenas prácticas en la implementación de medidas y la búsqueda de soluciones.

A partir de esta experiencia, el CPT, Carabineros de Chile y la Asociación para la Prevención de la Tortura (APT) realizaron, a comienzos de 2024, un seminario interinstitucional. En esta instancia, una selección de funcionarias y funcionarios presentó ante representantes del alto mando sus experiencias respecto de la implementación de las recomendaciones formuladas por el Comité. Estos relatos permitieron ilustrar cómo, desde distintos cargos y funciones, el personal reconoció la importancia de adoptar las medidas propuestas y desarrolló soluciones innovadoras para abordar problemas concretos.

Los testimonios fueron recopilados, sistematizados y editados para integrarlos en una publicación destinada a difundir el trabajo realizado y proporcionar herramientas que pudieran servir de referencia tanto a otras instituciones encargadas de monitorear la función policial como a policías de otros países. Con el apoyo de la APT, la publicación fue traducida a distintos idiomas. Esta guía para el monitoreo y la prevención de la tortura en unidades policiales recoge la experiencia acumulada durante los primeros años de trabajo y describe el proceso de definición de una estrategia, elaboración de una metodología y construcción de un diálogo institucional que ha permitido avanzar en la prevención de la tortura.

1. Marco institucional

La Constitución Política de la República establece que las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública están integradas exclusivamente por Carabineros de Chile y la Policía de Investigaciones de Chile. Estas instituciones constituyen la fuerza pública y existen para dar eficacia al derecho, garantizar el orden público y resguardar la seguridad pública interior.

1.1 Ministerio del Interior

A comienzos de 2025 se promulgó la Ley N° 21.730, cuyo objetivo fue separar el Ministerio del Interior y Seguridad Pública en dos organismos independientes: el Ministerio del Interior, encargado de la coordinación política del Gobierno, y el Ministerio de Seguridad Pública, creado para fortalecer las capacidades técnicas del Estado en esta materia. Este último tiene la responsabilidad de resguardar, mantener y promover la seguridad pública, prevenir el delito y ejercer como órgano rector del sector, concentrando la conducción política en estas materias. En virtud de esta reorganización, ambas policías dependen del Ministerio de Seguridad Pública y mantienen su carácter de instituciones obedientes, no deliberantes, jerarquizadas y subordinadas al poder civil. Sin perjuicio de estos elementos comunes, sus funciones son diferentes y, por consiguiente, también lo ha sido la aproximación del Comité hacia cada una de ellas.

Durante los primeros años de funcionamiento del Comité, uno de los principales focos del trabajo preventivo consistió en dar a conocer su mandato y visitar una selección de establecimientos policiales en los distintos territorios abordados.

Con el propósito de traducir el trabajo preventivo en acciones concretas, el primer desafío del Comité consistió en establecer contrapartes institucionales que permitieran formalizar la relación, habilitar canales permanentes de diálogo y acordar mecanismos para implementar mejoras y dar seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones. Estas alianzas constituyen uno de los pilares de la colaboración interinstitucional, pues fortalecen la coordinación, consolidan los procesos y contribuyen a definir prioridades comunes.

1.2 Carabineros de Chile

En 2019 se elevó la jerarquía del Departamento de Derechos Humanos y sus funciones quedaron radicadas en la Dirección de Derechos Humanos y Protección de la Familia. Esta alta repartición se encarga de diseñar, ejecutar y supervisar la implementación de las políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las obligaciones del Estado en materia de derechos humanos durante el ejercicio de la función policial. Su ubicación estratégica dentro del alto mando de Carabineros de Chile ha permitido transversalizar el trabajo preventivo mediante la colaboración entre el Comité, la Dirección y sus equipos.

Las secciones regionales de derechos humanos permiten mantener vínculos directos con las distintas zonas y prefecturas, y garantizan la presencia territorial de personal especializado. Entre sus funciones se encuentran verificar el cumplimiento de la normativa y los protocolos, dar seguimiento a las recomendaciones formuladas y capacitar periódicamente al personal en el ejercicio de la función policial desde un enfoque de derechos humanos. La creación de estas secciones también representó un avance institucional, pues contribuyó a descentralizar el trabajo preventivo e incorporar una perspectiva territorial en la implementación de las directrices definidas por el alto mando.

A partir del trabajo conjunto con la Dirección y las secciones regionales de derechos humanos, el Comité ha ampliado el alcance de sus recomendaciones, que han llegado incluso a establecimientos no incluidos

El ejercicio de funciones policiales ha evolucionado durante los últimos años. Una labor que anteriormente se encontraba reservada a las policías ha comenzado a ser desempeñada, en determinados ámbitos, por otros organismos, como las Fuerzas Armadas, la Policía Marítima y los cuerpos de seguridad municipal, cuyas atribuciones se han fortalecido progresivamente.

inicialmente en la planificación del monitoreo. Esta labor se ha desarrollado mediante la definición de estándares, la formulación de recomendaciones y el acompañamiento de los procesos de mejora a través de asistencia técnica. El asesoramiento ha incluido la revisión de protocolos, la difusión de estándares y el desarrollo de campañas de sensibilización sobre la importancia de la labor preventiva.

1.3 Policía de Investigaciones de Chile

Por otro lado, la Policía de Investigaciones de Chile (PDI) cuenta con un Departamento de Derechos Humanos que, durante estos años, ha dependido de distintas jefaturas nacionales. Inicialmente estuvo radicado en la Inspectoría General; posteriormente pasó a la Jefatura Nacional de Delitos contra las Personas y luego a la Jefatura Nacional de Gestión Estratégica, para finalmente retornar a la Inspectoría General. Desde esta ubicación, el Departamento verifica el cumplimiento de la normativa en la materia, promueve la adecuación de los protocolos internos a los estándares internacionales y supervisa la incorporación del enfoque de derechos humanos en las demás reparticiones de la institución. Además, este reducido equipo técnico debe atender las solicitudes, los requerimientos y las recomendaciones formuladas tanto por el Comité como por otros organismos nacionales e internacionales especializados en la materia.

En el marco de este trabajo, el Comité estableció una metodología de seguimiento destinada a acompañar y asesorar los procesos de mejora asociados con la adecuada implementación de sus recomendaciones. Esta labor incluyó actividades de sensibilización y difusión del mandato dirigidas a las contralorías regionales, lo que les permitió conocer las dimensiones del monitoreo y los principales estándares de derechos humanos. De esta forma, estas reparticiones se han incorporado, desde sus respectivas funciones, como colaboradoras del proceso de monitoreo preventivo que realiza el Comité en recintos de la PDI.

1.4 Otros organismos

Sin perjuicio de lo anterior, el ejercicio de funciones policiales ha evolucionado durante los últimos años. Una labor que anteriormente se encontraba reservada a las policías ha comenzado a ser desempeñada, en determinados ámbitos, por otros organismos, como las Fuerzas Armadas, la Policía Marítima y los cuerpos de seguridad municipal, cuyas atribuciones se han fortalecido progresivamente. La participación de nuevos organismos en tareas relacionadas con la seguridad responde a las demandas ciudadanas en esta materia. Sin embargo, este avance no siempre ha estado acompañado de una regulación suficientemente sólida sobre sus funciones, el alcance de sus mandatos y los límites de su actuación.

En respuesta a este escenario, el CPT, en coordinación con el Ministerio de Seguridad Pública, desarrolló actividades de sensibilización y formación en prevención de la tortura dirigidas a inspectoras, inspectores y responsables de las direcciones de seguridad municipal. Estas instancias buscaron difundir los principales estándares nacionales e internacionales en la materia y abordar, desde un enfoque de derechos humanos, los riesgos asociados con el ejercicio de funciones policiales. Asimismo, permitieron presentar el trabajo del Comité, su metodología de monitoreo de unidades policiales y los avances alcanzados mediante las mesas de seguimiento y diálogo interinstitucional.

El CPT también inició un acercamiento con representantes de la Dirección General del Territorio Marítimo y de Marina Mercante (DIRECTEMAR) de la Armada de Chile. A través de la Dirección de Seguridad y Operaciones Marítimas (DIRSOMAR), esta institución ejerce funciones policiales en el territorio marítimo y el borde costero. En este contexto, se organizaron encuentros informativos con representantes de la Policía Marítima para difundir el mandato preventivo del Comité, conocer las funciones que desempeñan y proporcionar asesoría técnica sobre los estándares aplicables a la privación de libertad en unidades policiales.

Finalmente, en el marco de las instancias de colaboración internacional, el CPT, la APT y la Dirección de Estudios de la Corte Suprema realizaron, a fines de 2024, un encuentro regional de integrantes de la judicatura. En esta actividad participaron representantes de la Corte Suprema y de cada una de las cortes de apelaciones del país, junto con integrantes de los poderes judiciales de distintos países de América Latina. Durante el encuentro se compartieron experiencias y se reflexionó sobre los desafíos del ejercicio de la función jurisdiccional en la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

2. Caracterización de personas bajo cuidado y/o custodia

En Chile, de acuerdo con los resultados publicados por el Centro de Estudios Públicos (CEP, 2026), la delincuencia, los asaltos y los robos se sitúan como el principal problema que el Gobierno debe enfrentar: en la medición de abril-mayo de 2026, el 57% de las personas consultadas mencionó «delincuencia, asaltos, robos» entre los tres problemas a los que el Gobierno debería dedicar mayor esfuerzo.

Asimismo, según la Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana (ENUSC) correspondiente a 2025, elaborada por la Subsecretaría de Prevención del Delito y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el 82,9% de las personas entrevistadas percibe que la delincuencia en el país aumentó durante el último año y el 52,8% cree que será víctima de un delito durante los próximos 12 meses (SPD & INE, 2026).

No obstante, los resultados sobre victimización muestran un panorama diferente. Según la misma encuesta, el 26,7% de las personas fue víctima de alguno de los delitos consultados durante los últimos 12 meses[26], y el 7,9% de los hogares fue víctima de delitos violentos. La percepción de aumento de la delincuencia, además, varía según el territorio: mientras el 82,9% de las personas percibe que la delincuencia aumentó en el país, la proporción baja a 70,5% cuando se pregunta por su propia comuna y a 47,2% cuando se pregunta por su barrio (SPD e INE, 2026). Mientras más cercano es el entorno sobre el que se consulta, menor es la proporción de personas que percibe un aumento de la delincuencia. Esta distancia entre percepción y victimización explica la presión que recae en el personal policial y la importancia de las salvaguardas en las primeras horas de la detención.

En este contexto, las unidades policiales constituyen los espacios por los que transita el mayor número de personas privadas de libertad al año. De acuerdo con las cifras institucionales, entre 2020 y 2025 transitaron en promedio 435.352[27] personas detenidas al año por establecimientos de Carabineros de Chile, y 32.600[28] por los de la Policía de Investigaciones.

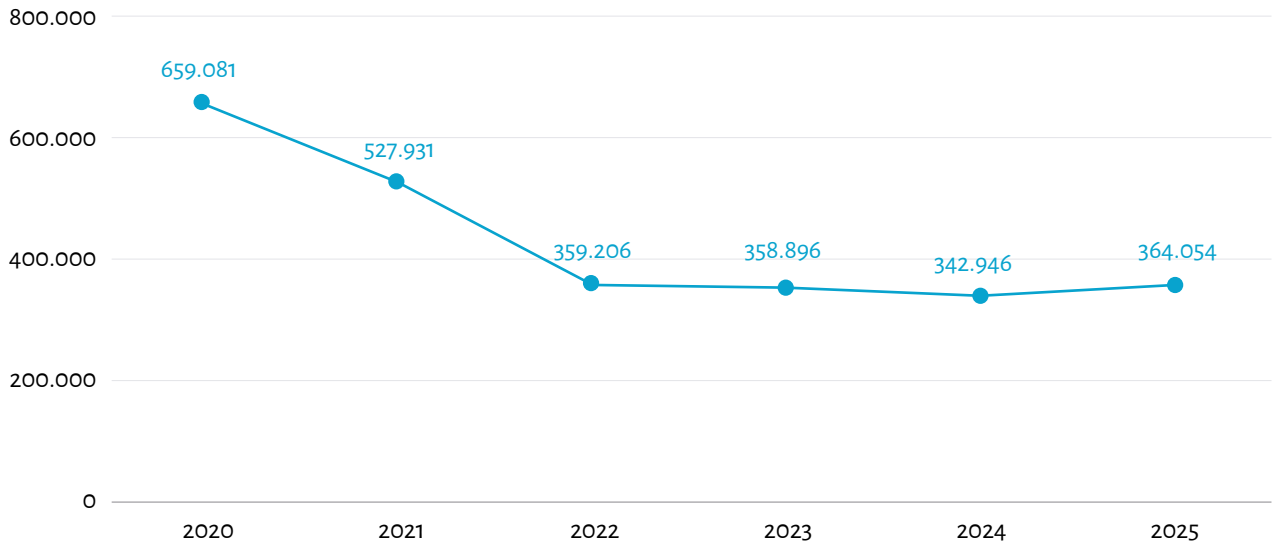
De acuerdo con las cifras de Carabineros de Chile, la cantidad de personas detenidas en unidades policiales entre los años 2020 y 2025 muestra una tendencia a la baja. Las mayores cifras de detenciones se registraron durante los años 2020 y 2021, lo que podría explicarse por las detenciones derivadas de las infracciones cometidas en el marco de las restricciones impuestas producto de la pandemia por COVID-19. Posteriormente, las cifras se normalizan y se estabilizan en torno a las 356.000 detenciones anuales entre 2022 y 2025, con un total de 364.054 detenciones registradas durante el año 2025.

26 Delitos consultados a personas en la ENUSC 2025: fraude bancario, amenazas, robo con violencia o intimidación, robo por sorpresa, estafa, agresiones o lesiones, hurto, soborno, extorsión, ciberdelitos y acoso (SPD e INE, 2026).

27 Cifras entregadas por Carabineros de Chile en respuesta al oficio N°0286 de fecha 16 de diciembre de 2025. Período de corte de la muestra al 31 de diciembre de 2025. Este promedio se encuentra influido por el aumento de detenciones registrado durante 2020 y 2021, periodo marcado por la fiscalización de las restricciones sanitarias impuestas por la pandemia por COVID-19, por lo que no refleja necesariamente el comportamiento observado en los años más recientes..

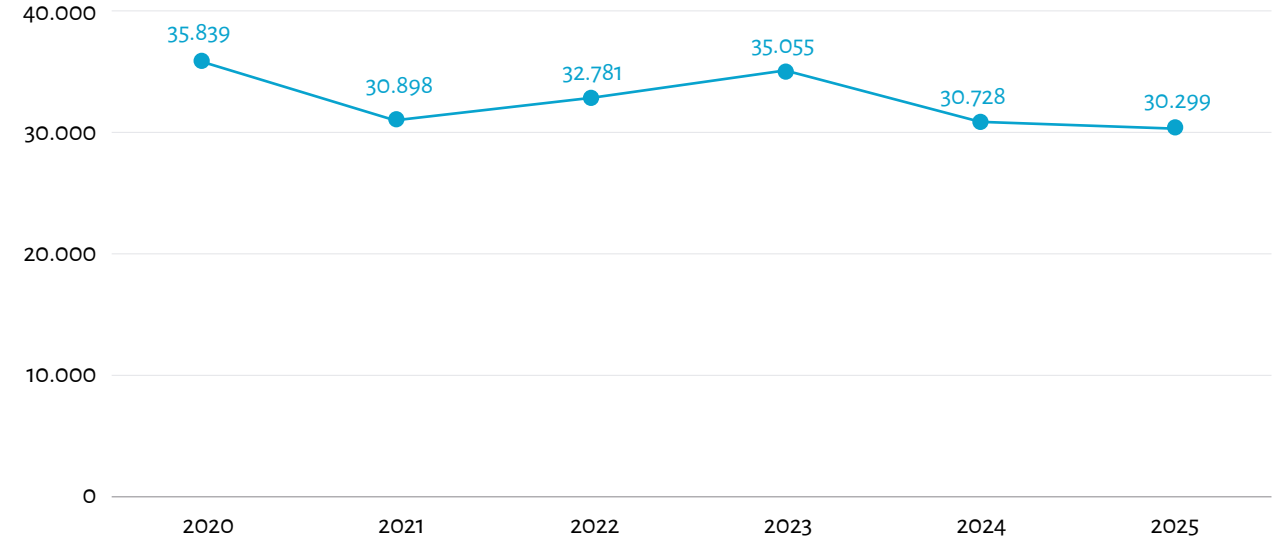
28 Cifras entregadas por la Policía de Investigaciones de Chile en respuesta al oficio N°0292 de fecha 18 de diciembre de 2025. Las cifras de 2025 corresponden al período enero-noviembre. El promedio considera los años 2020 a 2025.

GRÁFICO 13:
Cantidad de Personas Detenidas por Carabineros de Chile por año.



Cifras entregadas por Carabineros de Chile en respuesta al oficio N°0286 de fecha 16 de diciembre de 2025.

GRÁFICO 14:
Cantidad de Personas Detenidas por PDI por año.



Cifras entregadas por la Policía de Investigaciones de Chile en respuesta al oficio N°0292 de fecha 18 de diciembre de 2025. Período de corte de la muestra al 31 de diciembre de 2025.

Por otra parte, al observar la distribución territorial de las personas detenidas durante el año 2025, es posible reconocer que ambas instituciones mantienen, en términos generales, una cantidad mayor de personas detenidas en aquellas regiones con mayor concentración demográfica, observándose una disminución en aquellas con menor cantidad de habitantes, tal como muestra la tabla a continuación:

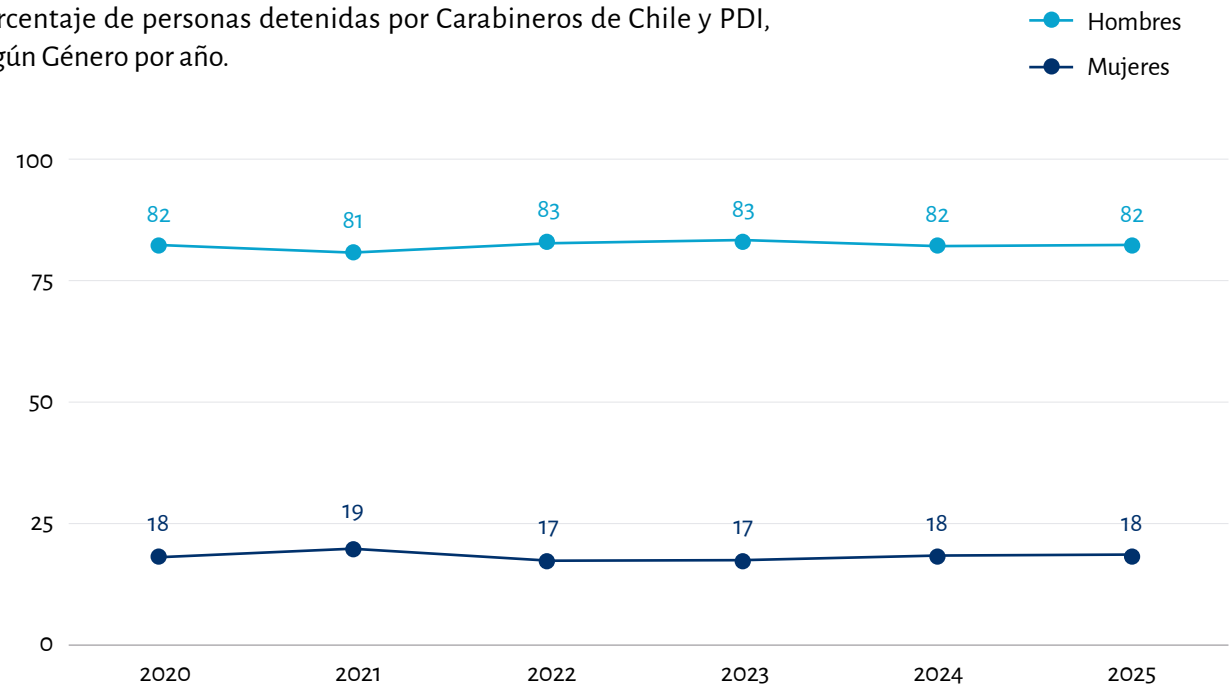
TABLA 21:
Distribución Territorial de Personas Detenidas por Carabineros de Chile y PDI

Región	Carabineros de Chile	Policía de Investigaciones	Total	Porcentaje
Región de Arica y Parinacota	8.227	1.185	**9.412**	2,39%
Región de Tarapacá	11.009	1.359	**12.368**	3,14%
Región de Antofagasta	19.180	1.232	**20.412**	5,18%
Región de Atacama	7.112	922	**8.034**	2,04%
Región de Coquimbo	16.322	1.394	**17.716**	4,49%
Región de Valparaíso	44.556	3.108	**47.664**	12,09%
Región Metropolitana	105.808	10.540	**116.348**	29,50%
Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	21.968	1.351	**23.319**	5,91%
Región del Maule	20.134	2.018	**22.152**	5,62%
Región del Ñuble	9.417	834	**10.251**	2,60%
Región del Biobío	35.156	1.876	**37.032**	9,39%
Región de La Araucanía	26.127	1.854	**27.981**	7,10%
Región de Los Ríos	9.277	784	**10.061**	2,55%
Región de Los Lagos	23.641	1.076	**24.717**	6,27%
Región de Aysén del G. Carlos Ibáñez del Campo	3.063	297	**3.360**	0,85%
Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	3.057	469	**3.526**	0,89%
Total	**364.054**	**30.299**	**394.353**	100,00%
Porcentaje	92,32%	7,68%	**100,00%**	

Cifras entregadas por Carabineros de Chile en respuesta al oficio N°0286 de fecha 16 de diciembre de 2025 y la Policía de Investigaciones de Chile en respuesta al oficio N°0292 de fecha 18 de diciembre de 2025. Período de corte 31 de diciembre de 2025.

Para caracterizar de mejor manera a esta población, es necesario desagregar la cantidad de personas detenidas según género, con lo que se identifica que la proporción de mujeres detenidas se mantiene estable en torno a un 18% de la población total, mientras que la proporción de hombres se ubica en el orden del 82% restante.

GRÁFICO 15:
Porcentaje de personas detenidas por Carabineros de Chile y PDI, según Género por año.



Cifras entregadas por Carabineros de Chile en respuesta al oficio N°0286 de fecha 16 de diciembre de 2025 y la Policía de Investigaciones de Chile en respuesta al oficio N°0292 de fecha 18 de diciembre de 2025. Período de corte 31 de diciembre de 2025 para Carabineros de Chile y 30 de noviembre de 2025 para la Policía de Investigaciones de Chile.

Monitoreo

1. Visitas

Entre 2021 y 2025, el CPT realizó 140 visitas a 101 recintos vinculados a la función policial. Un 95,7% de estas visitas fueron a unidades policiales; el 3,6% a dispositivos de custodia migratoria; y el 0,7% a la Escuela de Suboficiales de Carabineros de Chile. El 90,0% del monitoreo se realizó de forma programada.

Dentro de las unidades policiales, Carabineros de Chile concentró la mayor parte del trabajo de monitoreo, con 113 de las 134 visitas realizadas a 77 recintos. Por su parte, la PDI registró 21 visitas en igual número de establecimientos. Los recintos visitados durante el período se detallan en el Anexo 5 de este informe.

TABLA 22:
Visitas realizadas por el CPT entre 2021 - 2025
a recintos de función policial, por año y tipo de recinto.

Tipo de recinto	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Unidades policiales	14	36	32	36	16	**134**
Dispositivos de custodia migratoria	0	0	1	4	0	**5**
Escuelas de formación de personal uniformado	0	0	0	0	1	**1**
Total	**14**	**36**	**33**	**40**	**17**	**140**

Elaboración propia. Una visita = 1 recinto visitado en un momento determinado; un recinto puede tener más de una visita.

Durante sus primeros años de trabajo, el CPT priorizó la cobertura de una muestra amplia y diversa de establecimientos policiales, con el propósito de observar el estado general de las comisarías y los cuarteles policiales del país. Este enfoque permitió construir una visión panorámica y comparada sobre el funcionamiento de la custodia policial y sobre las condiciones materiales, organizacionales y operativas en las que se desarrolla la privación de libertad durante las primeras horas de detención.

Durante sus primeros años de trabajo, el CPT priorizó la cobertura de una muestra amplia y diversa de establecimientos policiales, con el propósito de observar el estado general de las comisarías y los cuarteles policiales en las distintas regiones del país. Este enfoque permitió construir una visión panorámica y comparada sobre el funcionamiento de la custodia policial y sobre las condiciones materiales, organizacionales y operativas en las que se desarrolla la privación de libertad durante las primeras horas de la detención, considerando distintos tipos de unidades y contextos territoriales.

En cada visita se recopiló información destinada a identificar factores de riesgo en cinco dimensiones analíticas:

- Infraestructura y condiciones de habitabilidad;
- Medidas de protección;
- Acceso a la salud;
- Trato; y
- Gestión del personal.

Junto con la observación técnica de las dependencias y la revisión de los registros disponibles en cada unidad, se aplicaron instrumentos específicos para recopilar información mediante entrevistas confidenciales a personas detenidas y al personal que desempeñaba distintas funciones en los establecimientos. Este enfoque permitió recoger diversas perspectivas sobre el funcionamiento cotidiano de las unidades policiales y las dinámicas asociadas a la custodia.

Los criterios utilizados para seleccionar las unidades visitadas incluyeron, entre otros, la ubicación territorial, el flujo anual de personas detenidas, la existencia de denuncias recientes por presuntas vulneraciones de derechos humanos y la concentración de detenciones de personas pertenecientes a grupos de especial protección, como adolescentes y personas migrantes.

1.1 Visitas a recintos de Carabineros de Chile

En el caso de Carabineros de Chile, se priorizó una muestra de comisarías que representara a las distintas prefecturas del país. De este modo, se visitaron unidades ubicadas en 15 de las 16 regiones. Después de cada visita se inició un proceso de acompañamiento institucional que incluyó la conformación de mesas de diálogo con representantes de las jefaturas de zona, las prefecturas, las comisarías visitadas y las secciones regionales de derechos humanos. Estas instancias tuvieron como objetivo acordar planes de trabajo y verificar los avances en la implementación de las recomendaciones formuladas. Posteriormente, se realizaron visitas de seguimiento para constatar en terreno las mejoras adoptadas.

Además, durante 2024 y 2025, el CPT abrió nuevas líneas de trabajo preventivo. En 2024, en el marco de una visita a la Región de La Araucanía, se observó por primera vez el funcionamiento de tres unidades de Control de Orden Público que operaban en la Macrozona Sur, en el contexto del estado de excepción constitucional vigente desde mayo de 2022. Esta experiencia permitió analizar la articulación de dichas unidades con las comisarías territoriales y su interacción con el personal de las Fuerzas Armadas desplegado para abordar episodios de violencia rural en esos territorios.

Este trabajo plantea la posibilidad de ampliar el monitoreo más allá de los establecimientos policiales e incorporar otros contextos de privación de libertad y procedimientos operativos desarrollados en terreno. Esto permitiría observar la preparación del personal, las salvaguardias adoptadas y la forma en que se ejecutan dichos procedimientos. Extender el análisis a lo que ocurre fuera de los recintos policiales constituye un desafío para el Comité, pues diversos relatos de personas detenidas indican que la aprehensión y el traslado son momentos en los que existe una especial exposición a posibles vulneraciones de derechos durante la custodia policial.

En segundo lugar, hacia fines de 2025 y a partir de la experiencia adquirida mediante la visita realizada en 2024 a la Escuela de Formación Penitenciaria (ESFORPEN), se decidió extender el monitoreo a la Escuela de Formación de Carabineros (ESFOCAR). Esta nueva línea de trabajo permitió ampliar el conocimiento sobre los procesos de formación del personal policial e identificar el enfoque institucional expresado en los planes y programas, su implementación práctica mediante la labor de docentes e instructores y la forma en que el estudiantado recibía y aplicaba estos contenidos durante su permanencia en la escuela.

El objetivo de la visita fue constatar las condiciones en las que se encontraba el estudiantado, el trato que recibía de instructores y del cuerpo docente y su formación en materias especialmente sensibles, como el uso de la fuerza, el trato hacia grupos de especial protección y los derechos humanos. Con el apoyo de la Dirección de Derechos Humanos y de la Dirección de Educación, Doctrina e Historia de Carabineros de Chile, se coordinó una visita de monitoreo a la Escuela de Formación de Carabineros de Santiago. En esta instancia se aplicó una encuesta a la totalidad de las personas que se encontraban finalizando su primer año de formación.

1.2 Visitas a Recintos de la PDI

En relación con la Policía de Investigaciones de Chile, durante los primeros años se priorizó el monitoreo de las Brigadas de Investigación Criminal (BICRIM), con el propósito de comprender los procedimientos, la organización interna y las modalidades de trabajo asociadas a la custodia policial. El monitoreo se concentró principalmente en las condiciones materiales de los espacios de privación de libertad; el trabajo del personal encargado de las funciones de guardia y custodia; la implementación de salvaguardias procesales durante las primeras horas de la detención; y el trato hacia las personas bajo custodia.

Posteriormente, con el objetivo de conocer la interacción entre las distintas unidades operativas y su coordinación dentro de los cuarteles, el monitoreo se amplió a brigadas especializadas. Esto permitió observar las dinámicas de los complejos policiales y la organización de los servicios dentro de los establecimientos, con especial atención a los turnos de guardia y a las condiciones en que se mantenía bajo custodia a las personas detenidas durante su permanencia en las unidades.

Asimismo, se observaron los despliegues en terreno vinculados con las labores de patrullaje, aprehensión y traslado de personas detenidas. En este contexto, se analizaron las formas de funcionamiento de los complejos policiales, se recorrieron nuevas dependencias y se evaluaron los estándares incorporados en su diseño, construcción y equipamiento.

Los criterios utilizados para seleccionar las unidades visitadas incluyeron, entre otros, la ubicación territorial, el flujo anual de personas detenidas, la existencia de denuncias recientes por presuntas vulneraciones de derechos humanos y la concentración de detenciones de personas pertenecientes a grupos de especial protección, como adolescentes y personas migrantes.

Por otra parte, a raíz de la política de expulsión administrativa de personas en situación migratoria irregular, durante los primeros años de funcionamiento del Comité se desarrolló una línea específica de monitoreo de estos procedimientos. En este marco, se realizaron cuatro visitas a dependencias del Complejo Policial de la Jefatura Nacional de Migraciones y Policía Internacional, además de una visita guiada a las instalaciones ubicadas en el Aeropuerto Internacional Arturo Merino Benítez. Estas instancias permitieron conocer detalladamente la forma en que se ejecutaban los procedimientos y formular recomendaciones orientadas a adecuarlos a los estándares internacionales vigentes.

Durante 2025, tras la suscripción de un convenio de colaboración interinstitucional, se desarrolló por primera vez una mesa de seguimiento destinada a revisar el estado de cumplimiento de las recomendaciones formuladas en años anteriores. Esta experiencia permitió constatar avances relevantes en diversos complejos policiales del país, particularmente en materia de infraestructura y condiciones de habitabilidad.

1.3 Consolidación metodológica

La metodología utilizada en las visitas se sustentó en lineamientos elaborados específicamente para el monitoreo preventivo de unidades policiales e incorporó orientaciones de organismos internacionales y aprendizajes de experiencias desarrolladas en el ámbito nacional. Se usaron fuentes primarias y secundarias y se aplicaron distintos instrumentos, como entrevistas a las jefaturas de los establecimientos y al personal de los diversos servicios, pautas para observar las dependencias y procedimientos de revisión sistemática de registros.

Además, con el propósito de complementar la observación en terreno —y considerando que lo constatado durante los recorridos no siempre refleja necesariamente el funcionamiento habitual de los establecimientos—, durante los últimos años se incorporaron entrevistas a representantes de las defensorías regionales, fiscales, juezas y jueces de garantía y profesionales del Instituto Nacional de Derechos Humanos. Estos actores aportaron información relevante sobre el funcionamiento habitual de los establecimientos en las regiones visitadas, lo que permitió enriquecer el análisis y construir una visión más integral de los fenómenos observados.

2. Hallazgos

2.1 Primeras horas de detención

Las primeras horas de la detención constituyen un momento crítico, caracterizado por la marcada asimetría de poder entre el Estado y la persona privada de libertad. Durante este período pueden converger distintos factores de riesgo, como el desconocimiento de los derechos, la existencia de lesiones previas, los estados de estrés, el consumo de sustancias, las barreras idiomáticas o culturales y la ausencia de una defensa efectiva.

El monitoreo advierte que la existencia de salvaguardias formales resulta insuficiente si estas no están acompañadas de condiciones materiales, organizacionales y culturales que permitan su aplicación efectiva. Además, algunas personas se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad durante la custodia policial, como las mujeres, las personas migrantes, adolescentes y aquellas con problemas de salud mental, cuyas necesidades requieren respuestas específicas y no estandarizadas. La ausencia de enfoques diferenciados no sólo invisibiliza estas condiciones, sino que también puede profundizarlas y convertir prácticas aparentemente neutras en fuentes de trato discriminatorio o degradante.

Los riesgos de vulneración de derechos durante las primeras horas de detención también se relacionan con la intensidad operativa, la discrecionalidad funcional y las tensiones que caracterizan las interacciones durante este período. En esta etapa intervienen distintas instituciones y agentes, que desempeñan funciones a lo largo de todo el proceso de custodia hasta que la persona detenida es puesta a disposición de un tribunal.

2.2 Condiciones de infraestructura, habitabilidad y seguridad

Uno de los hallazgos más persistentes de las visitas a unidades policiales fue la distancia entre los estándares normativos y las condiciones cotidianas de la custodia. En distintos establecimientos se observaron espacios improvisados, iluminación o ventilación deficientes, falta de privacidad y carencia de equipamiento básico.

Sin embargo, los complejos más nuevos de Carabineros de Chile y la PDI evidenciaron avances en materia de videovigilancia, amplitud de los calabozos y mantenimiento regular de las dependencias.

Condiciones materiales

Las visitas permitieron constatar que ambas policías avanzaron paulatinamente en la actualización de los estándares de derechos humanos aplicables a los establecimientos policiales. Los nuevos complejos y comisarías mejoraron significativamente las condiciones de infraestructura, habitabilidad y seguridad de sus dependencias. Entre otros cambios, se ampliaron los circuitos de videovigilancia y registro audiovisual, se construyeron calabozos de mayor amplitud que permiten separar adecuadamente a las personas detenidas según género y edad y se habilitaron espacios específicos para la revisión de vestimentas.

Entre las principales modificaciones identificadas durante los primeros años de monitoreo destacó la incorporación, en la mayoría de los calabozos, de bancas de cemento destinadas al descanso de las personas durante su permanencia bajo custodia. Asimismo, se avanzó progresivamente en la eliminación de los baños tipo placa turca ubicados dentro de las celdas.

También se observó un avance importante en la sustitución de las antiguas puertas revestidas con latón, cuya estructura dificultaba la ventilación de los calabozos. En su reemplazo, se instalaron cierres compuestos por barrotes de acero cubiertos con malla metálica tipo ACMA. Esta solución favorece la circulación del aire, reduce la concentración de malos olores dentro de las celdas y facilita la vigilancia de lo que ocurre en su interior.

En cuanto al mantenimiento de los espacios, se observó un uso cada vez más frecuente de pinturas de colores claros y de alto tráfico, que facilitan su conservación, generan una mayor sensación de amplitud y mejoran la visibilidad de las celdas mediante los sistemas de videovigilancia.

En conjunto, estas modificaciones contribuyeron a mejorar las condiciones materiales de permanencia de las personas detenidas y a fortalecer el cumplimiento de los estándares de seguridad aplicables a los establecimientos policiales, que progresivamente se han transformado en espacios más seguros para la custodia.

Las primeras horas de la detención constituyen un momento crítico, caracterizado por la marcada asimetría de poder entre el Estado y la persona privada de libertad. Durante este período pueden converger distintos factores de riesgo, como el desconocimiento de los derechos, la existencia de lesiones previas, los estados de estrés, el consumo de sustancias, las barreras idiomáticas o culturales y la ausencia de una defensa efectiva.

A partir de estos avances, el desafío para el Comité ha consistido en explorar factores de riesgo que trascienden el espacio físico de las unidades y observar los procedimientos por los que transita una persona desde su aprehensión hasta que es puesta a disposición de un tribunal.

Uno de los aprendizajes más significativos del período fue comprender las primeras horas de la detención como un proceso complejo, en el que intervienen distintas instituciones públicas y se generan riesgos para las personas privadas de libertad. La experiencia acumulada mediante el monitoreo muestra que los malos tratos, la tortura o el uso desproporcionado de la fuerza no se producen de manera aislada, sino que se insertan en contextos organizacionales específicos, donde confluyen deficiencias estructurales, presiones operativas, amplios márgenes de discrecionalidad y mecanismos de control insuficientes. En este escenario, cada institución que participa durante las primeras horas de la privación de libertad tiene la responsabilidad de resguardar los derechos de las personas detenidas y generar las condiciones necesarias para su ejercicio efectivo.

Garantías de las personas detenidas

Esta situación también se observa al monitorear el respeto de las salvaguardias y garantías de las personas detenidas. Si bien se identificaron avances en la elaboración de protocolos específicos y directrices técnicas, en ocasiones estos instrumentos no habían sido difundidos adecuadamente entre el personal responsable de aplicarlos.

Un ejemplo es la Circular N°1883, que imparte instrucciones sobre las acciones que debe adoptar el personal de Carabineros de Chile ante la descompensación o autolesión de una persona privada de libertad. La implementación de un procedimiento específico constituyó un avance para abordar situaciones especialmente riesgosas. Sin embargo, durante algunas entrevistas, el personal encargado de la custodia manifestó desconocer el contenido de la circular, lo que afectaba la aplicación efectiva de sus disposiciones. Resulta destacable que, a partir de una recomendación formulada por el Comité, actualmente existe un procedimiento estandarizado para actuar frente a estos episodios, aunque todavía es necesario fortalecer su difusión entre el personal.

Otro fenómeno observado fue la mecanización y rutinización de los procedimientos, especialmente de aquellos destinados a resguardar los derechos de las personas detenidas. En distintas visitas se constató que actuaciones como informar los motivos de la detención, leer los derechos o completar el acta de salud se realizaban de manera mecánica, sin verificar que las personas comprendieran su contenido y finalidad.

Examen médico independiente y constatación de lesiones

En materia de salud, el funcionamiento de los establecimientos donde se realiza la constatación de lesiones incide directamente en la gestión de las primeras horas de la detención. Cuando este procedimiento obliga al personal aprehensor a esperar hasta tres horas por la atención médica, se dificulta la continuidad de los servicios de patrullaje y de las labores investigativas, y disminuye la disponibilidad de personal para cumplir otras funciones.

Por otra parte, la forma en que se realiza el examen médico, el grado de privacidad de la entrevista clínica y la profundidad con la que se evalúa el estado de salud de la persona detenida constituyen salvaguardas fundamentales. Estos elementos permiten prevenir malos tratos y documentar adecuadamente posibles situaciones de tortura o uso excesivo de la fuerza.

A partir de las entrevistas realizadas a personas detenidas y al personal encargado de acompañarlas, el CPT constató que no existe un estándar único para efectuar este examen. Si bien el Servicio Médico Legal ha elaborado orientaciones para su aplicación, los establecimientos de salud donde se practican estas evaluaciones no necesariamente las siguen, debido a que carecen de carácter vinculante.

En algunos casos, el personal médico exigía la presencia del personal aprehensor durante el examen, lo que podía disuadir a las personas detenidas de denunciar posibles malos tratos. En otros, solicitaba mantener las esposas durante la evaluación como medida de seguridad. Asimismo, los relatos recopilados evidenciaron diferencias en los criterios utilizados para consultar sobre enfermedades preexistentes o tratamientos médicos en curso y en el grado de exhaustividad del examen. En ocasiones, las personas detenidas señalaron que el personal médico se limitaba a leer un cuestionario en voz alta, sin verificar efectivamente sus condiciones físicas y psicológicas.

El funcionamiento de los establecimientos donde se realiza la constatación de lesiones incide directamente en la gestión de las primeras horas de la detención. Cuando este procedimiento obliga al personal aprehensor a esperar por la atención médica, se dificulta la continuidad del patrullaje y las labores investigativas, y disminuye la disponibilidad de personal para cumplir otras funciones.

2.3 Instancias de coordinación interinstitucional

Durante el monitoreo, el CPT constató que las jefaturas que habían establecido coordinaciones previas con los Servicios de Salud para brindar atención prioritaria a las personas detenidas en determinados recintos asistenciales lograron reducir considerablemente los tiempos de espera.

Asimismo, cuando el personal sanitario realizaba una evaluación exhaustiva del estado de salud, formulaba las preguntas con claridad, utilizaba un lenguaje accesible y garantizaba la confidencialidad, las personas detenidas manifestaban sentirse más respetadas y mostraban una mayor disposición a colaborar durante los procedimientos, lo que disminuía las respuestas defensivas u hostiles.

En línea con lo anterior, también se observó la importancia del Ministerio Público en la determinación del destino de la persona detenida. La decisión de enviarla a una audiencia de control de detención o dejarla en libertad y citarla bajo apercibimiento tiene un impacto significativo en la gestión de los turnos de guardia. Cuando estas decisiones se adoptan con rapidez y se comunican claramente, disminuye el tiempo de privación de libertad de quienes serán citados bajo apercibimiento, se libera capacidad en los calabozos y se reducen la carga operativa y las responsabilidades del personal encargado de la custodia. Incluso cuando la persona debe comparecer ante el tribunal, recibir información clara y comprensible sobre las etapas del procedimiento y sus posibles consecuencias puede contribuir a disminuir su ansiedad y la de sus familiares durante las primeras horas de la privación de libertad.

Del mismo modo, las entrevistas a defensoras y defensores públicos y a personas detenidas permitieron identificar que el contacto temprano con una defensa técnica constituye un factor de protección relevante. Cuando las personas se entrevistaron con su defensa antes de la audiencia de control de detención, este contacto fortaleció sus posibilidades de ejercer adecuadamente su derecho a defensa. Además, tanto ellas como sus familias valoraron esta instancia como un elemento que contribuía a reducir la incertidumbre y la ansiedad propias de los primeros momentos de la privación de libertad.

Finalmente, la intervención de los juzgados de garantía durante la audiencia de control de detención constituye una salvaguardia fundamental para verificar el cumplimiento de los estándares aplicables a la detención, conducción y custodia. Este control jurisdiccional permite examinar si los procedimientos y las actuaciones del personal policial se ajustan a la normativa vigente y declarar la ilegalidad de la detención cuando se constatan infracciones o vulneraciones de derechos. De este modo, cuando la judicatura ejerce adecuadamente su función, constituye una garantía esencial del proceso penal al controlar jurídicamente las actuaciones del personal encargado de hacer cumplir la ley.

2.4 Condiciones del personal

Las condiciones laborales del personal policial inciden directamente en la calidad de la custodia. La sobrecarga de funciones, los turnos extensos, la falta de dotación y la escasez de espacios de descanso generan situaciones de estrés y desgaste que pueden aumentar el riesgo de respuestas reactivas, uso excesivo de la fuerza o trato inadecuado. Este hallazgo desplaza el análisis desde la responsabilidad exclusivamente individual hacia la dimensión organizacional. En este ámbito, la falta de apoyo institucional en materia de salud mental fue una preocupación recurrente expresada por el personal durante las entrevistas.

En las unidades de Carabineros de Chile, el CPT observó una especialización de los servicios de guardia y de población que permitía desarrollar competencias específicas para cada función. También se identificaron avances en la preparación del personal de guardia en primeros auxilios y en el desarrollo de actividades de sensibilización sobre la situación de las personas bajo custodia.

Sin perjuicio de estos avances, en numerosos establecimientos se constató que el personal encargado de estas funciones no siempre disponía del tiempo suficiente para descansar y compatibilizar su jornada laboral con la vida familiar. En algunos casos, se conocieron situaciones de personas que cumplían turnos diarios de 12 horas y jornadas consecutivas que las obligaban a permanecer de servicio durante el fin de semana. En otros establecimientos se implementaron turnos diarios de ocho horas o se organizaron los servicios para garantizar al menos un fin de semana libre al mes.

En la Policía de Investigaciones de Chile, el menor flujo de personas detenidas y la escasez de personal determinaban que los servicios de guardia se organizaran mediante turnos rotativos de 24 horas, asumidos por integrantes de las distintas brigadas que compartían el complejo policial. Durante estos turnos, el personal debía custodiar el establecimiento, verificar las condiciones en las que se encontraban las personas detenidas y atender los requerimientos del público.

Este sistema solía ser valorado positivamente por el personal de menor antigüedad, que consideraba que permitía distribuir las tareas de manera más equitativa dentro del establecimiento. Sin embargo, no siempre era percibido de la misma forma por quienes contaban con mayor antigüedad, experiencia y responsabilidades investigativas, pues debían destinar parte de su jornada a labores que consideraban de menor complejidad y calificación. No obstante, en general, el personal manifestó disponer de tiempo suficiente para descansar y compatibilizar estas funciones con su vida personal.

Análisis

Un hito que ha marcado los últimos cinco años es el uso recurrente de los estados de excepción constitucional. Mediante esta herramienta, el Ejecutivo ha dispuesto que funciones normalmente ejercidas por las policías sean apoyadas por personal de las Fuerzas Armadas. Así, luego de la crisis social de octubre de 2019, en medio de las movilizaciones masivas, se utilizó el estado de emergencia para desplegar a personal del Ejército en labores de control del orden público y resguardo de infraestructura crítica. Posteriormente, con motivo de la pandemia, a partir del 18 de marzo de 2020 volvió a utilizarse esta herramienta para desplegar al Ejército con fines de control sociosanitario, medida que se mantuvo hasta el 1 de octubre de 2022.

En paralelo, a partir de febrero de 2022 se utilizó el estado de excepción constitucional de emergencia para restringir derechos de la ciudadanía y desplegar a las Fuerzas Armadas en la macrozona norte. Esta medida también comenzó a aplicarse, desde el 17 de mayo de 2022, para abordar fenómenos vinculados con los episodios de conflicto rural en la macrozona sur. Hasta la fecha, ha sido prorrogada en 62 oportunidades consecutivas y se mantiene vigente. En suma, de los más de 2.200 días transcurridos desde la crisis social de octubre de 2019, solo ha habido 109 días libres de estados de excepción constitucional.

Las situaciones descritas evidencian que, aun cuando la Constitución Política de la República reconoce como Fuerzas de Orden y Seguridad exclusivamente a Carabineros de Chile y a la Policía de Investigaciones de Chile, en la práctica, tanto las Fuerzas Armadas como otras instituciones ejercen activamente funciones policiales en distintos territorios del país.

Cabe señalar que el ejercicio de la función policial conlleva la obligación de ajustar los procedimientos, protocolos y estándares aplicables a la privación de libertad. Esto exige garantizar que toda detención, con independencia de la institución a la que pertenezca el personal aprehensor, se realice conforme a derecho y sin que ninguna persona sea sometida a tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. En razón de ello, uno de los desafíos futuros del Comité consiste en monitorear este tipo de actuaciones, observando la preparación del personal operativo, los procedimientos establecidos y su despliegue en terreno.

¿Qué es lo que viene?

La aprobación del proyecto de ley que crea una nueva institucionalidad en materia de seguridad municipal, así como la normativa referida a la regulación de la seguridad privada, conlleva la necesidad de monitorear la evolución de estos nuevos aparatos de control social y dar seguimiento a sus mecanismos de supervisión, su regulación reglamentaria y sus procesos de certificación, entre otros aspectos.

Del mismo modo, constituye un ámbito relevante avanzar en el desarrollo de nuevas metodologías de monitoreo que permitan reconocer los principales desafíos relacionados con los procesos de aprehensión y traslado de personas detenidas, observar su tránsito hacia la primera audiencia ante el juez de garantía, examinar la custodia en dependencias judiciales y analizar el papel de la judicatura como garante de derechos durante las primeras horas de la detención.

Por otro lado, actualmente se tramita en el Congreso el proyecto de ley que establece normas para regular el uso de la fuerza en Chile, que, a la fecha, se encuentra en la etapa de tercer trámite constitucional. Durante la discusión parlamentaria se suprimió la exigencia de garantizar el principio de proporcionalidad en el uso de la fuerza y se incorporaron reglas diferenciadas para las policías y el personal de las Fuerzas Armadas que ejerza funciones policiales. Lo anterior obliga a reforzar el monitoreo de las labores de control del orden público, verificando que estos procedimientos se realicen con pleno apego a los estándares internacionales de derechos humanos y permitan el libre ejercicio del derecho de reunión.

El posible uso de armamento menos letal, como los proyectiles de impacto de energía cinética (PIEC), y la aprobación de nuevos dispositivos, como los dispositivos eléctricos de inmovilización temporal (DEIT), por parte del personal encargado de hacer cumplir la ley suponen el desafío de revisar sus protocolos de utilización, los mecanismos de supervisión institucional y los procesos de formación de quienes podrán emplearlos.

El escenario político nacional e internacional hace necesario continuar monitoreando la situación migratoria, tanto en lo que respecta a las fronteras como ante posibles procedimientos de expulsión. Los desalojos masivos, la reconducción en frontera, la retención de personas en situación migratoria irregular en unidades de pasos fronterizos y el trato brindado a la niñez migrante durante estos procedimientos constituyen algunos de los desafíos que será necesario seguir explorando.

Observar la implementación de las políticas migratorias propuestas por el nuevo Gobierno, en funciones desde marzo de 2026, supone acompañar estos procesos, revisar los protocolos y procedimientos a la luz de los estándares internacionales e identificar oportunidades de mejora para garantizar el resguardo de los derechos fundamentales de todas las personas migrantes, especialmente de aquellas que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad.

Por último, resulta imprescindible profundizar el monitoreo de las Escuelas de Formación de Carabineros, visitando otros grupos en distintas regiones, así como otros planteles educativos, entre ellos, la Escuela de Carabineros de Chile, la Escuela de Investigaciones Policiales y el Centro de Capacitación Profesional de la Policía de Investigaciones de Chile. Esto permitirá conocer en profundidad los procesos formativos dirigidos al estudiantado e identificar posibles factores de riesgo durante las primeras etapas de instrucción y formación.



Personas privadas de libertad en recintos penitenciarios

Complejo Penitenciario de La Serena. Sección femenina. Región de Coquimbo.

Una población penal que crece



Entre 2020 y 2025, **la población privada de libertad tuvo un aumento de** 61,4%. La de mujeres creció más rápido: **85,3%, frente a 59,6% en hombres.**

Fuente: Gendarmería de Chile, Compendios Estadísticos Penitenciarios 2020–2025.



Claves para romper el ciclo:

1. Información desde el ingreso.
2. Investigación independiente con protección frente a represalias.
3. Una ley de ejecución de penas.

El CPT Identificó en sus visitas y con información de Gendarmería **seis motivos por los que una persona puede quedar aislada.** En todos los casos, el objetivo compartido es que el aislamiento sea breve, quede registrado y pueda revisarse.



Sanción disciplinaria.



Régimen de máxima seguridad (confinamiento solitario).



Protección o «segmentación agotada» en módulos transitorios que se usan por períodos largos e indeterminados.



Gestión penitenciaria, como la separación de bandas o la espera de una expulsión.



Espera de clasificación o traslado

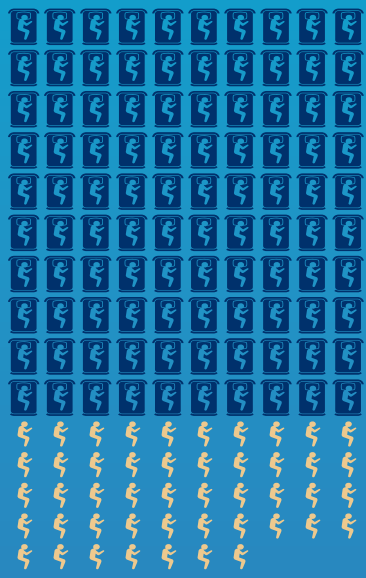


Razones de salud: personas en unidades de salud penitenciarias, algunas con esposas o grilletes.

Según los estándares internacionales, **más de 15 días de aislamiento está prohibido** y puede constituir un trato cruel, inhumano o degradante, e incluso tortura.



147 personas por cada 100 plazas.



A fines de 2025, **el sistema cerrado operaba al 146,9% de su capacidad:** 42.437 plazas para más de 62.000 personas.

Fuente: Gendarmería de Chile, estadística «Uso y capacidad», diciembre 2025.

Entre 2020 y 2025, **la tasa de suicidio en cárceles** fue de 51,2 por cada 100.000 personas al año, frente a 11,9 en la población adulta del país.



Fuente: DEIS-Minsal, defunciones 2020-2025; INE, Estimaciones y proyecciones de población base 2024.

En recintos muy violentos **existe el autoaislamiento:** personas que deciden no salir de su celda para protegerse de agresiones.



Contexto

1. Contexto nacional

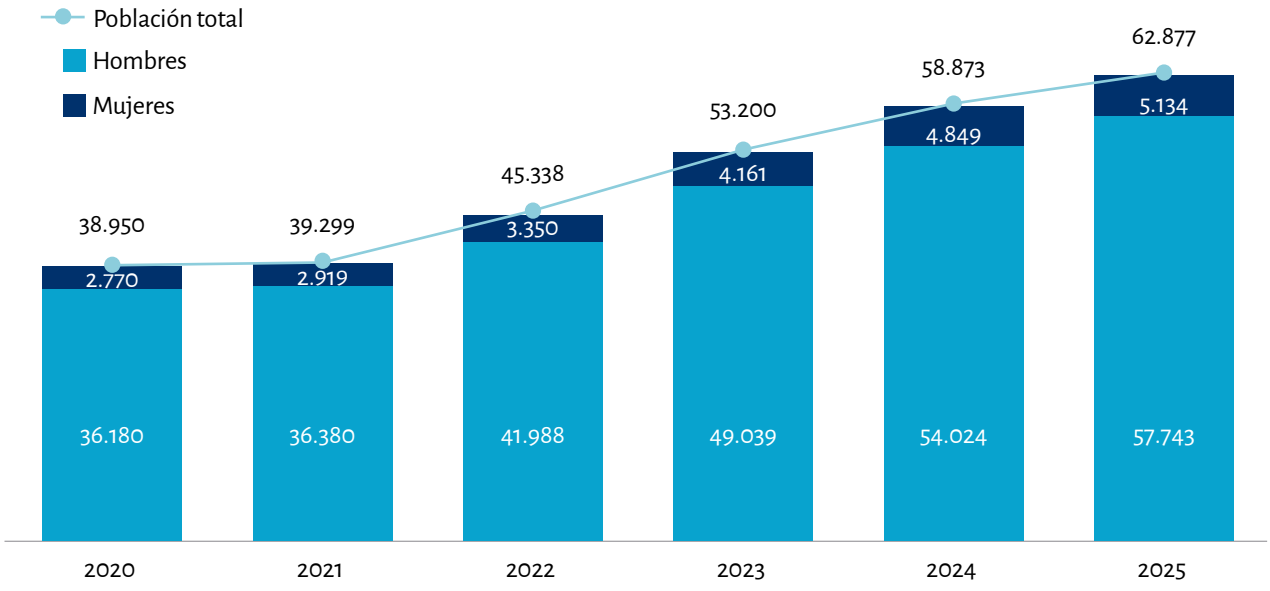
1.1 Crecimiento de la población penal y sobreocupación de los recintos penitenciarios

Entre el 31 de diciembre de 2020 y el 31 de diciembre de 2025, la población privada de libertad en regímenes cerrado y semiabierto de Gendarmería de Chile experimentó un crecimiento significativo. Al cierre de 2020, este universo alcanzaba 38.950 personas, mientras que en 2025 ascendía a 62.877, lo que representa un incremento acumulado de 61,4%. Entre diciembre de 2022 y diciembre de 2023 se registró el mayor incremento anual del período analizado, al pasar de 45.338 a 53.200 personas (17,3%). Aunque en los años siguientes el ritmo de crecimiento disminuyó, la población continuó aumentando en términos absolutos hasta el cierre de 2025 (GENCHI, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025)[29].

Al desagregar esta población por sexo, se observa que la población femenina creció proporcionalmente más que la masculina. Entre 2020 y 2025, el número de hombres aumentó de 36.180 a 57.743 personas, equivalente a un incremento acumulado de 59,6%. En el caso de las mujeres, la población aumentó de 2.770 a 5.134 personas, lo que representa un crecimiento acumulado de 85,3%.

29 La evolución de la población penal se elaboró a partir de los Compendios Estadísticos Penitenciarios de Gendarmería de Chile, con corte al 31 de diciembre de cada año. Para efectos de este análisis se sumó la población del régimen cerrado —personas recluidas 24 horas— y del régimen semiabierto —personas recluidas en Centros de Educación y Trabajo—. Se excluyó la población del régimen abierto, incluyendo personas con beneficios de reinserción, apremios y otras modalidades no privativas de libertad permanente.

GRÁFICO 16:
Evolución de la población privada de libertad en régimen cerrado y semiabierto, Chile, 2020–2025. Distribución por sexo y crecimiento de la población privada de libertad .



Elaboración propia a partir de los Compendios Estadísticos Penitenciarios de Gendarmería de Chile (2020–2025). Corresponde a la población privada de libertad de los regímenes cerrado y semiabierto al 31 de diciembre de cada año. Se excluyen régimen abierto, CAIS y CRS.

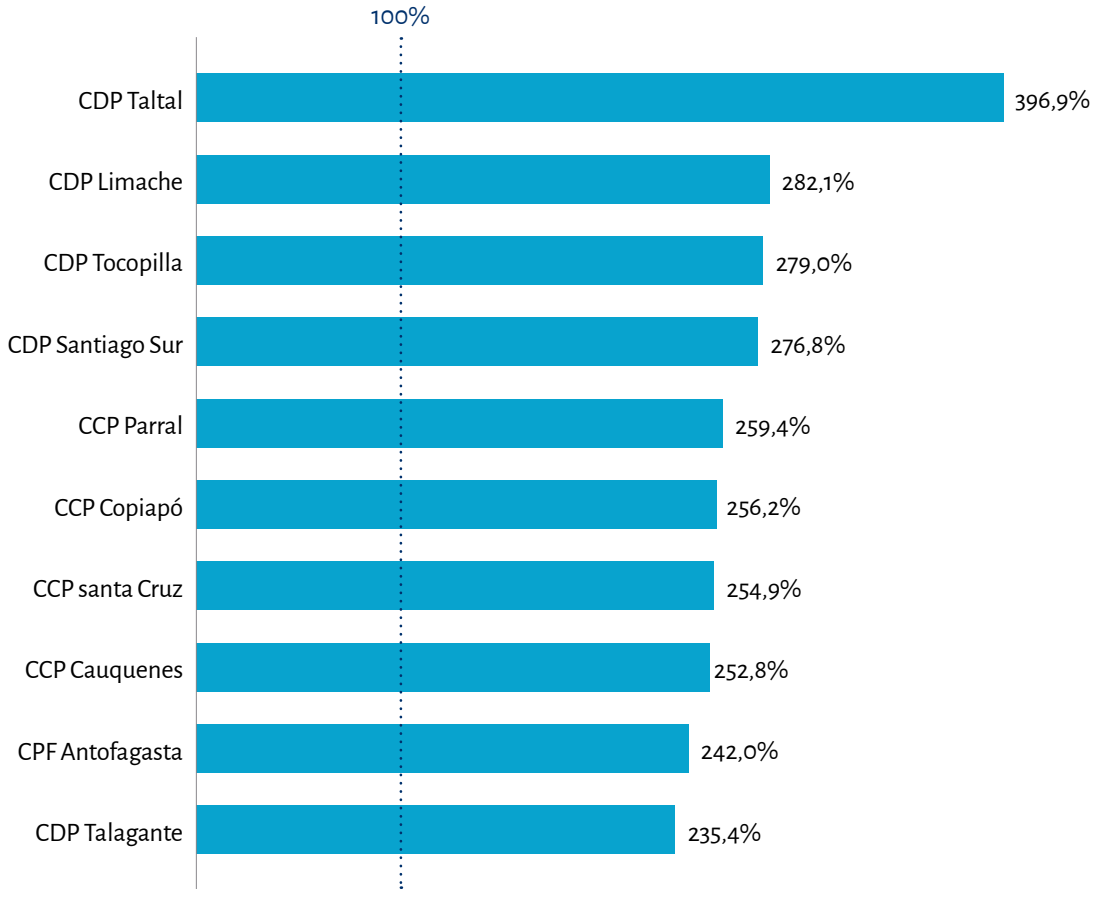
Al término de 2025, las estadísticas de Gendarmería de Chile dan cuenta de que la infraestructura carcelaria dispone de una capacidad instalada de 42.437 plazas (GENCHI, s. f.). Esto significa que, a nivel nacional, el sistema cerrado operaba, a esa fecha, al 146,9% de su capacidad, lo que representa una sobreocupación agregada del 46,9%, con un total de 62.323 personas privadas de libertad recluidas 24 horas en régimen cerrado[30]. Es decir, existían casi 147 personas recluidas por cada 100 plazas disponibles. La Resolución Exenta N° 2.430 de Gendarmería de 20 de marzo de 2013 clasifica la sobrepoblación cuando la ocupación supera el 100% de la capacidad de diseño y el hacinamiento cuando alcanza o supera el 200%. Tal como se desarrolla en los hallazgos de la presente sección, es importante considerar que las mediciones cuantitativas opacan, muchas veces, la forma en que estas situaciones afectan la vida y derechos fundamentales de las personas privadas de libertad. Asimismo, el promedio nacional de sobreocupación invisibiliza realidades regionales y provinciales que cuentan con unidades penales que, en algunos casos, superan el doble e incluso el triple de su capacidad de diseño.

Esta sobreocupación se traduce, en muchos casos, en situaciones de hacinamiento. La Resolución Exenta N° 2.430, dictada por Gendarmería de Chile el 20 de marzo de 2013, clasifica como sobrepoblación aquella situación en que la ocupación supera el 100,0% de la capacidad de diseño y como hacinamiento aquella en que alcanza o supera el 200,0%.

Tal como se desarrolla en los hallazgos de esta sección, es importante considerar que las mediciones cuantitativas opacan, muchas veces, la forma en que estas situaciones afectan la vida y los derechos fundamentales de las personas privadas de libertad. Asimismo, el promedio nacional de sobreocupación invisibiliza realidades regionales y provinciales en las que existen unidades penales que, en algunos casos, superan el doble e incluso el triple de su capacidad de diseño.

30 A diferencia del gráfico anterior, que suma los regímenes cerrado y semiabierto (62.877 personas), el índice de uso de capacidad considera sólo a la población recluida 24 horas en el sistema cerrado.

GRÁFICO 17:
Recintos penitenciarios con mayores niveles de sobreocupación al 31 de diciembre de 2025.



Gendarmería de Chile en sección "Uso y capacidad" de la estadística penitenciaria publicada en la página web. Consultado el 28 de julio de 2026.

La población privada de libertad se concentra mayoritariamente en las regiones con mayor densidad poblacional, en particular en la Región Metropolitana de Santiago (22.538), seguida por las regiones de Valparaíso (5.553) y del Biobío (4.101) (GENCHI, s. f.). Esta concentración territorial se traduce en una presión especialmente alta sobre determinados establecimientos penitenciarios. Al 31 de diciembre de 2025, 22.472 personas se encontraban recluidas en establecimientos concesionados y 40.669, en establecimientos tradicionales, correspondientes al 35,6% y al 64,4% de la población analizada, respectivamente (GENCHI, 2025).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos identificó que el hacinamiento constituye el resultado esperable de la confluencia de diversos factores estructurales: (i) la insuficiencia de infraestructura penitenciaria frente al crecimiento sostenido de la población privada de libertad; (ii) la adopción de políticas de seguridad ciudadana orientadas al control social punitivo, que privilegian el encarcelamiento como principal respuesta frente al delito; (iii) el uso excesivo tanto de la prisión preventiva como de las penas privativas de libertad frente a otras alternativas sancionatorias; y (iv) las deficiencias de los sistemas judiciales para resolver con celeridad las causas penales

y los distintos trámites vinculados con la ejecución de las condenas, entre ellos, las solicitudes de libertad condicional (OEA, CIDH, 2011, párr. 451).

Los niveles de hacinamiento observados en el sistema penitenciario constituyen un factor estructural que dificulta gravemente la gestión penitenciaria y el resguardo de los derechos fundamentales de las personas privadas de libertad. Además, limitan las posibilidades reales de reinserción social. En consecuencia, el hacinamiento puede constituir, por sí mismo, una forma de trato cruel, inhumano o degradante (OEA, CIDH, 2011, párr. 460).

1.2 Transformaciones normativas e institucionales con impacto en el sistema penitenciario

Ausencia de una ley de ejecución de penas y control judicial de la ejecución penal

El análisis del contexto penitenciario evidencia la persistencia de una brecha estructural identificada desde hace largo tiempo por el Comité: la ausencia de una ley de ejecución de penas que regule integralmente el cumplimiento de las sanciones privativas de libertad y permita contar con una judicatura especializada en ejecución penal. Pese a las distintas iniciativas impulsadas durante las últimas décadas, el proyecto de ley que modifica diversos textos legales en materia de ejecución de sanciones penales no registró avances sustantivos desde 2024, cuando pasó a segundo trámite constitucional en el Senado (Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, 2018).

La relevancia de contar con una regulación integral de la ejecución de las penas se relaciona también con la existencia de mecanismos efectivos de control jurisdiccional durante esta etapa. En este sentido, la CIDH ha sostenido que, para cumplir las obligaciones derivadas de la posición de garante de los derechos de las personas privadas de libertad, los Estados deben activar gran parte de su aparato institucional. Al respecto, corresponde a la judicatura ejercer la tutela judicial de las condiciones de reclusión y controlar la ejecución de las penas privativas de libertad (OEA, CIDH, 2011, párr. 58).

Es importante destacar las recientes modificaciones introducidas al régimen de visitas judiciales a establecimientos penitenciarios y la interpretación sostenida por la Corte Suprema respecto de las competencias de las fiscalías judiciales. En este contexto, el sistema ya no contempla un mecanismo judicial permanente de inspección periódica de las condiciones de reclusión equivalente al existente con anterioridad. Si bien las juezas y los jueces de garantía, los tribunales de juicio oral en lo penal y las ministras y los ministros de las cortes de apelaciones conservan facultades para adoptar medidas de protección en el ejercicio de sus competencias, estas no reemplazan un sistema de supervisión judicial preventiva e integral de las condiciones de privación de libertad.

Expansión legislativa en seguridad pública

Durante el período 2022–2025, la seguridad pública adquirió una posición central en la agenda legislativa nacional. Esto se tradujo en la promulgación de una serie de leyes vinculadas con esta materia, con incidencia directa o indirecta en el funcionamiento del sistema penitenciario.

En particular, se aprobaron modificaciones legales con un impacto potencial sobre el ingreso y la permanencia de personas en el sistema penitenciario. Entre ellas se encuentran la Ley N° 21.635 (2023), que amplió los criterios de procedencia de la prisión preventiva; la Ley N° 21.694 (2024), que incorporó modificaciones relacionadas con la persecución penal de la reincidencia y de determinados delitos de mayor connotación social; y las leyes N° 21.575 (2023) y N° 21.594 (2023), orientadas al fortalecimiento de la persecución del narcotráfico y el crimen organizado y al establecimiento de nuevas figuras penales asociadas con la tenencia de dispositivos tecnológicos que permitan comunicarse con el exterior desde recintos penitenciarios.

Desde la perspectiva de la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, el Comité observa que la adopción de reformas penales y procesales que puedan incrementar el uso de la privación de libertad exige considerar sus efectos sobre la capacidad del sistema penitenciario para garantizar condiciones de reclusión compatibles con la dignidad humana.

Infraestructura penitenciaria

Durante el período analizado, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos aprobó, mediante la Resolución Exenta N° 2189, el Plan Maestro de Infraestructura Penitenciaria 2022–2034, instrumento destinado a orientar la planificación de la infraestructura penitenciaria durante los próximos 12 años. El Plan surgió en un contexto marcado por el aumento sostenido de la población privada de libertad, el envejecimiento de una parte significativa de la infraestructura penitenciaria existente y los crecientes requerimientos de adecuación de la capacidad del sistema penitenciario. En este sentido, incorporó proyecciones elaboradas por Gendarmería de Chile que estiman un aumento de la población penal a más de 72.000 personas hacia 2033, lo que plantea desafíos significativos en materia de capacidad de alojamiento, gestión penitenciaria y condiciones de vida compatibles con la dignidad humana.

El Plan Maestro de Infraestructura Penitenciaria 2022–2034 surgió en un contexto marcado por el aumento sostenido de la población privada de libertad, el envejecimiento de una parte significativa de la infraestructura penitenciaria existente y los crecientes requerimientos de adecuación de la capacidad del sistema penitenciario. En este sentido, incorporó proyecciones elaboradas por Gendarmería de Chile que estiman un aumento de la población penal a más de 72.000 personas hacia 2033.

El Plan contempla la ampliación, reposición y construcción de nuevos recintos penitenciarios e incorpora referencias a estándares internacionales aplicables a las condiciones materiales de reclusión, entre ellos, las Reglas Nelson Mandela. Entre sus lineamientos destaca la consideración de aspectos relacionados con el dimensionamiento de las celdas, la ventilación e iluminación natural, la disponibilidad de servicios higiénicos y los espacios para visitas y recreación, así como la priorización de infraestructura especializada para mujeres y personas mayores privadas de libertad. Asimismo, incorpora criterios orientados a favorecer la segmentación de la población penal y responder a las necesidades de grupos de especial protección.

El Comité reconoce como un avance que la planificación penitenciaria incorpore referencias explícitas a estándares internacionales de derechos humanos y reconozca la necesidad de mejorar las condiciones materiales de reclusión. Sin embargo, observa que la expansión de la infraestructura constituye sólo una dimensión de la respuesta estatal frente al hacinamiento y la sobrepoblación penitenciaria. En efecto, el propio Plan recoge las orientaciones de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2014, pp. 51–72), que advierten que la construcción de nuevas plazas penitenciarias, por sí sola, no constituye una solución sostenible al hacinamiento si no está acompañada de reformas destinadas a abordar los factores que inciden en el crecimiento de la población penal. Entre ellas se encuentran las políticas de racionalización del uso de la privación de libertad, la promoción de estrategias integrales de prevención del delito y el fortalecimiento de las medidas y sanciones alternativas.

La sobreocupación y el hacinamiento constituyen factores estructurales que no solo afectan las condiciones materiales de privación de libertad, sino que también incrementan los riesgos asociados al funcionamiento cotidiano del sistema penitenciario. Sus efectos trascienden la disponibilidad de espacios físicos y afectan la capacidad institucional para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos, implementar medidas de protección para personas en situación de especial vulnerabilidad, prevenir situaciones de violencia y asegurar condiciones adecuadas tanto para las personas privadas de libertad como para el personal

penitenciario. En este sentido, su abordaje requiere una respuesta integral que no se limite a ampliar la infraestructura, sino que incorpore medidas orientadas a la gestión racional del uso de la privación de libertad, el fortalecimiento de las capacidades institucionales y la garantía de condiciones de reclusión compatibles con la dignidad humana.

Reforma institucional de Gendarmería

Mediante la Ley N° 21.810, publicada el 16 de abril de 2026, se incorporó a Gendarmería de Chile a las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública y se trasladó su dependencia institucional al Ministerio de Seguridad Pública. Asimismo, la reforma estableció el deber del Ejecutivo de presentar, dentro del plazo de un año, un proyecto de ley destinado a crear un servicio especializado en reinserción social y adecuar la ley que crea el Ministerio de Seguridad Pública y la Ley Orgánica de Gendarmería de Chile al nuevo marco institucional.

Esta reforma representa un cambio significativo en la gobernanza del sistema penitenciario chileno, al trasladar formalmente la dependencia institucional de Gendarmería de Chile al Ministerio de Seguridad Pública. Desde la perspectiva de la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, este proceso plantea desafíos relevantes respecto de la forma en que se articularán las funciones de custodia y seguridad con la función de reinserción social. Existe el riesgo de que esta reorientación debilite el objetivo de reinserción social en favor de una lógica centrada exclusivamente en el control.

El Comité observa que la reforma se produce en un contexto marcado por el fortalecimiento de las capacidades estatales para enfrentar fenómenos asociados con la seguridad penitenciaria, entre ellos, el crimen organizado, la violencia intrapenitenciaria, la corrupción y el hacinamiento. Sin perjuicio de ello, resulta fundamental que la nueva institucionalidad preserve el carácter especializado de la función penitenciaria y mantenga como eje central el respeto de los derechos humanos de las personas privadas de libertad, conforme a los estándares nacionales e internacionales aplicables en la materia.

Asimismo, la ley reconoce la necesidad de diferenciar las funciones de seguridad penitenciaria de aquellas relacionadas con la reinserción social y establece la futura creación de un organismo especializado para esta última función. No obstante, mientras ello no ocurra, dispone que Gendarmería de Chile continúe desarrollando labores de reinserción social bajo la conducción de las políticas definidas por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, en coordinación con el Ministerio de Seguridad Pública.

Desde la perspectiva del Comité, la implementación de esta nueva institucionalidad —y del proyecto de ley complementario que deberá presentarse dentro del plazo de un año— requerirá asegurar la continuidad de las intervenciones orientadas a la reinserción social y a la prevención de la reincidencia. Esto supone incorporar mecanismos diferenciados de supervisión y rendición de cuentas para las funciones de custodia y reinserción, considerando que los establecimientos penitenciarios constituyen espacios de especial riesgo para la ocurrencia de tortura y otros malos tratos.

2. Entramado institucional

La situación de las personas privadas de libertad en establecimientos penitenciarios en Chile se desarrolla en un entramado institucional complejo, en el que intervienen instituciones del Estado con competencias diferenciadas e interrelacionadas en materia de administración penitenciaria, control jurisdiccional, garantía, protección y supervisión de los derechos fundamentales, fiscalización administrativa y monitoreo independiente.

En el marco de sus competencias, al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos le corresponde definir lineamientos generales, impulsar reformas legales y administrativas y velar por que la ejecución de la privación de libertad se desarrolle conforme al ordenamiento jurídico nacional y a las obligaciones internacionales asumidas por el Estado de Chile en materia de derechos humanos. Para el CPT, la relación con este Ministerio resulta fundamental para situar los hallazgos derivados del monitoreo en los procesos de formulación y evaluación de políticas públicas y en la toma de decisiones dentro del sistema. La inexistencia de una ley de ejecución penal refuerza la relevancia de

este nivel institucional para el desarrollo de políticas penitenciarias con enfoque de derechos humanos.

La administración directa de los establecimientos penitenciarios y la ejecución de la privación de libertad recaen en Gendarmería de Chile. Esto comprende las condiciones materiales de reclusión, la seguridad interna, la aplicación del régimen penitenciario y la implementación de programas orientados a la reinserción social. En consecuencia, sus actuaciones inciden directamente en el respeto y la garantía de los derechos de las personas privadas de libertad.

La estructura institucional de Gendarmería de Chile se organiza a partir de una Dirección Nacional, de la cual dependen diversas subdirecciones con competencias operativas, técnicas y administrativas, además de las Direcciones Regionales, encargadas de la gestión directa de los establecimientos penitenciarios a nivel territorial. En este marco, la Subdirección de Reinserción Social cumple una función estratégica, al concentrar funciones relacionadas al régimen y control penitenciario, a la producción de información estadística institucional y el desarrollo de acciones vinculadas con la protección y promoción de los derechos humanos[31].

Dentro de la Subdirección de Reinserción Social se encuentra el Departamento de Protección y Promoción de Derechos Humanos, creado en 2019 mediante la Resolución Exenta N° 1454/2019, con el propósito de fortalecer la incorporación del enfoque de derechos humanos en la administración penitenciaria. Entre sus funciones se encuentran asesorar el diseño y la implementación de políticas, planes y programas institucionales en la materia; monitorear el respeto y la protección de los derechos humanos en el ámbito penitenciario; y promover una cultura institucional orientada al respeto de los derechos fundamentales de las personas bajo custodia del Estado.

Durante el período 2020–2025, el Departamento impulsó el desarrollo y la actualización de normativa institucional con enfoque de derechos humanos, entre la que destacan la Resolución Exenta N° 5716/2023, sobre la garantía de la identidad y expresión de género de las personas trans privadas de libertad; la Resolución Exenta N° 8411/2023, que establece instrucciones para el respeto y la garantía de los derechos de las personas con discapacidad bajo custodia de Gendarmería de Chile; y la Resolución Exenta N° 1426/2025, que aprueba el Protocolo para las Secciones Materno Infantiles. Asimismo, desde 2021 se implementó la Cartilla de Derechos y Obligaciones para las Personas Privadas de Libertad, que alcanzó cobertura nacional en 2023.

La administración directa de los establecimientos penitenciarios y la ejecución de la privación de libertad recaen en Gendarmería de Chile. Esto comprende las condiciones materiales de reclusión, la seguridad interna, la aplicación del régimen penitenciario y la implementación de programas orientados a la reinserción social. En consecuencia, sus actuaciones inciden directamente en el respeto y la garantía de los derechos de las personas privadas de libertad.

La creación y consolidación de este Departamento constituye un avance en la institucionalización de la promoción y protección de los derechos humanos dentro de Gendarmería de Chile, favoreciendo el desarrollo de instrumentos normativos especializados y el fortalecimiento de las capacidades institucionales en esta materia. En este contexto, el Departamento se ha constituido en una contraparte técnica esencial para el Comité de Prevención contra la Tortura en materias vinculadas al sistema de protección y promoción de los derechos humanos de la institución penitenciaria.

31 Estructura institucional vigente a la fecha de cierre de este informe.

De manera complementaria, el CPT ha priorizado una relación directa y sostenida con las direcciones regionales de Gendarmería de Chile, considerando que una parte significativa de las problemáticas del sistema penitenciario se manifiesta con especial intensidad en el ámbito local. Esta articulación territorial resulta clave para identificar los desafíos específicos de los recintos penitenciarios, atendiendo a sus particularidades regionales, condiciones de infraestructura, dotación de personal y perfiles de la población penal. A partir de los procesos de monitoreo y diagnóstico desarrollados, el trabajo con las direcciones regionales busca favorecer la implementación de las recomendaciones, promover ajustes en la gestión penitenciaria local y fortalecer prácticas compatibles con los estándares de derechos humanos, en un marco de diálogo institucional y cooperación técnica.

Asimismo, el cumplimiento del mandato preventivo del Comité requiere una articulación permanente con diversos organismos del Estado vinculados con el sistema penitenciario. Por una parte, el Instituto Nacional de Derechos Humanos constituye un actor relevante en la promoción y protección de los derechos humanos de las personas privadas de libertad. A través de sus sedes regionales desarrolla labores de observación, recepción y derivación de denuncias, acciones judiciales cuando corresponde, seguimiento de casos y articulación con los organismos competentes.

En este marco, el Comité de Prevención contra la Tortura considera fundamental mantener una comunicación y coordinación permanentes para la derivación de situaciones que requieren acciones de protección, el intercambio de información relacionada con el monitoreo y la realización de actividades conjuntas de capacitación y promoción de los derechos humanos.

En esta relación de trabajo colaborativo también se encuentran la Defensoría Penal Pública, el Ministerio Público, el Ministerio de Salud y sus servicios dependientes, entre otros organismos. Esta coordinación permite fortalecer el intercambio de información, la derivación y el seguimiento de situaciones de especial preocupación y la adopción de acciones interinstitucionales orientadas a prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

En este contexto, el Comité participa desde octubre de 2022 en la Mesa de Diálogo y Actuación Intersectorial (MEDAI), instancia creada en el marco del Sistema de Registro, Comunicación y Atención Integral a Víctimas de Violencia Institucional Carcelaria (SIRCAIVI), cuyo objetivo es fortalecer la coordinación interinstitucional para identificar, dar seguimiento y proteger a las personas víctimas de violencia institucional en recintos penitenciarios. Asimismo, desde marzo de 2023 integra la Mesa sobre Denuncia e Investigación de Muertes bajo Custodia, Control o Cuidado del Estado, coordinada por el Ministerio Público y orientada a fortalecer el registro, análisis y seguimiento de los fallecimientos ocurridos bajo custodia estatal mediante mecanismos de coordinación e intercambio de información entre las instituciones participantes. La participación del Comité en ambas instancias ha contribuido a fortalecer el trabajo preventivo y la coordinación con los organismos competentes en materias de especial relevancia para proteger los derechos de las personas privadas de libertad.

En el ámbito regional, desde 2024 el Comité participa en la Mesa Regional de Seguimiento de Mujeres Privadas de Libertad Embarazadas y con Lactantes, liderada por la Secretaría Regional Ministerial de Justicia y Derechos Humanos e integrada por instituciones de los sectores de justicia, salud y niñez, junto con Gendarmería de Chile. Esta instancia busca fortalecer la coordinación interinstitucional para dar seguimiento a las condiciones de privación de libertad y al acceso a prestaciones y medidas de protección dirigidas a mujeres embarazadas o con hijas e hijos lactantes bajo custodia. La participación del Comité en esta instancia contribuye a fortalecer el enfoque preventivo, la coordinación interinstitucional y el seguimiento de situaciones de especial relevancia para garantizar los derechos de una población que requiere especial protección estatal en el contexto de la privación de libertad.

3. Caracterización personas privadas de libertad

La población privada de libertad en establecimientos penitenciarios presenta una composición marcadamente masculina. En términos cuantitativos, al 31 de diciembre de 2025, el 91,7% de las personas privadas de libertad son hombres, mientras que las mujeres representan en torno al 8,3% del total[32]. A nivel general, el 65,2% de la población privada de libertad se encuentra en calidad de condenada, mientras que el 34,8% restante permanece sujeta a la medida cautelar de prisión preventiva. Sin embargo, al desglosar estos indicadores por sexo la proporción de mujeres imputadas (44,7 %) es sustancialmente mayor que la observada en la población masculina (33,9 %) (GENCHI, 2025).

TABLA 23:
Distribución de la población privada de libertad por sexo y calidad.

Población	Total PPL	% sobre Total	Personas Condenadas	% Condenadas (por sexo)	Personas Imputadas	% Imputadas (por sexo)
Masculina	57.905	91,71%	38.299	66,14%	19.606	33,86%
Femenina	5.236	8,29%	2.895	55,29%	2.341	44,71%
Total Sistema	**63.141**	**100%**	**41.194**	**65,2%**	**21.947**	**34,8%**

Elaboración propia a partir de datos estadísticos del panel "Caracterización de Personas Privadas de Libertad" de Gendarmería de Chile, con corte al 31 de diciembre de 2025. La categoría "imputadas" incluye a personas registradas como imputadas y procesadas.

El **nivel educacional** de la población penitenciaria se caracteriza por una baja escolaridad. Una proporción significativa de las personas privadas de libertad cuenta con educación media completa (37,9%), seguida por quienes tienen educación básica incompleta (28,5%), mientras que el acceso a la educación superior es marginal (2,4%). Este perfil educativo es consistente con trayectorias de exclusión social previas al ingreso al sistema penal y refuerza la necesidad de políticas de reinserción que aborden de manera estructural las brechas educativas (GENCHI, s. f.).

En conjunto, la población privada de libertad está constituida, en su mayoría, por hombres de 18 a 29 años con bajos niveles educacionales. Además, presenta un alto porcentaje de personas en prisión preventiva (34,8%) y de nacionalidad chilena (83,9%) (GENCHI, s. f.).

En cuanto a las **personas privadas de libertad que pertenecen a grupos de especial protección,** al 31 de diciembre de 2025, el 16,1% (10.157 personas) era de nacionalidad **extranjera.** Entre estas personas, predominaban aquellas de nacionalidad venezolana (4,7% del total de la población penitenciaria), colombiana (4,5%) y boliviana (3,6%), lo que refleja la creciente presencia de población migrante en el sistema penitenciario chileno (GENCHI, s. f.).

La composición de la población extranjera a esa fecha presentaba diferencias relevantes según sexo. En el

32 Las estadísticas oficiales de Gendarmería de Chile clasifican la población penal, en términos generales, en población masculina y femenina, atendiendo al sexo registrado. Esta categorización incluye a personas trans, no binarias y de otras identidades de género clasificadas de manera binaria. Sin perjuicio de ello, en el caso de las identidades trans, éstas son desagregadas de manera específica en la caracterización de la población penal total.

caso de las mujeres privadas de libertad, las personas extranjeras representaban el 22,5% del total de la población femenina, proporción superior a la observada en el sistema penitenciario en su conjunto. Asimismo, dentro de este grupo existía una alta concentración de mujeres de nacionalidad boliviana, quienes constituían cerca de la mitad (46%) de las mujeres extranjeras privadas de libertad (GENCHI, Estadística penitenciaria, diciembre de 2025).

El CPT ha solicitado información a Gendarmería de Chile sobre una serie de indicadores y registros que permiten conocer algunas características de la población penal importantes de tener en cuenta a la hora de identificar factores de riesgo de malos tratos. A continuación se presentan algunos datos entregados al CPT vía Oficio N° 14.00.00.256/2026.

Al 31 de diciembre de 2025, el registro oficial de GENCHI contabilizaba 75 **mujeres** privadas de libertad que convivían con sus hijos o hijas lactantes en secciones materno-infantiles, 27 mujeres embarazadas y un caso correspondiente a una persona gestante que, además, convivía con un lactante. Estos antecedentes dan cuenta de la presencia de grupos que requieren medidas específicas de protección durante la privación de libertad, particularmente en relación con el acceso a la salud, las condiciones materiales adecuadas y el resguardo del interés superior de niños y niñas.

En relación con la **orientación sexual e identidad de género,** los registros institucionales muestran que la mayor parte de la población penitenciaria se identifica como heterosexual. No obstante, el sistema registra expresamente a personas pertenecientes a la diversidad sexogenérica. En cuanto a la orientación sexual, se contabilizan 675 personas que se identifican como homosexuales (gays y lesbianas) y 495 personas bisexuales. Respecto de la identidad de género, el sistema penitenciario registra 257 personas trans, de las cuales 134 corresponden a mujeres trans y 123 a hombres trans[33].

33 La incorporación de variables sobre orientación sexual e identidad de género constituye un avance en la caracterización de la población penitenciaria. No obstante, la información presenta limitaciones derivadas de las categorías utilizadas para su registro, las que no reflejan íntegramente la diversidad sexogenérica, así como de su carácter autodeclarado, circunstancia que podría incidir en la existencia de subregistro o en la invisibilización de determinados grupos de la población privada de libertad.

El CPT ha solicitado información a Gendarmería de Chile sobre una serie de indicadores y registros que permiten conocer algunas características de la población penal importantes de tener en cuenta a la hora de identificar factores de riesgo de malos tratos.

La información evidencia, por otro lado, la presencia de un número significativo de personas privadas de libertad con necesidades de atención en **salud física y mental.** Al 31 de diciembre de 2025, Gendarmería de Chile registra 2.462 personas con enfermedades físicas y 3.111 personas privadas de libertad con al menos un diagnóstico de salud mental.

En materia de salud mental, los registros institucionales detallan personas con diagnósticos asociados a trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, episodios psicóticos y trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas. Estos antecedentes reflejan la coexistencia, en el sistema penitenciario, de personas con necesidades de atención de diversa complejidad clínica, que requieren intervenciones especializadas, continuidad de los cuidados y coordinación permanente con la red pública de salud.

En conjunto, la caracterización de la población penitenciaria evidencia la coexistencia de diversos grupos que, por sus características o condiciones particulares, requieren medidas reforzadas de protección durante la privación de libertad. Entre ellos se encuentran personas extranjeras, mujeres embarazadas, mujeres con hijos o hijas lactantes, personas de la diversidad sexogenérica, personas con discapacidad y personas con enfermedades físicas o trastornos de salud mental. La identificación de estos grupos permite orientar la adopción de medidas diferenciadas destinadas a garantizar el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad, prevenir situaciones de discriminación y responder adecuadamente a sus necesidades específicas durante el cumplimiento de la privación de libertad.

Monitoreo

1. Visitas

1.1 Recintos visitados y despliegue territorial

Desde el inicio de sus funciones, el Comité de Prevención contra la Tortura (CPT) ha desarrollado visitas de monitoreo a establecimientos penitenciarios públicos y concesionados en distintas regiones del país, con el propósito de identificar factores de riesgo, prácticas institucionales y condiciones de privación de libertad que puedan favorecer la ocurrencia de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, así como formular recomendaciones orientadas a su prevención. La experiencia acumulada durante este período ha permitido constatar que el modelo de administración es una variable relevante para el análisis de las condiciones de privación de libertad, particularmente en la provisión de servicios como alimentación, infraestructura y habitabilidad, así como en la ejecución de determinadas prestaciones asociadas a la reinserción social, aspectos que son considerados por el Comité en el desarrollo de sus procesos de monitoreo.

Las visitas de monitoreo han comprendido diversos tipos de establecimientos penitenciarios, entre ellos Centros de Detención Preventiva (CDP), Centros de Cumplimiento Penitenciario (CCP), Centros Penitenciarios Femeninos (CPF), Complejos Penitenciarios (CP) y Centros de Educación y Trabajo (CET), lo que ha permitido al Comité conocer distintas modalidades de privación de libertad y de ejecución de la pena. Asimismo, el monitoreo se ha extendido a la Escuela de Formación Penitenciaria, atendiendo a su función en la formación inicial del personal de Gendarmería de Chile y a la relevancia que ello reviste para la incorporación de un enfoque preventivo y de derechos humanos en el ejercicio de la función penitenciaria.

En cuanto a la dimensión territorial, el trabajo del CPT ha buscado asegurar una cobertura amplia y representativa del sistema penitenciario nacional, incorporando establecimientos ubicados en distintas regiones del país y con características muy diversas entre sí. El Comité ha procurado complementar las visitas a establecimientos emplazados en zonas extremas o de menor acceso y visibilidad institucional con visitas periódicas a recintos más accesibles desde la capital, sede del CPT. Esto ha permitido profundizar ciertos hallazgos, abordar temáticas específicas o relativas a grupos de personas en situación de vulnerabilidad, detectar la persistencia de problemáticas estructurales y realizar el seguimiento de recomendaciones formuladas previamente.

Esta estrategia responde a la necesidad de contar con un diagnóstico que refleje la heterogeneidad del sistema penitenciario chileno. Si bien los establecimientos comparten problemáticas estructurales, como

el hacinamiento, las deficiencias de infraestructura o las limitaciones en el acceso a prestaciones básicas, las condiciones de privación de libertad también se encuentran determinadas por factores territoriales, tales como la disponibilidad de servicios públicos, la conectividad, el acceso a redes de apoyo familiar y la capacidad de respuesta institucional. En este contexto, el Comité ha desarrollado visitas a establecimientos como el Centro de Detención Preventiva de Castro, el Centro de Cumplimiento Penitenciario de Coyhaique, el Centro de Detención Preventiva de Puerto Aysén, el Complejo Penitenciario de Punta Arenas y el Centro de Detención Preventiva de Puerto Natales, entre otros, incorporando estas realidades al análisis nacional sobre las condiciones de privación de libertad.

Criterios de selección y priorización de temáticas

Antes de comenzar el monitoreo, el CPT realizó un diagnóstico inicial de las principales vulneraciones documentadas en establecimientos penitenciarios por organismos nacionales e internacionales, a fin de identificar factores de riesgo que orientaran la priorización de las temáticas y los recintos que se visitarían durante el primer período de funcionamiento.

Uno de los principales factores de riesgo identificados tenía directa relación con la **violencia institucional e intracarcelaria,** así como con el trato de las funcionarias y los funcionarios hacia las personas privadas de libertad y entre pares. Esta dimensión constituyó uno de los ejes prioritarios del monitoreo y se contempló en todas las pautas de visita, al tratarse de riesgos de vulneración grave e inmediata de la integridad física y psíquica de las personas, que incluso, en ciertos casos, podían ser constitutivos del delito de tortura.

El diagnóstico reflejó que Chile presentaba niveles de violencia y maltrato por sobre el promedio regional (Sanhueza, 2015), con una alta concentración de reportes de maltrato y/o denuncias en las regiones de Arica y Parinacota, Coquimbo, Metropolitana de Santiago, Valparaíso y La Araucanía, en un contexto cultural marcado por el miedo a denunciar debido a eventuales represalias o a la posibilidad de ser mal visto, lo que generaba una cifra oculta y mantenía estos hechos invisibilizados.

Una segunda área identificada como crítica fue el uso generalizado del régimen de **aislamiento** y confinamiento solitario como medida disciplinaria, incluso en establecimientos penitenciarios que argüían no contar con infraestructura habilitada para ello (GENCHI, 2021). El aislamiento se utilizaría, además, como régimen por razones de protección, seguridad, segregación e incluso salud. Asimismo, se puso especial foco en el uso de la fuerza en procedimientos disciplinarios, a partir de informes que advertían sobre allanamientos ejecutados sin una frecuencia definida ni controles adecuados, que derivaban en agresiones físicas, desnudamientos forzados y destrucción de pertenencias personales (INDH, 2017).

El diagnóstico también identificó como prioritaria la situación de las personas pertenecientes a **grupos de especial protección,** como las mujeres, las personas migrantes, las personas de la diversidad sexogenérica, las personas pertenecientes a pueblos indígenas y las personas con discapacidad, quienes, por sus características o condiciones, pueden enfrentar mayores riesgos de vulneración de derechos durante la privación de libertad. Las primeras visitas contemplaron, por tanto, un abordaje diferenciado que permitiera especializar la mirada y los enfoques que debía adoptar el Comité para detectar cómo la privación de libertad afecta particularmente a ciertos grupos de personas.

Antes de comenzar el monitoreo, el CPT realizó un diagnóstico inicial de las principales vulneraciones documentadas en establecimientos penitenciarios por organismos nacionales e internacionales, a fin de identificar factores de riesgo que orientaran la priorización de las temáticas y los recintos que se visitarían durante el primer período de funcionamiento.

Se observó una carencia generalizada de mecanismos confidenciales de denuncia, situación que se agravaba al considerar que Chile no contaba con una ley general de ejecución penal ni con tribunales especializados en esta materia.

Asimismo, las fuentes analizadas daban cuenta de deficiencias importantes en el acceso a servicios de salud y en las condiciones materiales de privación de libertad. Estas advertían una grave escasez de personal médico —con casos extremos como un médico para 2.229 personas privadas de libertad en Arica y uno para 2.859 en Tarapacá—, así como la ausencia de registros de enfermedades y la falta de continuidad de los tratamientos (UDP, 2019). A ello se sumaban condiciones materiales de reclusión que, en gran parte de las unidades del país, presentaban sobreocupación (INDH, 2018), además de unidades que requerían una intervención urgente en materia de infraestructura y servicios sanitarios (SPT, 2017). Todo ello configuraba un escenario que, según los estándares de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, podía constituir por sí mismo una forma de maltrato o tortura (CIDH, 2011).

Por último, el diagnóstico identificó dos problemáticas de carácter estructural: las barreras de acceso a la justicia de las personas privadas de libertad y las condiciones laborales y de formación del personal de Gendarmería. Se observó una carencia generalizada de mecanismos confidenciales de denuncia, situación que se agravaba al considerar que Chile no contaba con una ley general de ejecución penal ni con tribunales especializados en esta materia. Al mismo tiempo, los informes daban cuenta de que el personal de custodia se encontraba sobrepasado en sus funciones, con una formación insuficiente en derechos humanos y condiciones laborales precarias, lo que constituía un factor importante para la reproducción de la violencia al interior de los recintos (INDH, 2018).

La priorización de los establecimientos que se visitarán se define anualmente a partir del análisis de riesgo realizado por el Comité, considerando tanto la persistencia de problemáticas estructurales como la necesidad de dar cobertura territorial y abarcar las distintas modalidades de privación de libertad. Sobre esta base, las pautas de monitoreo incorporan un conjunto de dimensiones comunes que son evaluadas de manera sistemática en la mayoría de las visitas, entre ellas, el trato y la violencia institucional e intracarcelaria; el uso del aislamiento y otras medidas de seguridad; las condiciones materiales de detención; el acceso a la salud física y mental; los mecanismos de denuncia y protección; el contacto con el mundo exterior; y las condiciones laborales y de formación del personal penitenciario.

Junto con estas dimensiones transversales, el Comité ha desarrollado líneas de monitoreo especializadas respecto de materias que requieren un análisis diferenciado debido a los riesgos particulares que presentan para la prevención de la tortura. En este marco, durante el período 2020–2025 se elaboraron pautas específicas para el monitoreo de mujeres privadas de libertad, secciones materno-infantiles, personas de la diversidad sexogenérica, personas mayores, personas con discapacidad psicosocial y otros grupos que requieren medidas reforzadas de protección. Estas pautas incorporaron enfoques de género, interseccional y de derechos humanos, con el propósito de identificar las vulneraciones específicas que pueden producirse en contextos de privación de libertad.

Metodologías y pautas para el monitoreo de recintos penitenciarios

La metodología de monitoreo penitenciario del CPT contempla una preparación previa de la visita y la utilización de instrumentos específicos que se adaptan al tipo de establecimiento, a la población privada de libertad y a las temáticas objeto de observación. Asimismo, incorpora consideraciones metodológicas propias del contexto penitenciario, derivadas de las

prácticas institucionales y de los riesgos particulares que presenta el encierro para el ejercicio de los derechos de las personas privadas de libertad.

En este marco, las visitas consideran aspectos que trascienden la observación de las condiciones materiales de detención e incorporan el análisis de la cultura institucional y penitenciaria, las relaciones entre las funcionarias y los funcionarios y las personas privadas de libertad, las dinámicas de convivencia entre estas últimas, los mecanismos de resolución de conflictos y las prácticas informales que pueden favorecer o inhibir la denuncia de vulneraciones de derechos. Del mismo modo, la metodología contempla procedimientos específicos para desarrollar entrevistas en condiciones de privacidad y confidencialidad, así como criterios de actuación frente a situaciones críticas que puedan presentarse durante el monitoreo, resguardando tanto la seguridad de las personas entrevistadas como la continuidad de la visita.

Como parte de este enfoque, el Comité ha incorporado diversas fuentes de información cualitativa, incluidas entrevistas a personas privadas de libertad, funcionarias y funcionarios, equipos técnicos y autoridades de los establecimientos. Atendida la relevancia de los vínculos familiares durante la privación de libertad, también se han incorporado entrevistas a familiares o redes de apoyo mediante pautas especialmente diseñadas para este fin. Estas permiten recoger información sobre el trato recibido, el acceso a la información, el ejercicio de derechos y los efectos del encarcelamiento desde una perspectiva externa al establecimiento, lo que enriquece el análisis y fortalece el enfoque preventivo del monitoreo.

2. Cantidad y tipo de visitas realizadas

Entre 2021 y 2025, el CPT realizó 82 visitas a establecimientos penitenciarios, concentradas principalmente en recintos del sistema cerrado. Además, se realizó una visita a la Escuela de Formación Penitenciaria "Gendarme Alex Villagrán Pañinao" (ESFORPEN). Durante el período, se cubrió un total de 34 recintos. La brecha entre el número de visitas y de recintos —83 visitas a 34 recintos— refleja la prioridad otorgada al seguimiento de los hallazgos más críticos observados en el sistema penitenciario. Un 37,3% de las visitas realizadas a unidades penales fueron no programadas, lo que se vincula con la alta frecuencia de contingencias y situaciones críticas en el sistema penitenciario, que muchas veces requieren una respuesta inmediata. Los recintos visitados durante el período se detallan en el Anexo 5 del presente informe.

TABLA 24:
Visitas realizadas por el CPT entre 2021 - 2025
a establecimientos penitenciarios, por año y tipo de recinto.

Tipo de recinto	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Recintos Penitenciarios	12	24	19	18	9	**82**
Escuelas de formación de personal uniformado	0	0	0	1	0	**1**
Total	**12**	**24**	**19**	**19**	**9**	**83**

Elaboración propia. Una visita = 1 recinto visitado en un momento determinado; un recinto puede tener más de una visita.

3. Hallazgos y tendencias

Los hallazgos que se presentan a continuación corresponden a una sistematización del trabajo de monitoreo desarrollado por el Comité de Prevención contra la Tortura en establecimientos penitenciarios entre 2021 y 2025. Su selección responde al análisis integrado de las visitas efectuadas durante este período, considerando la recurrencia de las problemáticas identificadas, su impacto en las condiciones de privación de libertad y el riesgo que representan para la ocurrencia de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Más que describir situaciones particulares observadas en determinados establecimientos, este apartado busca identificar tendencias transversales que caracterizan el funcionamiento del sistema penitenciario chileno y que se manifiestan, con distinta intensidad, en diversos contextos territoriales y tipos de recintos. En este sentido, los hallazgos constituyen una aproximación a las principales brechas estructurales evidenciadas mediante el monitoreo preventivo del Comité, así como a las materias que han concentrado de manera sostenida sus recomendaciones durante los cinco años de funcionamiento. Con este propósito, el análisis se organiza en torno a cuatro ámbitos que, de forma consistente, han concentrado las principales observaciones formuladas por el Comité.

3.1 Condiciones de habitabilidad en recintos penitenciarios

Las condiciones materiales y de habitabilidad en los recintos penitenciarios son un indicador central del grado de respeto a la dignidad y a los derechos humanos de las personas privadas de libertad. La forma en que se configuran los espacios de reclusión, el acceso a servicios básicos y el estado de la infraestructura inciden directamente en la vida cotidiana de las personas y en el cumplimiento efectivo de las obligaciones internacionales del Estado en la materia.

La jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sido consistente al respecto. El tribunal ha señalado que el Estado, en su posición de garante respecto de las personas privadas de libertad, debe asegurar condiciones de detención compatibles con la dignidad humana. Asimismo, ha establecido que la ausencia de infraestructura adecuada, el hacinamiento, la reclusión en espacios sin ventilación ni luz natural, en condiciones insalubres, sin camas, sin servicios sanitarios suficientes o sin acceso regular a agua potable, entre otras circunstancias del encierro, pueden constituir vulneraciones al derecho a la integridad personal reconocidos en los artículos 5.1 y 5.2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, atendiendo a la intensidad, duración y circunstancias particulares de cada situación[34].

Condiciones materiales

De manera transversal, se constata que una parte significativa de los establecimientos penitenciarios visitados presenta infraestructura antigua y con escasa mantención, lo que se traduce en brechas respecto de las condiciones de habitabilidad exigibles conforme a los estándares internacionales de derechos humanos.

Entre las principales deficiencias observadas se encuentran celdas con paredes y techumbres húmedas o con filtraciones; deterioro de pisos y muros; ventanas sin vidrios o con sistemas de cierre deficientes; instalaciones sanitarias en mal estado; mobiliario improvisado o altamente deteriorado, incluidas camas artesanales confeccionadas por las propias personas privadas de libertad o en condiciones precarias; y espacios que no reúnen condiciones adecuadas de accesibilidad para personas con discapacidad o movilidad reducida. Esta situación se ve agravada en establecimientos de menor tamaño y ubicados en zonas geográficamente aisladas, donde las limitaciones presupuestarias, las dificultades logísticas y la menor disponibilidad de servicios de mantención pueden afectar la capacidad institucional de respuesta frente al deterioro progresivo de la infraestructura penitenciaria.

34 Entre ellos: Caso Fleury y otros Vs. Haití. Fondo y Reparaciones. Sentencia de 23 de noviembre de 2011; Caso Pacheco Teruel y otros Vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de abril de 2012; Caso López Álvarez Vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de febrero de 2006.

La sobreocupación continúa siendo uno de los factores más relevantes en la degradación de las condiciones materiales de detención. El monitoreo realizado por el Comité ha permitido constatar que numerosos módulos o dependencias superan ampliamente su capacidad de diseño, lo que reduce de manera sustantiva el espacio vital disponible por persona y afecta no solo el descanso, sino también la seguridad y la salud física y mental de la población privada de libertad. En este contexto, se observa una tendencia a normalizar soluciones de carácter improvisado que profundizan la precariedad habitacional, tales como la disposición de colchones en el piso, la habilitación de espacios originalmente no destinados al alojamiento y la instalación de literas a una altura excesiva.

La sobreocupación también afecta significativamente los espacios de uso común. En diversos establecimientos se constató una reducción importante de las áreas de circulación diaria, los comedores y otros espacios colectivos, lo que generaba condiciones de hacinamiento que dificultaban la convivencia y aumentaban los riesgos para la seguridad al interior de los módulos. Asimismo, la insuficiencia de espacios disponibles repercute en el acceso efectivo a horas de patio y a actividades deportivas, recreativas y de intervención, ya que, en varios establecimientos, un mismo espacio debe ser utilizado para múltiples funciones. El monitoreo realizado por el Comité también ha permitido constatar que la medición de la ocupación a partir de la capacidad global de cada unidad penal tiende a invisibilizar situaciones críticas de sobreocupación o hacinamiento que se concentran en determinados módulos o dependencias. Existen establecimientos cuya tasa global de ocupación no refleja las condiciones que experimenta una parte importante de la población privada de libertad. Esta situación evidencia la necesidad de complementar los indicadores institucionales de ocupación con información desagregada por módulos, dependencias o celdas, lo que permitiría dimensionar de manera más precisa las condiciones efectivas de alojamiento y los riesgos asociados.

Se constata que una parte significativa de los establecimientos penitenciarios visitados presenta infraestructura antigua y con escasa mantención, lo que se traduce en brechas respecto de las condiciones de habitabilidad exigibles conforme a los estándares internacionales de derechos humanos.

Estas problemáticas también han sido observadas en establecimientos penitenciarios concesionados. Si bien el porcentaje de ocupación constituye uno de los principales indicadores de gestión considerados en este modelo, dicho indicador no permite, por sí solo, identificar las diferencias existentes entre las distintas dependencias de un mismo recinto.

En la práctica, el Comité ha constatado la existencia de módulos con niveles críticos de sobreocupación, en los que las personas privadas de libertad no disponen de una cama individual o deben dormir sobre trozos de colchones. Asimismo, en algunos establecimientos, el deterioro de la infraestructura y de las condiciones de habitabilidad es de tal magnitud que supera las intervenciones de mantención contempladas en los contratos de concesión, lo que dificulta la restitución de condiciones compatibles con los estándares mínimos de dignidad y habitabilidad.

Esta situación es de especial preocupación en un escenario actual de creciente punitivismo, de aumento de la prisión preventiva y de escasos flujos de egreso o descompresión del sistema penitenciario a través de beneficios que permitan la salida progresiva al medio libre[35].

35 Las personas privadas de libertad deben cumplir una serie de requisitos para poder postular a beneficios intrapenitenciarios regulados en el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios. Para acceder a ellos se evalúan condiciones como el tiempo, la conducta, trabajo y educación y la intervención psicosocial. Al respecto, una parte importante de la población penitenciaria es clasificada con conducta buena (4.076) o muy buena conforme a los criterios internos de Gendarmería (25.441); este grupo representa un 46,7% de la población total (29.517). Por otra parte, sólo una fracción menor (857 personas) accede efectivamente a beneficios penitenciarios.

Es importante considerar que, tal como advierte UNODC (2014) y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR, 2012), no es lo mismo la capacidad oficial de un establecimiento y su capacidad operacional, entendida como la cantidad de personas que pueden ser alojadas en condiciones humanas y sin riesgos para la seguridad. Desde esta perspectiva, el impacto del hacinamiento no depende solo de la tasa de ocupación, sino de sus efectos sobre el acceso a servicios esenciales (agua potable, saneamiento, salud, alimentación), el tiempo fuera de las celdas, el acceso a actividades y el ejercicio efectivo de derechos, con atención al impacto diferenciado sobre grupos con necesidades específicas de protección.

Servicios sanitarios e higiene

Los servicios sanitarios constituyen una de las áreas en las que se observan mayores brechas entre los estándares normativos aplicables y la realidad carcelaria. Los informes analizados dan cuenta de deficiencias recurrentes en el acceso, la cantidad, las condiciones de funcionamiento y la mantención de baños, duchas y sistemas de evacuación de aguas servidas, tanto en módulos de población general como en módulos especiales.

Es recurrente la presencia de inodoros en mal estado o fuera de funcionamiento, duchas con suministro irregular de agua y sistemas de desagüe deficientes, lo que obliga, en algunos casos, a recurrir a prácticas altamente indignas, como el uso de recipientes o bolsas para la eliminación de excretas. Estas situaciones se intensifican en contextos de hacinamiento, en los que la infraestructura sanitaria resulta insuficiente para responder adecuadamente a las necesidades de la población alojada.

En materia de higiene, se identifica una provisión institucional insuficiente e irregular de artículos básicos, tales como jabón, papel higiénico y elementos de aseo personal, lo que genera una dependencia estructural de las encomiendas familiares. Esta situación afecta de forma especialmente grave a las personas que no cuentan con redes de apoyo externo y profundiza las desigualdades al interior de los recintos.

Estas brechas adquieren una dimensión particular en el caso de las mujeres privadas de libertad, especialmente durante el período menstrual, cuando la falta de disponibilidad suficiente y oportuna de productos de higiene menstrual, junto con condiciones sanitarias inadecuadas, puede afectar su salud, privacidad y dignidad.

Alimentación

La alimentación constituye uno de los hallazgos más recurrentes en las visitas de monitoreo realizadas por el Comité y se configura como un ámbito de preocupación permanente respecto de las condiciones materiales de detención. De manera consistente, las personas privadas de libertad reportan deficiencias en la calidad y composición de las raciones alimenticias, caracterizadas por una escasa variedad, un bajo aporte nutricional y preparaciones repetitivas. Asimismo, en diversos establecimientos se constató la entrega de porciones insuficientes para cubrir los requerimientos básicos de alimentación, situación que, según lo señalado por las personas entrevistadas, genera una sensación permanente de hambre y, en algunos casos, pérdida de peso.

Los servicios sanitarios constituyen una de las áreas en las que se observan mayores brechas entre los estándares normativos aplicables y la realidad carcelaria. Los informes analizados dan cuenta de deficiencias recurrentes en el acceso, la cantidad, las condiciones de funcionamiento y la mantención de baños, duchas y sistemas de evacuación de aguas servidas, tanto en módulos de población general como en módulos especiales.

El Comité ha identificado dificultades en la provisión de dietas adecuadas a requerimientos nutricionales específicos. Se han observado casos en los que personas privadas de libertad con indicaciones médicas, enfermedades crónicas u otras necesidades alimentarias particulares no reciben la alimentación requerida.

El Comité ha observado, además, la existencia de extensos períodos de ayuno entre la última comida del día y la primera del día siguiente, debido a los horarios de distribución de los alimentos al interior de los establecimientos penitenciarios. Esta práctica resulta incompatible con una alimentación adecuada y puede afectar especialmente a las personas con enfermedades crónicas, necesidades nutricionales específicas o que reciben tratamientos médicos, comprometiendo su estado de salud y bienestar.

A ello se agregan deficiencias en la cadena de distribución interna de los alimentos. Se han observado retrasos en su entrega, raciones que llegan frías a los módulos y condiciones de traslado que no siempre garantizan estándares adecuados de higiene e inocuidad. Estas situaciones deterioran la calidad efectiva de la alimentación proporcionada y contribuyen a una percepción de trato indigno por parte de las personas privadas de libertad. Además, constituyen un factor recurrente de tensión y conflictividad al interior de los establecimientos penitenciarios.

Considerando que la alimentación constituye una prestación cuya provisión depende íntegramente del Estado durante la privación de libertad, las deficiencias observadas en la provisión, distribución y calidad de los alimentos adquieren especial relevancia desde un enfoque preventivo, en tanto pueden incrementar los riesgos para la salud, la dignidad y las condiciones de vida de las personas privadas de libertad.

3.2 Trato, violencia institucional y mecanismos de denuncia

La dimensión de trato y violencia institucional constituye uno de los ejes centrales del monitoreo preventivo del CPT en recintos penitenciarios del país. Esta dimensión busca identificar factores de riesgo que puedan favorecer la ocurrencia de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, así como evaluar las capacidades institucionales de prevención, protección y respuesta frente a vulneraciones de derechos de las personas privadas de libertad.

Tortura y malos tratos

Una de las prácticas identificadas de forma sostenida es el denominado "pago al contado", consistente en la aplicación de golpes o la exigencia de ejercicio físico a cambio de evitar la activación del procedimiento disciplinario establecido. Esta práctica persiste en la cultura penitenciaria chilena.

Además del "pago al contado", el monitoreo ha identificado otras formas de violencia institucional, entre las que se encuentran las amenazas; la exposición de personas recluidas a agresiones por parte de otras personas privadas de libertad; las amenazas de impedir las visitas ante situaciones de desobediencia o desorden; la práctica de "cargar" armas cortopunzantes a personas privadas de libertad como forma de imputación informal de faltas; y el uso desproporcionado o no ajustado a los principios de necesidad y proporcionalidad de medios disuasivos, incluidos los golpes directos y la utilización de bastones institucionales, que en algunas ocasiones han provocado lesiones de consideración.

En este contexto, también se han observado espacios de arbitrariedad en la aplicación de medidas disciplinarias. La suspensión prolongada de visitas fue identificada como una de las sanciones de facto más utilizadas. Asimismo, en gran parte de las unidades penales visitadas, el CPT ha recibido relatos en los que las personas privadas de libertad advierten que el traslado de módulo o de unidad penal opera, en algunos casos, como una sanción encubierta. Esto ocurriría ante reclamos, denuncias o conductas percibidas como desafiantes por la administración, a veces con violencia física y sin previo aviso. Algunas funcionarias y algunos funcionarios reconocen explícitamente que lo utilizan como mecanismo de gestión de la conducta. Las personas privadas de libertad señalan que la sola amenaza de traslado inhibe la presentación de quejas, ya que puede implicar desarraigo, pérdida de contacto familiar, pérdida de la conducta acumulada y exposición a violencia en el nuevo destino. Existen recintos penitenciarios

conocidos entre la población penal como "cárceles de castigo", por tratarse de unidades a las que, por lo general, llega gran parte de estos casos.

Por su parte, los allanamientos y registros de módulos y celdas constituyen uno de los procedimientos de mayor riesgo desde la perspectiva de la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Si bien se trata de una facultad legítima de Gendarmería de Chile, destinada a la búsqueda de elementos prohibidos y al mantenimiento de la seguridad interna de los establecimientos penitenciarios, el monitoreo desarrollado por el Comité entre 2021 y 2025 ha permitido constatar que, en diversos recintos, su ejecución continúa asociándose a prácticas que pueden afectar el respeto a la dignidad e integridad de las personas privadas de libertad.

De manera reiterada, las personas entrevistadas describieron procedimientos realizados durante la madrugada, con el ingreso de unidades especializadas o grupos de reacción táctica, acompañados del uso de elementos disuasivos, como bastones o agentes químicos, incluso en situaciones en las que su necesidad o proporcionalidad no resultaba evidente. Asimismo, se reportó de forma consistente la destrucción o el deterioro de pertenencias personales durante el desarrollo de estos procedimientos, incluidas ropa, documentos, medicamentos y artículos de higiene. Junto con ello, el Comité recogió antecedentes que dan cuenta de la percepción, por parte de las personas privadas de libertad, de que algunos allanamientos trascienden su finalidad preventiva o de seguridad y son utilizados como mecanismos de castigo colectivo o de control frente a conflictos ocurridos previamente en determinados módulos.

Una de las dimensiones más críticas y persistentemente referidas en el monitoreo es la práctica del desnudamiento corporal en contextos de custodia estatal, con el propósito de decomisar elementos prohibidos. Al respecto, la normativa interna de Gendarmería incorpora la obligación de brindar un trato humano en materia de registros corporales en el artículo 15 de su Ley Orgánica y en el artículo 27 bis del REP, que prohíbe expresamente el desprendimiento integral de la vestimenta de las personas privadas de libertad, la ejecución de registros intrusivos, la realización de ejercicios físicos y, en general, cualquier otra actividad que menoscabe su dignidad. Además, su aplicación se encuentra sujeta a estrictos criterios de legalidad, necesidad y proporcionalidad. Sin embargo, el monitoreo del CPT documenta que, en la práctica, numerosas personas privadas de libertad han sido sometidas a desnudamientos corporales completos y simultáneos en espacios comunes, frente a otras personas privadas de libertad y a funcionarias y funcionarios, sin contar con biombos, cortinas u otro tipo de separación visual que permita resguardar la privacidad e intimidad. También se han recogido relatos sobre la exigencia de realizar movimientos corporales, como agacharse, hacer sentadillas o toser, lo que es percibido como humillante e intrusivo, incluso cuando no existe contacto físico directo.

La normativa interna de Gendarmería incorpora la obligación de brindar un trato humano en materia de registros corporales en el artículo 15 de su Ley Orgánica y en el artículo 27 bis del REP, que prohíbe expresamente el desprendimiento integral de la vestimenta de las personas privadas de libertad, la ejecución de registros intrusivos, la realización de ejercicios físicos y, en general, cualquier otra actividad que menoscabe su dignidad.

Los efectos de estas prácticas no se limitan a la exposición física. Los testimonios recopilados por el CPT evidencian sentimientos de vergüenza, pérdida de autonomía corporal, sensación de exposición permanente y desconfianza hacia las autoridades penitenciarias.

El monitoreo del CPT también ha recogido de forma consistente relatos sobre prácticas degradantes en el control y registro de personas visitantes y familiares al ingresar a los recintos penitenciarios. Estas configuran una vulneración de especial gravedad, pues afectan a personas que no están privadas de libertad y que acceden al recinto en ejercicio de su derecho a mantener vínculos familiares y afectivos con las personas privadas de libertad. Los relatos incluyen registros corporales a mujeres, personas mayores, niñas y niños, realizados en espacios que no cuentan con condiciones adecuadas de privacidad, sin información suficiente sobre el procedimiento y sin que exista una alternativa que permita rechazarlo sin afectar el ejercicio del derecho a visita.

El uso de tecnologías de inspección no invasiva, como escáneres corporales y detectores de metales de nueva generación, no se encuentra disponible en todos los establecimientos penitenciarios monitoreados, lo que mantiene la dependencia de métodos de registro físico y aumenta el riesgo de que se realicen registros intrusivos.

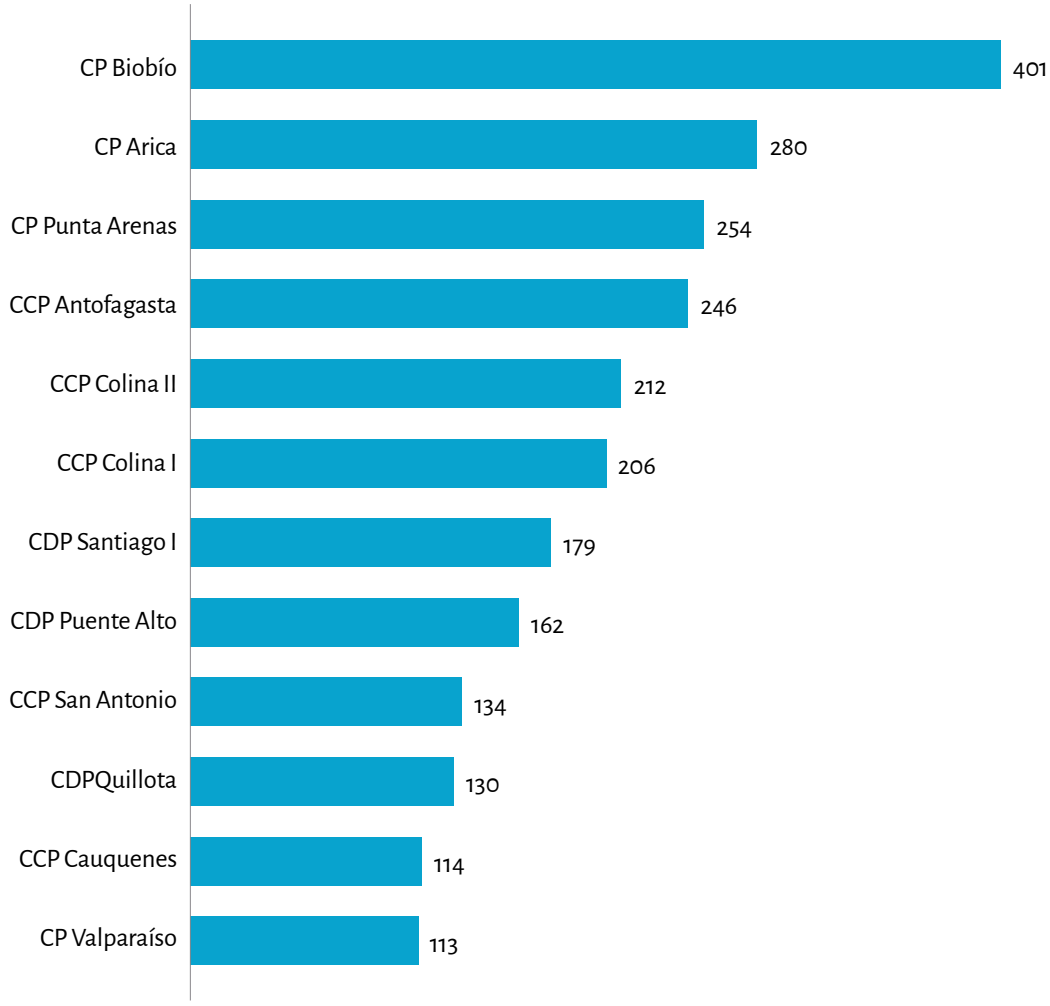
Las consecuencias de estas prácticas también alcanzan a las familias y comunidades. Algunos testimonios recogidos por el Comité dan cuenta de personas visitantes que han optado por suspender o reducir la frecuencia de las visitas debido a experiencias reiteradas de estas prácticas. Esto puede contribuir al debilitamiento progresivo de los vínculos familiares y afectar un componente relevante para el bienestar de las personas privadas de libertad y sus procesos de reinserción social.

Otra de las condiciones estructurales que incrementan el riesgo de violencia institucional en los recintos penitenciarios es la existencia de "puntos ciegos": espacios físicos dentro de los módulos o instalaciones que no cuentan con cobertura de cámaras de vigilancia ni con visibilidad directa. El monitoreo del CPT ha identificado que estos espacios han sido señalados como lugares en los que ocurrirían golpizas, aplicación de castigos informales u otros procedimientos indebidos, aprovechando precisamente la ausencia de registros que permitan su posterior verificación. Los puntos ciegos identificados con mayor frecuencia corresponden a pasillos de tránsito entre módulos, zonas del patio, la guardia interna del módulo y otros espacios con escasa supervisión. En algunos de los recintos visitados, estas limitaciones responden a las características de la infraestructura original, cuya arquitectura genera áreas con baja visibilidad. En otros casos, el monitoreo constató que los sistemas de videovigilancia no se encontraban en funcionamiento, no generaban imágenes de calidad suficiente para ser utilizadas eventualmente como evidencia o que las grabaciones no eran conservadas durante un período suficiente para permitir su uso en eventuales investigaciones disciplinarias o penales.

A este respecto, la información entregada al CPT por Gendarmería de Chile vía Oficio N° 14.00.00.256/2026 evidencia que un número reducido de establecimientos concentra una parte importante de las alertas registradas por el Sistema de Seguimiento de Eventuales Vulneraciones de Derechos Humanos de Gendarmería de Chile. Durante 2025, destacan el Complejo Penitenciario Biobío (401 registros), el Complejo Penitenciario de Arica (280), el Complejo Penitenciario de Punta Arenas (254) y el CCP Antofagasta (246). Asimismo, la implementación del sistema en la Región Metropolitana permitió identificar altos niveles de alertas en los CCP Colina II y Colina I, así como en el CDP Santiago I y el CDP Puente Alto.[36]

36 Los registros corresponden a alertas o casos incorporados al Sistema de Seguimiento de Eventuales Vulneraciones de Derechos Humanos de Gendarmería de Chile y no constituyen, por sí mismos, la acreditación de hecho que implique la vulneración de derechos humanos. No obstante, su concentración en determinados establecimientos constituye un indicador relevante para la identificación de factores de riesgo. Debe considerarse, además, que los registros institucionales disponibles reflejan únicamente los hechos conocidos por los mecanismos formales de reporte, por lo que no necesariamente representan la totalidad de los episodios de violencia institucional ocurridos. En este sentido, la existencia de posibles niveles de subregistro o cifra oculta constituye un factor que debe ser considerado al interpretar la magnitud del fenómeno, particularmente en contextos de privación de libertad donde pueden existir barreras para la denuncia y documentación de los hechos.

GRÁFICO 18:
Establecimientos penitenciarios con mayor registro
de alertas de eventuales vulneraciones de derechos humanos.



Elaboración propia a partir de información entregada al CPT por Gendarmería de Chile vía Oficio N° 14.00.00.256/2026.

Régimen de aislamiento

El régimen de aislamiento consiste en el encierro durante 22 horas o más, con restricciones totales o parciales de contacto con el mundo exterior, es decir, la suspensión total o parcial de visitas ordinarias e íntimas y la limitación de llamadas telefónicas y encomiendas. Las personas en aislamiento no cuentan con oferta programática de recreación y/o reinserción. En Chile, el CPT ha observado que este régimen puede consistir en confinamiento solitario o colectivo. En el primer caso, la persona permanece sola y encerrada en una celda, sin contacto con otras personas, salvo, en algunas ocasiones, durante sus horas de acceso al patio o desencierro. El aislamiento también puede ser colectivo, es decir, varias personas permanecen encerradas en una misma dependencia bajo este régimen de 22 horas o más.

Por otra parte, desde el CPT se ha documentado una serie de motivos por los cuales una persona puede ser sometida a un régimen de aislamiento:

1. **Como sanción disciplinaria,** siendo la internación en celda solitaria la sanción más gravosa contemplada en el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios (REP), que establece un máximo de 10 días;

2. **Como régimen de máxima seguridad,** en las Unidades Especiales de Alta Seguridad (UEAS), ubicadas al interior de los recintos penitenciarios, y en el REPAS o Cárcel de Alta Seguridad, destinadas generalmente a personas evaluadas como de alta peligrosidad o refractarias al régimen disciplinario. A enero de 2026, había 458 personas privadas de libertad bajo este régimen: 239 (52,18%) imputadas y 219 (47,82%) condenadas (Oficio N° 14.00.00.256/2026);

3. **Por protección o "segmentación agotada",** para separar a las personas de su lugar de reclusión habitual por motivos de seguridad, ya sea a petición propia o por decisión de la administración ante un riesgo para su integridad personal. Este tipo de reclusión se implementa en celdas o módulos "transitorios" que suelen utilizarse durante períodos largos e indeterminados y cuyas condiciones de habitabilidad, según ha constatado el Comité, son precarias y presentan una mantención deficiente. Los registros de GENCHI dan cuenta que, a enero de 2026, había 1.400 personas recluidas en segmentación agotada: 881 (62,93%) condenadas, 517 (36,93%) imputadas y 2 (0,14%) detenidas (Oficio N° 14.00.00.256/2026). En recintos con altos niveles de violencia y serios problemas para segmentar a la población penal, se ha observado el autoaislamiento, es decir, la decisión de la persona privada de libertad de no salir de su celda por motivos de seguridad, principalmente para protegerse de eventuales agresiones que pueda sufrir en los módulos y patios por parte de otras personas privadas de libertad;

4. **Como método de gestión penitenciaria,** conocido en la literatura como segregación administrativa, que agrupa motivos como la seguridad institucional, la separación de bandas ante riñas masivas y la reclusión de personas migrantes a la espera de expulsión;

5. **A la espera de clasificación o traslado,** aplicado a personas recién ingresadas que esperan su clasificación dentro de la unidad o su traslado hacia otra. Al respecto, el CPT ha constatado aislamientos prolongados, colectivos e individuales, con regímenes de encierro durante las 24 horas, tanto de personas imputadas a la espera de derivación como de personas condenadas trasladadas por arraigo, conducta u orden del tribunal;

6. **Por razones de salud,** como medida preventiva ante el contagio de enfermedades transmisibles y/o en el caso de personas con problemas graves de salud mental que son mantenidas en aislamiento en camas de las unidades de salud, en algunos casos mediante métodos de contención como esposas y grilletes. A enero de 2026, Gendarmería de Chile reportó la existencia de 100 personas recluidas en unidades de salud al interior de recintos penitenciarios Oficio N° 14.00.00.256/2026. Este tema se aborda con mayor profundidad en la sección 4, "Salud mental en recintos penitenciarios", y en el monitoreo de personas con discapacidad psicosocial descrito anteriormente en el apartado 2.3.

Existe una serie de elementos que configuran el uso del aislamiento como un factor de riesgo relevante para la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. El CPT ha documentado las consecuencias que este régimen tiene para la salud física y mental de las personas, las que coinciden con lo advertido por la evidencia internacional en esta materia[37]. En cuanto a la salud física, se observan afectaciones como trastornos del sueño, problemas cardiovasculares, musculares, gastrointestinales y respiratorios, además de deterioro visual. Estos efectos pueden cronificarse y persistir incluso una vez que la persona se encuentra en libertad. En cuanto a la salud mental, las personas declaran que esta ha empeorado desde su ingreso al régimen y mencionan afecciones como estrés, tristeza, ansiedad, angustia, trastornos del sueño, desorientación, inestabilidad emocional, delirios de persecución y pensamientos recurrentes de quitarse la vida.

37 Se diseñaron cuestionarios individuales para documentar las consecuencias del confinamiento solitario en la salud física y mental de las personas privadas de libertad en régimen de 22 horas de encierro o más. A la fecha, el CPT ha aplicado el instrumento a más de 68 privadas de libertad bajo este régimen en distintos recintos penitenciarios.

Los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos han recogido estas preocupaciones e indican que este tipo de régimen debe utilizarse de forma excepcional y durante el menor tiempo posible. Asimismo, señalan que su duración no debiera superar los 15 días, pues, sobrepasado ese límite, el aislamiento se considera prolongado y constituye un trato cruel, inhumano o degradante que incluso puede ser considerado tortura (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2022; Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, 2015; Asamblea General de las Naciones Unidas, 2011; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2008; Declaración de Estambul, 2007; Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, 1984; Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966).

La concentración de eventos en determinados establecimientos constituye un antecedente relevante para el análisis de factores institucionales y estructurales que pueden incidir en la violencia entre personas privadas de libertad, tales como la sobrepoblación, la insuficiencia de actividades de reinserción y la presencia de módulos de alta complejidad con regímenes de encierro prolongado o aislamiento. No obstante, la información disponible no permite atribuir, por sí sola, una relación causal entre estos factores y la ocurrencia de los hechos de violencia.

Violencia entre personas privadas de libertad

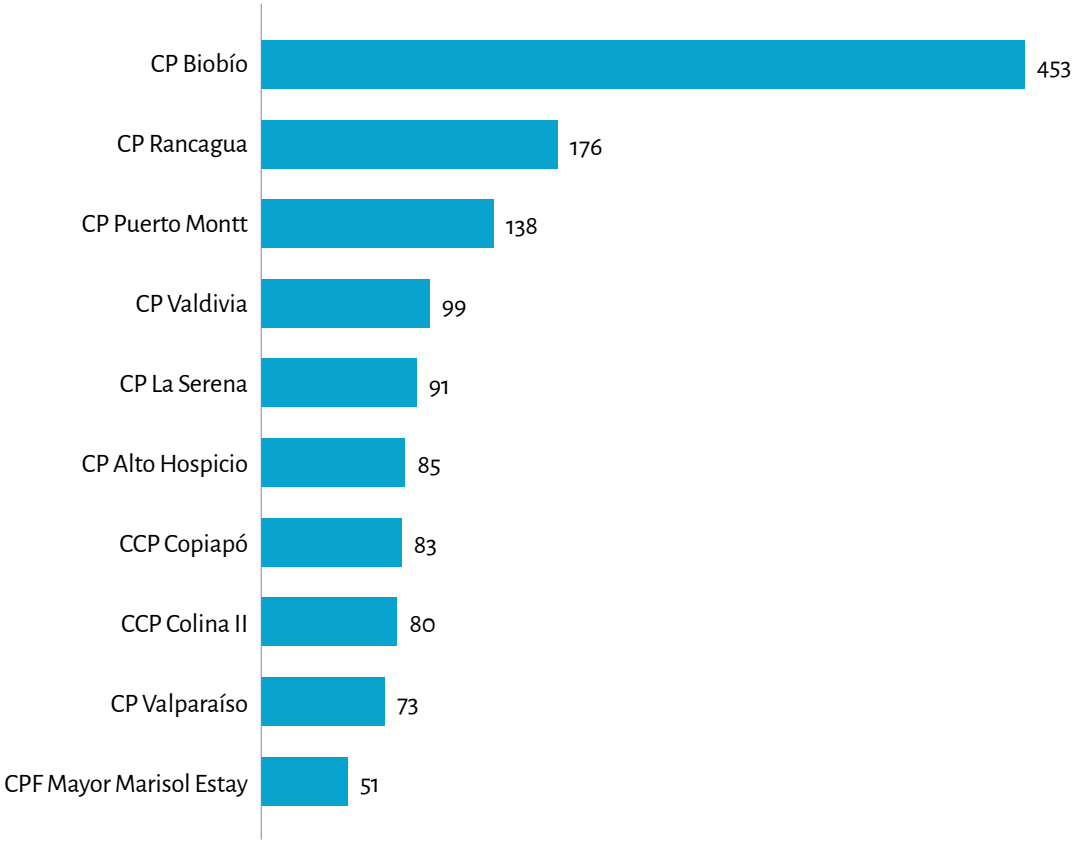
El monitoreo preventivo del CPT aborda también la violencia entre pares como una dimensión estrechamente vinculada con la violencia institucional, en tanto el Estado incumple su deber de garante cuando omite adoptar medidas de debida diligencia para prevenir estos hechos, proteger la integridad de las personas bajo su custodia e investigar adecuadamente los episodios de violencia.

Según la información entregada vía Oficio N° 14.00.00.256/2026 por Gendarmería de Chile al CPT, detalla que entre 2020 y 2025 se registraron un total de 11.605 eventos de riñas en distintos recintos penitenciarios. El volumen registrado en 2025 representa el punto más alto del período, con 2.373 eventos. El Complejo Penitenciario Biobío registró 453 riñas en 2025, equivalentes al 19,1% del total nacional de ese año, es decir, aproximadamente una de cada cinco riñas registradas.

Además de concentrar el mayor número, el CP Biobío presentó el mayor incremento de un año a otro, con 152 eventos más que en 2024, al pasar de 301 a 453. Le siguió el CP Rancagua, que casi duplicó sus cifras al aumentar de 90 eventos en 2024 a 176 en 2025. Entre los 10 establecimientos con mayor número de riñas registradas, 6 corresponden a recintos concesionados: CP Biobío, CP Rancagua, CP Puerto Montt, CP Valdivia, CP La Serena y CP Alto Hospicio.

La concentración de eventos en determinados establecimientos constituye un antecedente relevante para el análisis de factores institucionales y estructurales que pueden incidir en la violencia entre personas privadas de libertad, tales como la sobrepoblación, la insuficiencia de actividades de reinserción y la presencia de módulos de alta complejidad con regímenes de encierro prolongado o aislamiento. No obstante, la información disponible no permite atribuir, por sí sola, una relación causal entre estos factores y la ocurrencia de los hechos de violencia.

GRÁFICO 19:
Establecimientos penitenciarios con mayor número de eventos de riñas registrados entre personas privadas de libertad, diciembre 2025.



Elaboración propia a partir de información entregada al CPT por Gendarmería de Chile vía Oficio N°14.00.00.256/2026.
Las cifras corresponden a eventos registrados. Un establecimiento o una persona pueden registrar más de un evento durante el período.

Entre los años 2020 y 2025 Gendarmería registra, a nivel nacional, 21.306 personas lesionadas producto de agresiones con elementos cortopunzantes, constituyendo el medio de agresión más frecuente al interior de los recintos penitenciarios (Oficio N°14.00.00.256/2026). En el mismo período, se registran 11.082 personas lesionadas por agresiones corporales, mientras que 6.153 sufrieron lesiones ocasionadas con elementos contundentes. Asimismo, se reportaron 244 personas víctimas de agresiones sexuales[38]. Estas cifras ,muestran la persistencia de altos niveles de violencia entre personas privadas de libertad ya utilización recurrente de distintas formas de ocasionar lesiones de diversa gravedad, incluso con resultado fatal.

Entre los años 2020 y 2025 se registraron 968 muertes en recintos penitenciarios. Del total, 488 (50,4%) corresponden a enfermedades; 249 (25,7%) a riñas o agresiones entre internos/as; 153 (15,8%) a suicidios; 71 (7,3%) a otras causas; y 7 (0,7%) a accidentes. Que una de cada cuatro muertes registradas en el período tenga como causa una riña o agresión entre personas privadas de libertad, da cuenta de la magnitud que alcanzan estos eventos y refuerza la necesidad de fortalecer las medidas de prevención, protección e investigación.

38 Estos registros corresponden a personas lesionadas según el mecanismo consignado administrativamente y no permiten determinar si una misma persona resultó lesionada en más de una oportunidad durante el período.

Mecanismos de denuncia y respuesta institucional

Un hallazgo transversal del CPT en el monitoreo penitenciario es la existencia de una brecha significativa entre los hechos de violencia institucional reportados y la respuesta que ofrecen los mecanismos formales de denuncia, protección y sanción disponibles para las personas privadas de libertad y para las funcionarias y los funcionarios penitenciarios. Esta brecha se manifiesta de manera diferenciada en ambos grupos y opera en múltiples niveles.

Un hallazgo transversal del CPT en el monitoreo penitenciario es la existencia de una brecha significativa entre los hechos de violencia institucional reportados y la respuesta que ofrecen los mecanismos formales de denuncia, protección y sanción disponibles para las personas privadas de libertad y para las funcionarias y los funcionarios penitenciarios.

En primer lugar, los relatos dan cuenta de que la mayoría de los hechos de violencia institucional no se denuncian formalmente, principalmente por temor a represalias. Entre los actos que pueden constituir represalias, el CPT ha identificado el traslado de módulo o de establecimiento utilizado como sanción encubierta ante reclamos o denuncias, incluida la sola amenaza de traslado como forma de disuasión; la ubicación de una persona en patios o módulos donde existen conflictos o rivalidades conocidas; la imputación de faltas disciplinarias que las personas afirman no haber cometido, incluida la atribución de posesión de armas cortopunzantes ("cargar armas"); el uso presuntamente desproporcionado de medios disuasivos, como el gas pimienta; y la restricción o suspensión reiterada o prolongada de visitas y videollamadas. En algunos casos documentados por el CPT, estas restricciones habrían implicado más de 120 días consecutivos sin contacto familiar, llegando incluso a un año ininterrumpido (CPT, 2026).

En segundo lugar, las personas entrevistadas manifestaron una percepción generalizada de que, cuando las denuncias se formalizan, rara vez producen resultados concretos o proporcionales a la gravedad de los hechos denunciados. Por último, a partir de lo constatado durante el monitoreo, se identificó que las medidas de protección adoptadas en estos casos no son percibidas como suficientes para prevenir nuevas agresiones o resguardar efectivamente a las personas denunciantes.

Gendarmería de Chile informó vía Oficio N° 14.00.00.256/2026 una serie de datos relevantes sobre denuncias y sumarios a funcionarios penitenciarios por malos tratos. Durante 2025 se registraron un total de 37 denuncias. De estas, 33 (89,2%) correspondieron a apremios ilegítimos cometidos por empleados públicos, mientras que 4 se relacionaron con el delito de cohecho. De acuerdo con esta misma información, las personas privadas de libertad figuran mayoritariamente en calidad de víctimas y las funcionarias y los funcionarios penitenciarios, como personas inculpadas. Solo se registraron 2 funcionarios en calidad de víctimas.

Entre 2020 y 2025, se registraron un total de 21.598 sumarios administrativos. De ellos, 389 correspondieron a presuntos "apremios ilegítimos"; 715, a "agresión a internos"; y 138, a "maltrato a internos". En conjunto, estas tres categorías representan 1.242 sumarios directamente relacionados con presuntos hechos de violencia contra personas privadas de libertad.

En relación con el resultado de los sumarios, se observa una alta proporción que concluyó sin la aplicación de una sanción disciplinaria o sin información registrada al respecto. Del total de 21.598 sumarios administrativos registrados entre 2020 y 2025, 6.944 (32,2%) finalizaron con sobreseimiento, mientras que 5.578 (25,8%) aparecen en la categoría "no registra medida disciplinaria". En conjunto, ambas categorías representan el 58,0% del total. Esto evidencia una proporción elevada de procedimientos con sobreseimiento o sin información registrada sobre una medida disciplinaria.

Esta tendencia también se observa en los sumarios instruidos por presuntos apremios ilegítimos. De los 389 procedimientos, 242 (62,2%) concluyeron con sobreseimiento y 97 (24,9%) no registraron una medida disciplinaria. En consecuencia, el 87,1% de estos procedimientos concluyó con sobreseimiento o sin una medida disciplinaria registrada. Solo una proporción reducida concluyó con medidas sancionatorias: 15 multas (3,9%), 10 censuras (2,6%) y 5 suspensiones del empleo (1,3%). Además, se registraron 13 absoluciones (3,3%). De manera similar, en los sumarios iniciados por agresiones a personas privadas de libertad (715 casos), predominaron los resultados de sobreseimiento (415 casos) y la categoría "no registra medida disciplinaria" (168 casos).

Si bien el resultado de un procedimiento disciplinario puede obedecer a diversas razones jurídicas y probatorias, la elevada proporción de investigaciones que concluyen con sobreseimiento o sin una medida disciplinaria registrada, analizada conjuntamente con los antecedentes recogidos durante el monitoreo, plantea desafíos respecto de la eficacia de los mecanismos institucionales frente a las denuncias de violencia institucional. Esto puede contribuir a una percepción de desconfianza e impunidad y desincentivar el uso de los mecanismos formales de denuncia entre las personas privadas de libertad.

3.3 Cárcel y género

Las mujeres privadas de libertad en Chile representan aproximadamente el 8,3% de la población penal total, lo que corresponde a 5.236 mujeres al 31 de diciembre de 2025. De este total, un 44,7% (2.341) se encontraba en calidad de imputada y un 55,3% (2.895), en calidad de condenada, lo que da cuenta de una proporción significativa de mujeres sujetas a prisión preventiva. La concentración territorial está especialmente marcada en la Región Metropolitana de Santiago, donde se registra la mayor cantidad de mujeres privadas de libertad (1.901). Desde el punto de vista etario, la mayor proporción corresponde a mujeres de entre 30 y 34 años, lo que da cuenta de trayectorias vitales interrumpidas de manera temprana por la intervención penal. Asimismo, un 22,5% (1.180) de las mujeres privadas de libertad son extranjeras, mientras que el 77,5% (4.056) son de nacionalidad chilena (GENCHI, s. f.). Esto pone de manifiesto la necesidad de incorporar un enfoque de género, así como enfoques diferenciados e interculturales, en el abordaje de la privación de libertad femenina.

La privación de libertad y sus efectos no son neutros desde una perspectiva de género: las mujeres constituyen un grupo históricamente expuesto a discriminación, exclusión y violencia, y pueden verse afectadas por condiciones de encierro que no consideran su género ni sus necesidades específicas (CIDH, 2023, p. 10). En este contexto, la ausencia de un enfoque de género en la gestión penitenciaria limita el ejercicio igualitario y efectivo de sus derechos. Al respecto, la prevalencia de condiciones deficientes en las prisiones y la ausencia de un enfoque de género implican que las mujeres enfrentan condiciones más desfavorables que las que enfrentan los hombres.

Desde una perspectiva de derechos humanos, la situación de las mujeres privadas de libertad exige la incorporación de un enfoque de género e interseccional en conformidad con ambos sistemas internacionales de protección de los derechos humanos[39]. En ese sentido, se ha establecido que las mujeres privadas de libertad constituyen un pequeño porcentaje de la población penitenciaria y que requieren de un enfoque diferenciado y, por otro lado, que aquellos recintos penitenciarios son diseñados y construidos sin una perspectiva de género, considerando solo a la población masculina[40].

39 Estos estándares se enmarcan en la comprensión de que las mujeres forman parte de uno de los grupos de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Por ello, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos ha adoptado diversos instrumentos con el fin de otorgarles una protección particular. Entre estos se encuentran, por ejemplo, la CEDAW, centrada en la discriminación contra la mujer, y la Convención de Belém do Pará, cuyo fin es que los Estados logren erradicar la violencia que se ejerce para con ellas.

40 Corte Interamericana de Derechos Humanos (2022). Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 4.1, 5, 11.2, 12, 13, 17.1, 19, 24 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de otros instrumentos que conciernen a la protección de los derechos humanos). Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022, párr. 126; Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General (2013 a). Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias sobre causas, condiciones y consecuencias de la encarcelación para las mujeres. Resolución 38/340 de 21 de agosto de 2013. A/68/340, párr. 33.

El monitoreo realizado ha identificado de manera reiterada impactos diferenciados del encierro penitenciario en las mujeres, particularmente en ámbitos como la salud física y mental, la salud sexual y reproductiva, el ejercicio de la maternidad, el contacto con hijas e hijos y la alta prevalencia de trayectorias previas de violencia. Estas afectaciones se intensifican cuando confluyen otros factores de vulnerabilidad, tales como la situación migratoria, la pertenencia a pueblos indígenas, la discapacidad, la orientación sexual o la identidad de género y la presencia de problemáticas de salud mental.

Estos hallazgos han sido documentados en los informes de monitoreo del CPT y se sistematizan a continuación.

Condiciones materiales y de habitabilidad

El CPT advierte que, al analizar los niveles de ocupación de los recintos penitenciarios, las cifras de Gendarmería por unidad no siempre reflejan adecuadamente la situación existente en las dependencias, módulos, dormitorios o celdas, la que puede ser aún más crítica que la observada a nivel general. Esta forma de registro tiende a homogeneizar realidades que, en la práctica, son heterogéneas e invisibiliza escenarios localizados de sobreocupación o incluso de hacinamiento que inciden directamente en las condiciones materiales y de habitabilidad. Lo anterior resulta especialmente evidente en los establecimientos penitenciarios que albergan población femenina en secciones específicas dentro de un recinto mayoritariamente masculino.

Por otra parte, en los recintos penitenciarios destinados a la reclusión de población mixta, principalmente aquellos de menor tamaño ubicados en zonas territoriales aisladas, como el CCP de Coyhaique, el CDP de Puerto Aysén y el CDP de Puerto Natales, los espacios destinados a las mujeres corresponden a adecuaciones improvisadas de infraestructura. Esta situación dificulta una segmentación adecuada y no permite responder a las necesidades diferenciadas de las mujeres privadas de libertad, de acuerdo con los estándares internacionales de derechos humanos. Asimismo, al tratarse de adaptaciones de espacios que originalmente no fueron concebidos con enfoque de género, estas secciones suelen emplazarse en áreas que presentan condiciones más desfavorables.

La mayoría de los recintos que albergan mujeres privadas de libertad no fueron diseñados para ello, lo que se traduce en deficiencias sanitarias relevantes, falta de ventilación, ausencia de espacios que resguarden la privacidad y exposición constante a condiciones climáticas adversas. En ese escenario, el CPT ha constatado la falta de dependencias sanitarias disponibles durante el horario de encierro, lo que obliga a las mujeres a utilizar bolsas o baldes para satisfacer sus necesidades fisiológicas. En otros casos, las instalaciones sanitarias disponibles durante el horario de desencierro consisten en letrinas sin puertas u otros mecanismos que resguarden la privacidad. Estas condiciones afectan gravemente la dignidad de las mujeres privadas de libertad y adquieren especial intensidad durante el período menstrual, al no responder a sus necesidades específicas de higiene y salud.

Oferta de reinserción social y vínculos familiares

El sistema penitenciario profundiza el impacto diferenciado que la privación de libertad tiene sobre los vínculos familiares de las mujeres. Las restricciones a las visitas y encomiendas, sumadas al hecho de que muchas de ellas son las principales o únicas cuidadoras de hijas e hijos o de personas en situación de dependencia, incrementan el impacto emocional y psicosocial asociado al encarcelamiento. En particular, la afectación del vínculo materno-filial constituye una de las facetas de mayor sufrimiento para las mujeres privadas de libertad. A ello se agregan el desarraigo que experimentan muchas de ellas; las dificultades que enfrentan sus familiares y redes de apoyo para visitarlas; y las limitaciones estructurales de los recintos penitenciarios, tales como la ausencia de espacios adecuados para el encuentro familiar y la interacción con niñas, niños y adolescentes, la inexistencia de personas que puedan acompañarlos durante las visitas y las propias características del encierro. Asimismo, el CPT recogió relatos de mujeres que señalaron haber optado por restringir o desalentar las visitas de sus familiares, especialmente de niñas, niños y adolescentes, debido a que no deseaban exponerlos a los procedimientos de revisión, a las condiciones propias del ingreso a los establecimientos penitenciarios ni al impacto emocional que puede generarles el entorno carcelario.

Por otra parte, se constató que la oferta de programas orientados a la reinserción social continúa siendo limitada y, en términos generales, carece de un enfoque de género. En aquellos establecimientos penitenciarios con población mixta, se observaron dificultades para que las mujeres accedan, en igualdad de condiciones, a los programas y actividades disponibles, tanto por la menor disponibilidad de cupos como por una oferta insuficientemente adaptada a sus necesidades. Además, se observó que la oferta programática continúa concentrándose principalmente en actividades tradicionalmente asociadas a roles de género, lo que contribuye a reproducir estereotipos y puede, eventualmente, restringir las posibilidades de inserción laboral. Asimismo, se identificó una escasa disponibilidad de actividades recreativas, deportivas y de uso del tiempo libre dirigidas a mujeres sujetas a prisión preventiva, pese a que este grupo representa una proporción significativa de la población femenina privada de libertad.

Del mismo modo, se advirtió que la estructura contractual de los establecimientos penitenciarios concesionados no contempla programas diferenciados para mujeres ni mecanismos especializados de derivación y atención, lo que evidencia la persistencia de un diseño institucional que no incorpora suficientemente las necesidades específicas de esta población. Esta situación da cuenta de brechas en la incorporación de un enfoque de género en la gestión penitenciaria, lo que dificulta el cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos aplicables a las mujeres privadas de libertad.

La mayoría de los recintos que albergan mujeres privadas de libertad no fueron diseñados para ello, lo que se traduce en deficiencias sanitarias relevantes, falta de ventilación, ausencia de espacios que resguarden la privacidad y exposición constante a condiciones climáticas adversas.

La interseccionalidad en el sistema penitenciario femenino y grupos de especial protección

En el contexto carcelario, la vulnerabilidad no es homogénea. Para ciertos grupos de mujeres, la privación de libertad interactúa de manera compleja con otros factores, como la edad, la situación migratoria, la identidad de género, la orientación sexual, la discapacidad, el embarazo o la maternidad, entre otros. La confluencia de estos factores incrementa los riesgos de sufrir malos tratos y discriminación, y genera desigualdades en el ejercicio y goce de sus derechos fundamentales. El monitoreo del CPT reveló que es precisamente en estas intersecciones donde el impacto de la privación de libertad se manifiesta con mayor intensidad.

Mujeres migrantes y pertenecientes a pueblos indígenas en recintos penitenciarios

Las mujeres migrantes y pertenecientes a pueblos indígenas enfrentan barreras que profundizan situaciones de exclusión preexistentes y configuran formas específicas de discriminación estructural en el sistema penitenciario.

Respecto de las mujeres migrantes se identifican dificultades significativas para acceder a beneficios intrapenitenciarios y a procesos de intervención, asociadas principalmente a la exigencia de apoyo o red en el país como requisito habilitante[41]. Este criterio opera, en la práctica, como un factor de exclusión estructural, al no considerar las trayectorias migratorias ni las condiciones de vínculo familiar de estas mujeres. Asimismo, se constatan restricciones para mantener contacto telefónico gratuito con familiares en el extranjero, lo que incrementa el aislamiento, el desarraigo y la afectación de su bienestar psicosocial.

En los recintos penitenciarios de Iquique y Alto Hospicio, el CPT recibió relatos según los cuales muchas mujeres no mantienen comunicación telefónica frecuente con sus familias debido a que carecen de dinero y a los altos costos de las llamadas internacionales. A ello se suma la imposibilidad de recibir visitas cuando las redes de apoyo de las mujeres migrantes se encuentran en situación migratoria irregular, lo que les impide enrolarse

41 El Art. 110 del REP establece como uno de los requisitos para conceder beneficios intrapenitenciarios "d) Tener la posibilidad cierta de contar con medios o recursos de apoyo o asistencia, sean familiares, penitenciarios o de las redes sociales".

para ingresar al recinto penitenciario. La ausencia de visitas también implica que muchas mujeres migrantes no reciban encomiendas con insumos básicos.

Asimismo, se reporta una relación débil y poco sistemática con los consulados. Las mujeres extranjeras identifican la asistencia consular como una necesidad principal no cubierta para mantener el contacto con sus familias y obtener información sobre el estado de sus procesos, hallazgo observado especialmente en el CP Alto Hospicio.

Por su parte, de acuerdo con la información de Gendarmería de Chile vía Oficio N° 14.00.00.256/2026, a diciembre de 2025 había 617 mujeres pertenecientes a pueblos indígenas en el sistema penitenciario chileno. Los tres pueblos indígenas mayoritariamente declarados eran el quechua (279), el mapuche (205) y el aimara (112) (GENCHI, s. f.).

El monitoreo del CPT evidencia que persisten brechas en la incorporación de un enfoque de pertinencia cultural en la gestión penitenciaria respecto de esta población. Entre los principales nudos críticos se encuentra la falta de intérpretes o facilitadoras y facilitadores interculturales, lo que dificulta la adecuada clasificación y segmentación de las personas que hablan quechua o aimara y no dominan el español, y afecta su acceso a la información sobre el funcionamiento del sistema penitenciario y los beneficios intrapenitenciarios.

Asimismo, el monitoreo permitió identificar situaciones de desinformación respecto de sus procesos judiciales y administrativos, incluidos, en algunos casos, los decretos de expulsión, lo que genera incertidumbre sobre su situación jurídica y penitenciaria.

Por otra parte, aunque existen módulos específicos para pueblos indígenas en algunos recintos, en la práctica estos no cuentan con programas o servicios con pertinencia cultural o religiosa. La oferta programática, educativa y de salud mantiene un carácter predominantemente estandarizado, sin incorporar suficientemente la diversidad cultural, espiritual y lingüística de estos pueblos.

Asimismo, el monitoreo recogió testimonios que dan cuenta de malos tratos verbales y expresiones abiertamente racistas por parte de funcionarias y funcionarios, que incluyen insultos dirigidos a su identidad étnica. Estas prácticas constituyen una grave vulneración de la dignidad personal y la identidad cultural de las mujeres afectadas, y evidencian la persistencia de patrones de discriminación racial al interior de los recintos penitenciarios.

Maternidad en la cárcel

Desde el Sistema Interamericano de Derechos Humanos[42] se ha configurado un deber reforzado de protección para las personas gestantes, en período de parto, postparto o lactancia, así como para quienes ejercen el cuidado principal de niños y niñas en contexto de privación de libertad. Tal marco reconoce que, en estos casos, el rol del Estado como garante se encuentra reforzado, lo que exige una consideración específica de las necesidades particulares de esta población, con el fin de resguardar su dignidad y su integridad personal.

En este ámbito, y de acuerdo con las observaciones realizadas por el CPT, si bien se reconocen avances y esfuerzos institucionales orientados a mejorar las respuestas frente a situaciones contingentes en las Secciones Materno Infantil, persisten brechas estructurales significativas respecto de los estándares internacionales y nacionales[43] que afectan de manera directa el ejercicio de derechos de esta población y de niñas/os que viven con ellas en contexto de encierro.

El monitoreo de las condiciones de privación de libertad de mujeres embarazadas, puérperas y madres que viven con sus hijas o hijos lactantes se inscribe en una línea de trabajo permanente y sostenida del CPT, orientada tanto a la observación directa como al seguimiento de las recomendaciones formuladas. En el marco de este trabajo, se han realizado visitas a distintos establecimientos penitenciarios del país, entre ellos, el CPF de Santiago, el CPF de San Miguel, la SMI del CCP de Coyhaique, la SMI del CCP de Iquique, la sección femenina del Complejo Penitenciario de Puerto Montt y la SMI del CCP de Copiapó. En algunos

42 Corte Interamericana de Derechos Humanos (2022). Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 4.1, 5, 11.2, 12, 13, 17.1, 19, 24 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de otros instrumentos que conciernen a la protección de los derechos humanos). Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022, p. 47.

43 En el ámbito nacional la normativa guía corresponde a la Resolución Exenta N° 1426/2024 de Gendarmería de Chile que aprueba las disposiciones para el respeto y garantía de los derechos de las personas gestantes y con hijas/os lactantes bajo custodia de Gendarmería, estableciendo los estándares mínimos que deben cumplir las SMI.

de estos recintos, las visitas se han efectuado en más de una oportunidad, con el propósito específico de dar seguimiento a las recomendaciones formuladas por el Comité, evaluar las medidas adoptadas por la autoridad penitenciaria y verificar si estas han tenido un impacto efectivo en la mejora de las condiciones de vida y atención de las mujeres, niñas y niños que permanecen en estos espacios.

Uno de los hallazgos transversales identificados por el CPT se refiere a la inadecuación de la infraestructura y de las condiciones de habitabilidad de las secciones materno-infantiles. En los recintos visitados, las SMI no cuentan con espacios plenamente diferenciados, seguros ni adaptados a las necesidades propias del embarazo, el posparto y la crianza temprana. En algunos casos, estas secciones se encuentran insertas en módulos comunes o comparten áreas de circulación y patios con la población penal general, lo que expone a mujeres, lactantes, niñas y niños a procedimientos de seguridad, allanamientos y dinámicas propias del régimen penitenciario ordinario. Esta situación fue observada, por ejemplo, en el CCP de Coyhaique, donde las mujeres gestantes conviven en espacios comunes con la población general femenina, y en Puerto Montt, donde no existe una sección materno-infantil claramente diferenciada. En el caso del CCP de Iquique, el CPT observó que la SMI funciona en condiciones transitorias, con limitaciones relevantes en términos de espacio y equipamiento. Estas condiciones también resultan particularmente críticas en contextos climáticos adversos, en los que se constatan deficiencias de calefacción, aislamiento térmico, ventilación e iluminación.

Las deficiencias de infraestructura también inciden directamente en la seguridad de las niñas y los niños que permanecen en las secciones materno-infantiles. Durante las visitas, el CPT observó espacios con condiciones físicas inadecuadas para la primera infancia, como desniveles, hoyos y otros riesgos presentes en patios y áreas comunes, respecto de los cuales se recibieron relatos de caídas y accidentes que han afectado a niñas y niños. Estas condiciones evidencian que los espacios penitenciarios no han sido adaptados para garantizar un entorno seguro y protector para su desarrollo.

Las deficiencias estructurales se ven agravadas por condiciones de hacinamiento o sobrepoblación, particularmente en recintos como el CP de Puerto Montt, donde la sobreocupación de la sección femenina afecta directamente la posibilidad de garantizar privacidad, descanso y condiciones adecuadas para el cuidado de niñas y niños. Celdas diseñadas para un número reducido de personas son utilizadas por una cantidad mayor de mujeres, lo que afecta tanto la convivencia como el ejercicio de la maternidad en condiciones de dignidad.

Las SMI no cuentan con espacios diferenciados, seguros ni adaptados a las necesidades propias del embarazo, el posparto y la crianza temprana. En algunos casos, estas secciones se encuentran insertas en módulos comunes o comparten circulación y patios con la población penal general, lo que expone a mujeres, lactantes, niñas y niños a procedimientos y dinámicas propias del régimen penitenciario ordinario.

En materia de salud, el CPT ha constatado fallas de carácter sistémico que incrementan los riesgos para la vida, la integridad y la salud de las mujeres y de sus hijas e hijos. En la mayoría de los recintos se observa una dotación insuficiente de personal de salud, en particular de profesionales especializados en salud sexual y reproductiva, así como la ausencia de personal médico permanente. Esta situación se traduce en una atención fragmentada, una sobrecarga sostenida de las matronas y una capacidad limitada de respuesta frente a urgencias obstétricas.

En este contexto, se han documentado situaciones de especial gravedad. En el CPF de San Miguel y en el CCP de Iquique, por ejemplo, se registraron partos al interior de módulos penitenciarios debido a la falta de traslado oportuno a un centro asistencial. A ello se suma la ausencia de ambulancias equipadas para emergencias médicas, ya que los vehículos disponibles son de uso

general y no cuentan con equipamiento sanitario, lo que compromete la respuesta ante situaciones de urgencia.

Asimismo, persisten barreras relevantes para el acceso a controles médicos, exámenes y derivaciones. En este contexto, también se ha verificado la omisión de exámenes esenciales durante el embarazo y demoras prolongadas en la realización de ecografías. En algunos casos, estas dificultades se ven agravadas por la falta de autorización sanitaria de las unidades de enfermería, lo que impide la realización de procedimientos básicos de salud sexual y reproductiva.

Otro hallazgo relevante se vincula con la insuficiente articulación con la red pública de salud y de protección social. En los recintos visitados, se constató que las mujeres gestantes privadas de libertad no acceden de manera efectiva a programas universales como Chile Crece Contigo ni al Programa Nacional de Alimentación Complementaria. En su lugar, reciben prestaciones parciales que no garantizan equivalencia ni continuidad.

Las mujeres migrantes privadas de libertad enfrentan barreras adicionales que profundizan estas brechas. El CPT observó que la falta de redes familiares en el país incide negativamente en el acceso a insumos básicos, el apoyo emocional y el contacto regular con sus hijas e hijos en el exterior, lo que refuerza situaciones de aislamiento y afecta su bienestar psicosocial. Asimismo, la dependencia exclusiva de la provisión estatal acentúa el impacto de las deficiencias en la entrega de artículos de higiene y en el acceso a prestaciones de salud y apoyo psicosocial.

Desde una perspectiva estructural, el monitoreo evidenció que el modelo de gestión penitenciaria, particularmente en los establecimientos concesionados, presenta rigideces que dificultan la adecuación de la oferta institucional a las necesidades específicas de las mujeres gestantes y de las madres que viven con lactantes. La estandarización de programas y servicios, condicionada por los escasos cupos de participación, termina excluyendo de facto a esta población de prestaciones esenciales, como los programas de tratamiento del consumo problemático de sustancias.

En su conjunto, los hallazgos del CPT dan cuenta de una brecha persistente entre el reconocimiento normativo de un estatuto especial de protección y las condiciones reales en las que se ejerce la maternidad en contextos de encierro. Esta situación no solo afecta los derechos de las mujeres privadas de libertad, sino que también compromete directamente el interés superior de niñas y niños, lo que refuerza la necesidad de avanzar hacia respuestas estructurales, diferenciadas y sostenidas en el tiempo, con enfoques de género y de infancia, acordes con el deber reforzado de garante que corresponde al Estado.

Los hallazgos descritos también ponen de manifiesto la importancia de que las autoridades competentes evalúen, en los casos en que el ordenamiento jurídico lo permita y atendiendo a las circunstancias particulares de cada caso, la aplicación de medidas alternativas a la privación de libertad para las mujeres gestantes y aquellas que ejercen el cuidado principal de niñas y niños. Ello resulta consistente con los estándares internacionales de derechos humanos, que reconocen el carácter excepcional que debe revestir la privación de libertad en estos casos y la necesidad de considerar de manera prioritaria el interés superior de niñas y niños.

Diversidad sexogenérica

A partir del principio de igualdad y no discriminación, los Estados deben adoptar medidas diferenciadas para determinados grupos de personas privadas de libertad que se encuentran en una especial situación de vulnerabilidad, entre ellas, las personas LGBTI (Corte Interamericana de Derechos Humanos [Corte IDH], 2022), considerando los riesgos particulares que enfrentan en materia de trato, seguridad, salud y condiciones de reclusión. Desde esta perspectiva, las personas de la diversidad sexogenérica constituyen un grupo de especial protección estatal, cuya situación requiere respuestas institucionales específicas orientadas a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En coherencia con este marco, el Comité de Prevención contra la Tortura ha desarrollado monitoreos específicos respecto de la situación de las personas de la diversidad sexogenérica privadas de libertad en recintos penitenciarios masculinos y femeninos.

En los establecimientos femeninos, el CPT ha observado una serie de hallazgos relevantes que dan cuenta de las particularidades que adquiere la gestión de la diversidad sexogenérica en este tipo de unidades. Así, se ha

Las personas de la diversidad sexogenérica constituyen un grupo de especial protección estatal, cuya situación requiere respuestas institucionales específicas orientadas a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

podido constatar que esta población forma parte de una realidad persistente, aun cuando su reconocimiento institucional y abordaje sistemático siguen siendo limitados. En los recintos penitenciarios femeninos visitados por el CPT con foco en esta temática, se observa una presencia significativa de mujeres lesbianas y bisexuales, así como de identidades trans masculinas.

La población femenina concentra un porcentaje mayor de personas que declaran una orientación sexual diversa, así como identidades de género no binarias o no cisgénero. Sin embargo, esta realidad se enmarca en un contexto institucional caracterizado por debilidades en los registros, inconsistencias en las categorías de sexo y género y una comprensión parcial de estas dimensiones por parte de la administración penitenciaria.

En este sentido, según los registros de Gendarmería de Chile (Oficio N° 14.00.00.256/2026), mientras el 0,9% de la población masculina declara una orientación sexual diversa, esta proporción asciende al 12,4% en la población femenina. En este último grupo, el 7,0% se identifica como bisexual y el 5,4% como homosexual, porcentajes considerablemente superiores a los registrados en la población masculina. En cuanto a la identidad de género, los registros dan cuenta de personas trans privadas de libertad tanto en establecimientos masculinos como femeninos. Sin perjuicio de ello, la población femenina sigue registrando una mayor proporción de personas que declaran explícitamente una identidad trans, con un 2,8%, en comparación con el 0,19% registrado en la población masculina (GENCHI, 2026a).

TABLA 25:
Cantidad y proporción registrada de personas que declaran una orientación sexual diversa o una identidad trans, según sexo registrado.

Indicador	Hombres (N = 57.905)	Mujeres (N = 5.236)	Total (N = 63.141)
Bisexual	127 (0,22%)	368 (7,03%)	495 (0,78%)
Homosexual	395 (0,68%)	280 (5,35%)	675 (1,07%)
Total orientación sexual diversa	522 (0,90%)	648 (12,38%)	1.170 (1,85%)
Hombre trans	14 (0,02%)	109 (2,08%)	123 (0,19%)
Mujer trans	98 (0,17%)	36 (0,69%)	134 (0,21%)
Total identidades trans	**112 (0,19%)**	**145 (2,77%)**	**257 (0,41%)**

Elaboración propia a partir de información entregada por Gendarmería de Chile vía Oficio N°14.00.00.256/2026 al 31 de diciembre de 2025. Los porcentajes se calcularon sobre el total de población registrada por sexo. Debido a la alta proporción de registros sin información, especialmente en la variable identidad de género, estas cifras describen únicamente las declaraciones incorporadas en el registro institucional y no deben interpretarse como estimaciones de prevalencia.

Ahora bien, el análisis de la información evidencia importantes inconsistencias en la forma en que esta variable es levantada y sistematizada. En efecto, el 44,6% de la población penal no registra información sobre su identidad de género, porcentaje que alcanza el 46,0% en la población masculina y el 28,7% en la femenina. Con todo, el cruce entre las variables de sexo e identidad de género revela criterios de registro heterogéneos. Se observan categorías que parecen combinar indistintamente el sexo asignado al nacer, el sexo registral y la identidad de género autopercibida. La coexistencia de registros de personas identificadas como hombres o mujeres con categorías específicas para personas trans, sin criterios uniformes de clasificación, dificulta la interpretación de la información y limita su utilidad para caracterizar a esta población.

Desde la perspectiva de la prevención de la tortura, estas deficiencias trascienden un problema meramente estadístico. La ausencia de información completa, consistente y basada en criterios estandarizados restringe la capacidad institucional para identificar necesidades específicas de protección, adoptar medidas diferenciadas y monitorear las condiciones de privación de libertad de las personas de la diversidad sexogenérica.

Por otra parte, los recintos visitados evidencian que los procesos de ingreso, clasificación y segmentación no siempre atienden a particularidades específicas, sino que responden a criterios generales o sesgos discrecionales aplicados por las funcionarias y los funcionarios. En particular, se identificó una sobrerrepresentación de personas de la diversidad sexogenérica, especialmente hombres trans, en módulos de alto compromiso delictual, módulos de segmentación agotada o regímenes más estrictos, lo que incrementa los riesgos de aislamiento, estigmatización y traslados reiterados como mecanismos de control. Asimismo, si bien existen avances normativos relevantes en esta dimensión, como el reconocimiento del nombre social y de las prácticas de autoidentificación, estos no se traducen de manera homogénea en las dinámicas cotidianas ni en la toma de decisiones relativas a la gestión penitenciaria al interior de los establecimientos.

En materia de trato, seguridad y convivencia, el monitoreo da cuenta de una tolerancia relativa hacia la diversidad sexogenérica en las cárceles de mujeres, que coexiste con prácticas discursivas y relacionales que reproducen estereotipos de género y lógicas binarias. El lenguaje utilizado por el personal y entre pares, así como la asignación informal de roles asociados a expresiones de masculinidad y feminidad, influyen en las jerarquías internas y en la percepción de conflictividad. Si bien no se identifican niveles generalizados de violencia abierta, sí emergen situaciones de violencia simbólica, tensiones en la vida sexoafectiva y prácticas de control que pueden derivar en tratos humillantes, particularmente durante procedimientos de seguridad y allanamientos que no siempre respetan los estándares vigentes ni la identidad de género de las personas involucradas.

En el ámbito de la salud, los hallazgos en ambos recintos muestran brechas relevantes en el acceso a prestaciones con un enfoque inclusivo. Persisten dificultades en la atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres lesbianas, bisexuales y hombres trans, así como una escasa educación sexual integral adaptada a prácticas sexoafectivas diversas. En el caso de las personas trans, el acceso a terapias hormonales es limitado, fragmentado y condicionado por largos tiempos de espera en la red pública, sin que exista un acompañamiento psicosocial sistemático durante los procesos de transición. Estas carencias afectan directamente la salud física y mental de las personas privadas de libertad y refuerzan situaciones preexistentes de vulnerabilidad.

La ausencia de información completa, consistente y basada en criterios estandarizados restringe la capacidad institucional para identificar necesidades específicas de protección, adoptar medidas diferenciadas y monitorear las condiciones de privación de libertad de las personas de la diversidad sexogenérica.

En su conjunto, el monitoreo en recintos penitenciarios femeninos pone de manifiesto que la diversidad sexogenérica continúa siendo abordada de manera parcial y reactiva, más que como una dimensión estructural de la política penitenciaria. La coexistencia de avances normativos y prácticas institucionales insuficientes evidencia la necesidad de fortalecer una gestión penitenciaria integral que incorpore de forma transversal un enfoque de derechos humanos y de prevención de la tortura, reconozca las especificidades de las personas de la diversidad sexogenérica privadas de libertad y garantice condiciones de reclusión compatibles con su dignidad y necesidades particulares.

3.4 Salud mental en recintos penitenciarios

La prevalencia de todos los trastornos mentales investigados es mayor en las personas privadas de libertad que en la población general, y la evidencia disponible es consistente en señalar bajas tasas de identificación y tratamiento de estos trastornos al interior de las cárceles, junto con un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas, suicidio, autolesiones, violencia y victimización (Fazel et al., 2016). Las personas privadas de libertad tienen varias veces más probabilidad que la población general de presentar psicosis y depresión mayor: una revisión de 62 estudios en 12 países estimó que el 3,7% de los hombres reclusos tenía una enfermedad psicótica y el 10% depresión mayor (Fazel & Danesh, 2002), y en Inglaterra y Gales la prevalencia de psicosis funcional probable fue más de diez veces mayor en prisión que en la comunidad (52 frente a 4,5 por cada 1.000 personas) (Brugha et al., 2005). En países de ingresos medios y bajos, se estima que el 6,2% de las personas privadas de libertad presenta psicosis y el 16% depresión mayor (Baranyi et al., 2019). En Chile, al momento de ingresar al sistema penal, el 54% de los hombres y el 43% de las mujeres presenta depresión mayor (Mundt et al., 2016), frente a un 2,1% y un 10,1%, respectivamente, en la población general adulta, aunque ambos estudios usan instrumentos diagnósticos distintos (Nazar et al., 2021). Si bien los síntomas tienden a disminuir en reclusión, una proporción persiste: en un seguimiento de 79 personas que ingresaron con depresión mayor a cárceles de Santiago, el 44% seguía presentándola al cabo de un año (Baier et al., 2016).

En este contexto, la salud mental de las personas privadas de libertad ha constituido una materia de especial preocupación para el Comité de Prevención contra la Tortura. Durante el período informado, el CPT profundizó el monitoreo de esta temática, considerando que las deficiencias en la atención de salud mental, sumadas a las condiciones de privación de libertad, pueden incrementar el riesgo de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, particularmente para las personas en una especial situación de vulnerabilidad.

Diagnósticos prevalentes y acceso a tratamiento durante el encierro

La atención de salud mental en cárceles opera a través de unidades de salud internas de baja complejidad y derivaciones a la red externa para casos complejos. A enero de 2026, la base proporcionada por Gendarmería de Chile vía Oficio N° 14.00.00.256/2026 registra 3.111 personas privadas de libertad con al menos un diagnóstico de salud mental. Tomando como referencia la población recluida 24 horas al 31 de diciembre de 2025, esta cifra corresponde aproximadamente al 4,9% del total. En conjunto, estas personas acumulan 4.281 registros diagnósticos CIE-10[44]. Un total de 967 personas —31,1%— presenta dos o tres diagnósticos registrados simultáneamente, evidenciando un patrón de comorbilidad psiquiátrica que exige un abordaje terapéutico integrado. Los diagnósticos más presentes son los de personalidad y comportamiento del adulto (28,7% de los 4.281 registros CIE-10) y aquellos por consumo de sustancias psicotrópicas (21,2%), seguidos por diagnósticos neuróticos, adaptativos y relacionados con estrés (18,9%). El 4,0% corresponde a diagnósticos psicóticos —esquizofrenia y diagnósticos delirantes— que requieren supervisión psiquiátrica especializada continua, frecuentemente incompatible con el régimen carcelario. Más de la mitad de los diagnósticos registrados corresponde a cuadros que demandan atención especializada distinta de la contención farmacológica general. Esta cifra se

44 Las categorías diagnósticas se agrupan según los capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión (CIE-10): personalidad y comportamiento del adulto (F60–F69); consumo de sustancias psicotrópicas (F10–F19); trastornos neuróticos, adaptativos y relacionados con el estrés (F40–F48); y diagnósticos psicóticos, que incluyen esquizofrenia y trastornos delirantes (F20–F29).

ubica muy por debajo de las prevalencias reportadas por estudios epidemiológicos en cárceles chilenas: al momento del ingreso al sistema penal, el 54% de los hombres y el 43% de las mujeres presenta depresión mayor (Mundt et al., 2016).

Esta base diagnóstica da cuenta de las personas que han recibido un diagnóstico de salud mental dentro del sistema penitenciario y, por lo tanto, no representa necesariamente a la totalidad de quienes requieren atención en este ámbito. Asimismo, Gendarmería no cuenta con un registro centralizado sobre cuántas personas privadas de libertad tienen discapacidad psicosocial ni sobre su ubicación. La pesquisa de estos casos se realiza mayoritariamente por demanda espontánea o ante crisis agudas, situación que constituye, en sí misma, un nudo crítico para cualquier política de atención oportuna.

La salud mental de las personas privadas de libertad ha constituido una materia de especial preocupación para el Comité de Prevención contra la Tortura. Durante el período informado, el CPT profundizó el monitoreo de esta temática, considerando que las deficiencias en la atención de salud mental, sumadas a las condiciones de privación de libertad, pueden incrementar el riesgo de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, particularmente para las personas en una especial situación de vulnerabilidad.

Las unidades de salud penitenciaria, además, no cuentan con especialistas en salud mental con dedicación suficiente y exclusiva. El alto uso de psicofármacos no va acompañado de planes de recuperación participativos ni de la entrega de información suficiente a las personas sobre sus diagnósticos, fármacos y efectos secundarios, lo que restringe el ejercicio de la capacidad jurídica y la toma de decisiones reconocidos en el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). A esto se suma la ausencia de formación del personal penitenciario para abordar condiciones de salud mental y situaciones críticas. Si bien existen circulares puntuales y manuales regionales, esta formación no se extiende a todo el personal de trato directo y de salud de los recintos penitenciarios del país.

Con todo, el monitoreo del CPT da cuenta de una dotación insuficiente y de cargas asistenciales que dificultan una evaluación clínica adecuada, el seguimiento de los casos y la implementación de abordajes terapéuticos integrales. Esta situación se traduce, en la práctica, en atenciones breves, escasamente personalizadas y con un énfasis predominante en la prescripción farmacológica, en desmedro de las intervenciones psicosociales y del acompañamiento continuo (CPT, 2026).

Por otra parte, a enero de 2026, Gendarmería informó que había 43 personas hospitalizadas en unidades de salud penitenciaria por motivos directamente asociados a la salud mental (Oficio N° 14.00.00.256/2026). Tal como evidencia la siguiente tabla, entre los motivos de ingreso registrados se observan categorías asociadas a riesgo o intento suicida, esquizofrenia o brotes psicóticos, trastornos por consumo de sustancias, trastornos de personalidad y motivos administrativos o judiciales. Si bien esta cifra representa únicamente los casos que requirieron un nivel de atención de mayor complejidad, las permanencias registradas dan cuenta de la gravedad de las condiciones de salud: la mitad de estas personas llevaba más de dos meses hospitalizada —66 días o más— a la fecha y, al menos, una permanecía hospitalizada desde hacía más de dos años —749 días—. Estos antecedentes evidencian la necesidad de fortalecer los tratamientos continuos, el seguimiento clínico y las alternativas sanitarias y sociosanitarias especializadas de larga permanencia para estos casos.

GRÁFICO 20:
Número y motivos registrados de ingreso a dispositivos de salud de Gendarmería de Chile (n = 43 hospitalizaciones).



Elaboración propia a partir de información entregada por Gendarmería de Chile a enero 2026 vía Oficio N°14.00.00.256/2026. Los motivos de ingreso fueron registrados originalmente en texto libre y posteriormente clasificados en una categoría principal para efectos descriptivos. La clasificación fue realizada a partir de la información clínica y administrativa disponible en cada registro.

Esto es preocupante al considerar los hallazgos del monitoreo en relación con el régimen de encierro de estas unidades de salud. Entre 2022 y 2025, el CPT documentó un escenario crítico de vulneración del deber reforzado de protección del Estado: tanto las personas con discapacidad psicosocial como aquellas que tienen algún diagnóstico asociado a la salud mental y permanecen recluidas en unidades de salud penitenciaria se encuentran bajo un régimen prolongado e indeterminado, frecuentemente sin acceso a patio ni actividades. La respuesta institucional predominante ante descompensaciones o crisis consiste en la contención farmacológica mediante sedación y la contención física con grilletes metálicos en manos y pies, sujetos a las estructuras de las camillas.

Durante el monitoreo, se constataron lesiones físicas y heridas en las extremidades de estas personas producto del uso prolongado de dichos grilletes. En muchos casos, las personas permanecen en estas dependencias por órdenes judiciales o razones de seguridad y no por motivos de salud. El recurso a la contención mecánica y al aislamiento como respuesta a crisis de salud mental se aleja de cualquier abordaje terapéutico adecuado y puede constituir un trato cruel, inhumano o degradante. Las Reglas Nelson Mandela prohíben el uso de cadenas, grilletes u otros instrumentos de coerción física que por su naturaleza sean degradantes o causen dolor (Naciones Unidas, 2015, regla 47).

La criticidad del escenario descrito se enmarca, además, en un contexto de precariedad general del sistema de salud mental chileno en materia de financiamiento y red de atención, junto con un aumento sostenido de la demanda. En 2023, GENCHI destinó solo el 0,28% de su presupuesto a salud (CPT, 2023). El modelo resultante concentra la atención en la prescripción de psicofármacos, sin un enfoque terapéutico continuo ni planes de recuperación (CPT, 2022; CPT, 2023; CPT, 2024; CPT, 2026). El CPT constató que un número

relevante de personas privadas de libertad desconoce los nombres, las dosis y los efectos secundarios de los medicamentos que recibe, lo que anula, en la práctica, el consentimiento libre, previo e informado exigido por la CDPD y la Ley N° 20.584. La ausencia de una ficha clínica integrada entre GENCHI y la red de salud pública eleva el riesgo de duplicación de medicamentos e interrupción de tratamientos (CPT, 2024). Asimismo, se documentaron deficiencias críticas en la continuidad de los tratamientos farmacológicos y, en los casos más graves, fallecimientos bajo custodia (CPT, 2026).

Al no contar con personal de trato directo capacitado, es el personal de custodia quien interviene ante estas situaciones de crisis —como alteraciones de la conducta o la negativa a ingerir fármacos—, sin protocolos diferenciados, interpretando estas conductas como infracciones disciplinarias y agravando el riesgo de uso desproporcionado de la fuerza, además de burlas y tratos degradantes. El CPT ha observado asimismo la práctica de "vigilancia delegada", en la que el personal penitenciario encomienda informalmente a otras personas privadas de libertad la supervisión del riesgo suicida de personas con discapacidad psicosocial —una práctica improcedente que transfiere una responsabilidad indelegable del Estado y expone a nuevas formas de abuso—, agravada por el hecho de que varias de estas personas no debieran encontrarse recluidas en un recinto penitenciario ya que se encuentran bajo medidas de internación provisional o medidas de seguridad, a la espera de liberación de cupos en unidades forenses de la red pública de salud[45] (CPT, 2026).

Las brechas identificadas en la atención y protección de la salud mental en contextos de privación de libertad generan consecuencias graves y persistentes, que se expresan en altos niveles de sufrimiento psíquico y en riesgos significativos para la vida y la integridad de las personas privadas de libertad. El monitoreo evidencia la recurrencia de conductas autolesivas, ideación suicida, intentos de suicidio y autoagresiones, lo que da cuenta de la insuficiencia de las medidas de prevención, detección temprana y abordaje integral de las crisis de salud mental al interior de los establecimientos penitenciarios.

45 Este tema se desarrolla en profundidad en la sección 2.3. Tránsito de personas con diagnósticos de salud mental por el cuidado y la custodia del Estado del presente informe.

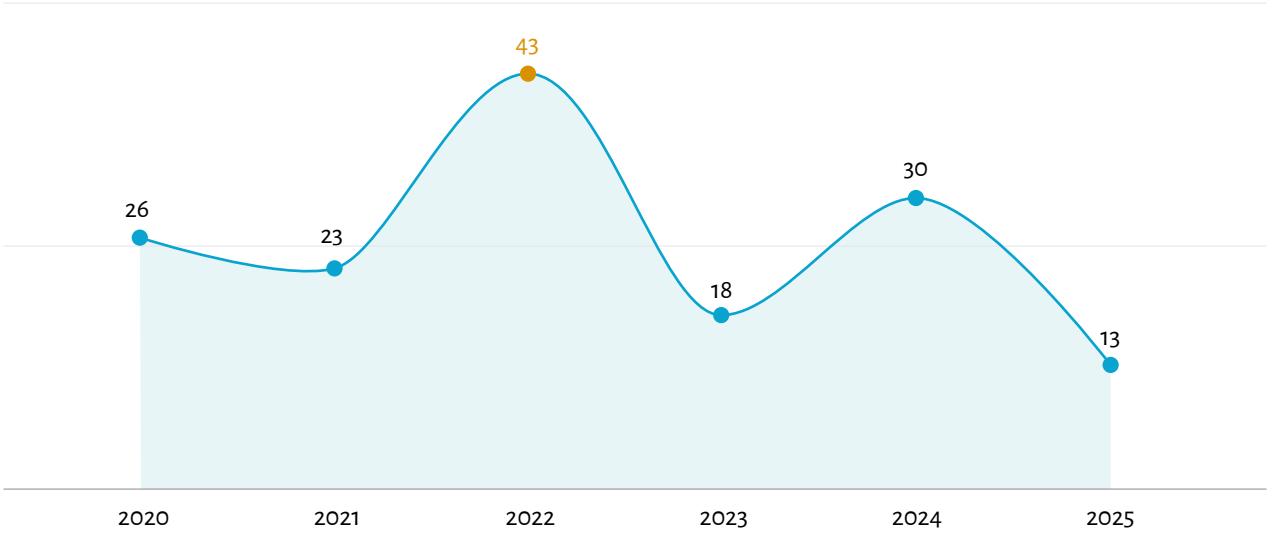
Al no contar con personal de trato directo capacitado, es el personal de custodia quien interviene ante situaciones de crisis, sin protocolos diferenciados, interpretando estas conductas como infracciones disciplinarias y agravando el riesgo de uso desproporcionado de la fuerza.

Suicidios en recintos penitenciarios

El Oficio N° 14.00.00.256/2026 de GENCHI informa que, entre enero de 2020 y diciembre de 2025, 153 personas privadas de libertad en recintos penitenciarios fallecieron por suicidio, cifra equivalente al 15,8% del total de 968 muertes registradas durante el período. El suicidio fue la tercera causa de muerte, después de las enfermedades (50,4%) y las riñas o agresiones (25,7%). El 71,2% de las personas fallecidas por suicidio se encontraba en calidad de imputada al momento de su muerte, pese a que las personas imputadas representaron, en promedio, el 36,3% de la población recluida en régimen cerrado y semiabierto entre 2020 y 2025 (Gendarmería de Chile, 2020-2025). Es decir, alojando a poco más de un tercio de la población penal, concentran más de dos tercios de los suicidios, lo que equivale a un riesgo aproximadamente cuatro veces mayor que el de las personas condenadas. Esto sugiere que las primeras etapas de la privación de libertad representan un período de particular vulnerabilidad, marcado por la incertidumbre procesal, la adaptación al encierro y, en muchos casos, la ausencia de una evaluación oportuna de las necesidades de salud mental.

Tal como lo evidencia el siguiente gráfico, la cantidad anual de suicidios muestra una tendencia irregular desde 2020, con un máximo de 43 casos en 2022: 26 casos en 2020, 23 en 2021, 43 en 2022, 18 en 2023, 30 en 2024 y 13 en 2025.

GRÁFICO 21:
Cantidad de personas privadas de libertad en recintos penitenciarios que fallecen por suicidio por año, 2020 - 2025.



Elaboración propia a partir de datos entregados por Gendarmería de Chile vía Oficio N°14.00.00.256/2026.

Entre enero de 2020 y diciembre de 2025, 153 personas privadas de libertad en recintos penitenciarios fallecieron por suicidio, cifra equivalente al 15,8% del total de 968 muertes registradas durante el período. El suicidio fue la tercera causa de muerte, después de las enfermedades (50,4%) y las riñas o agresiones (25,7%). El 71,2% de las personas fallecidas por suicidio se encontraba en calidad de imputada al momento de su muerte.

La siguiente tabla muestra que, diez establecimientos penitenciarios concentran el 66% (101) de los suicidios del período (153): el CDP Santiago I —el establecimiento con mayor número absoluto de suicidios registrados en el período, con 26 suicidios entre 2020 y 2025, un 17% del total nacional—, seguido de CP Rancagua (13), CP Puerto Montt (12), CP La Serena (10), CP Alto Hospicio (8), CP Arica (8), CP Valparaíso (7), C.D.P. Santiago Sur (6), C.P. Valdivia (6) y C.P. Punta Arenas (5). Se observa que seis de los diez establecimientos con mayor número absoluto de suicidios corresponden a recintos concesionados, lo que ya anticipa el hallazgo que se profundiza más adelante en esta sección. Esta sobrerrepresentación ya se observaba en la década anterior: entre 2006 y 2015, el 39,4% de los suicidios en cárceles ocurrió en recintos concesionados (Ceballos-Espinoza et al., 2016), que en 2009 albergaban cerca del 19% de la población penal (Martínez Mercado & Espinoza Mavila, 2009, citado en Ceballos-Espinoza et al., 2016)[46].

46 Esta distribución corresponde a conteos y no considera el tamaño de la población de cada establecimiento. La comparación por tasas se presenta más adelante en esta sección.

TABLA 26:
Establecimientos penitenciarios con mayor cantidad de personas privadas de libertad que fallecen por suicidio entre los años 2020 y 2025.

Establecimiento penitenciario	N° suicidios
C.D.P. Santiago I (concesionado)	26
C.P. Rancagua (concesionado)	13
C.P. Puerto Montt (concesionado)	12
C.P. La Serena (concesionado)	10
C.P. Alto Hospicio (concesionado)	8
C.P. Arica	8
C.P. Valparaíso	7
C.D.P. Santiago Sur	6
C.P. Valdivia (concesionado)	6
C.P. Punta Arenas	5

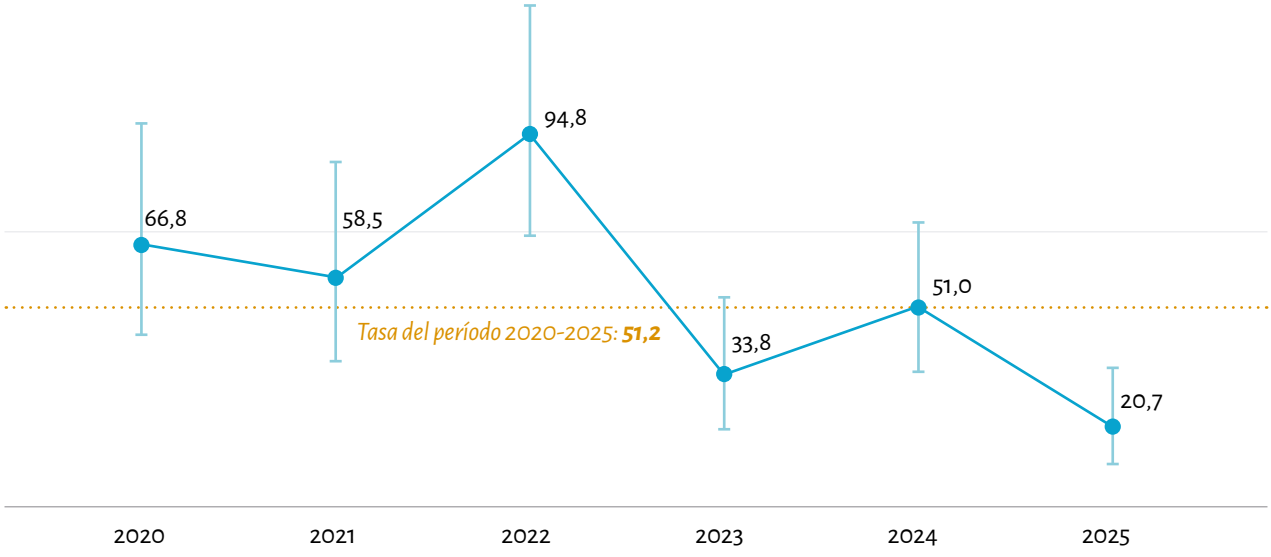
Elaboración propia a partir de datos entregados por Gendarmería de Chile (2026). Nota: La tabla presenta frecuencias absolutas acumuladas entre 2020 y 2025. No considera el tamaño de la población de cada establecimiento, por lo que no permite comparar riesgos relativos entre recintos.

El número de suicidios no siempre es proporcional al tamaño de la población penal, por lo que la tasa - suicidios en relación con la población privada de libertad - permite una comparación más adecuada que el conteo de casos. Entre 2020 y 2025, la tasa de suicidio en el sistema penitenciario fue de 51,2 por cada 100.000 personas privadas de libertad al año, calculada sobre 153 suicidios y una población promedio de 49.756 personas recluidas en régimen cerrado y semiabierto (Gendarmería de Chile, 2020-2025). En el mismo período, la tasa de suicidio de la población de 18 años o más del país fue de 11,9 por 100.000 personas al año. Como la población penal es mayoritariamente masculina y los hombres presentan tasas de suicidio cerca de cinco veces superiores a las de las mujeres, la comparación se ajustó por sexo: en los recintos penitenciarios ocurrieron 2,7 veces los suicidios que se esperarían si hombres y mujeres privados de libertad tuvieran las tasas de la población adulta del país (DEIS, 2026; INE, 2026)[47].

Como muestra el siguiente gráfico, la tasa anual presenta una evolución irregular, con su valor más alto en 2022 (94,8 por 100.000) y el más bajo en 2025 (20,7 por 100.000).

47 Suicidios de personas de 18 años o más (CIE-10 X60-X84): DEIS, bases de defunciones 1990-2023 (cifras oficiales) y 2024-2026 (corte 20-10-2026, cifras sujetas a actualización). Población de 18 años o más al 30 de junio: INE, Estimaciones y proyecciones de población 1992-2070, base 2024. Intervalo de confianza al 95% de la razón ajustada: 2,3 a 3,2. Por sexo, la tasa en cárceles fue de 53,0 por 100.000 en hombres (2,7 veces la de los hombres adultos del país, 19,9) y de 30,2 en mujeres (7,1 veces la de las mujeres adultas, 4,3), esta última basada en solo siete casos.

GRÁFICO 22:
Evolución de la tasa anual de suicidios en cárceles
por cada 100.000 personas privadas de libertad en régimen cerrado, 2020-2025.



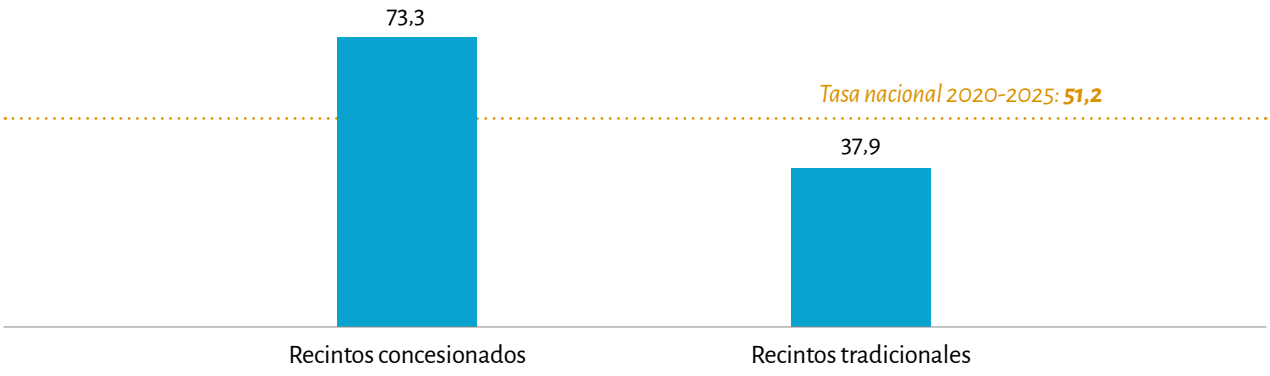
Elaboración propia a partir de los registros de suicidios de Gendarmería de Chile informados vía Oficio N°14.00.00.256/2026 y de la población al 31 de diciembre de cada año recluida 24 horas en régimen cerrado o en régimen semiabierto (CET), según los Compendios Estadísticos Penitenciarios 2020-2025 (Gendarmería de Chile, 2020-2025). Tasa anual = suicidios del año ÷ población al 31 de diciembre × 100.000. La población al 31 de diciembre se utiliza como aproximación de la población promedio expuesta durante el año. La línea punteada indica la tasa del período completo (51,2 por 100.000), calculada como el promedio anual de suicidios (25,5) sobre la población promedio del período (49.756 personas). Las barras verticales indican el intervalo de confianza al 95% de cada tasa anual, calculado con método Poisson. Dado el número reducido de casos por año, las tasas anuales presentan una variabilidad considerable y deben interpretarse con cautela.

En Chile existen ocho establecimientos penitenciarios concesionados que operan bajo un modelo público-privado: Gendarmería mantiene la seguridad y la custodia, mientras que una empresa privada se encarga de la infraestructura, mantención y servicios básicos. Estos ocho recintos son CP Alto Hospicio, CCP Antofagasta, CP La Serena, el CDP Santiago I, CP Rancagua, el CP Biobío, CP Valdivia y CP Puerto Montt (MINJUDDHH, 2021; MOP, s.f.)[48]. Pese a ser una minoría entre los recintos del país, concentran una parte importante de la población penal: entre 2020 y 2025 albergaron, en promedio, a 18.540 personas, equivalentes al 37,3% de la población en régimen cerrado y semiabierto (Gendarmería de Chile, 2020-2025). Sin embargo, estos ocho recintos concentraron 82 de los 153 suicidios registrados en el período (53,6%). Al considerar el tamaño de su población, la tasa de suicidio en los recintos concesionados fue de 73,7 por cada 100.000 personas privadas de libertad al año, frente a 37,9 por 100.000 en el resto de los establecimientos del país. Es decir, el riesgo de suicidio en los recintos concesionados fue 1,9 veces el del resto del sistema penitenciario[49].

48 Un noveno recinto concesionado, el Complejo Penitenciario de Talca, todavía no recibe población penal, por lo que no se incluyó en este análisis. El antiguo CP Concepción (El Manzano) se considera tradicional hasta 2022: su área anexada, el CCP Concepción, entró en explotación concesionada el 4 de septiembre de 2023 como parte del Complejo Penitenciario Biobío (Decreto N° 17, 2022; MOP, 2023).

49 La comparación descriptiva muestra una tasa bruta mayor en el grupo de establecimientos concesionados. Sin embargo, esta diferencia no permite atribuir un efecto causal al modelo de administración, ya que no controla por composición de la población, calidad procesal, rotación, sobreocupación, nivel de complejidad ni otras características de los establecimientos.

GRÁFICO 23:
Tasa de suicidios por cada 100.000 personas privadas
de libertad al año en régimen cerrado, según tipo de establecimiento, 2020-2025.



Elaboración propia a partir de los registros de suicidios de Gendarmería de Chile informados vía Oficio N°14.00.00.256/2026 y de la población al 31 de diciembre de cada año recluida 24 horas en régimen cerrado o en régimen semiabierto (CET), según los Compendios Estadísticos Penitenciarios 2020-2025 (Gendarmería de Chile, 2020-2025). La población de cada tipo de establecimiento se estimó aplicando a la población de cada año la proporción recluida en los ocho recintos concesionados, calculada con la población por establecimiento de las estadísticas de Sistema Cerrado de Gendarmería de Chile (2020-2025). Tasa = suicidios del período ÷ suma de la población de los seis años × 100.000. Recintos concesionados: 82 suicidios (13,7 al año) sobre una población promedio de 18.540 personas. Resto de los establecimientos, incluidos los CET: 71 suicidios (11,8 al año) sobre una población promedio de 31.216 personas. La línea punteada indica la tasa nacional del período (51,2 por 100.000). Las barras verticales indican el intervalo de confianza al 95%.

El perfil de mayor riesgo de suicidio en cárceles chilenas corresponde a hombres jóvenes (entre 21 y 30 años), solteros, con estudios básicos y sin condenas previas, aunque dos tercios registraban ingresos anteriores a prisión, principalmente como imputados; para ellos, la adaptación a la vida carcelaria resulta especialmente difícil (Ceballos-Espinoza et al., 2016). El 65% de los suicidios ocurrió durante el primer año de ingreso (Ceballos-Espinoza et al., 2016), y la evidencia internacional muestra que el riesgo se concentra en los primeros días: en Inglaterra y Gales, cerca de un tercio de los suicidios en prisión ocurrió durante la primera semana tras el ingreso (Shaw et al., 2004).

Existe una relación documentada entre los diagnósticos de salud mental y el suicidio: el diagnóstico psiquiátrico actual se asocia a un riesgo de suicidio en prisión unas seis veces mayor (OR = 6,4) (Zhong et al., 2021). Los diagnósticos más comunes asociados al suicidio en prisión son los trastornos de la personalidad y los síntomas psicóticos, aunque en el momento del acto suicida predominan la depresión, la ansiedad y la desesperanza (Daniel, 2006). En Chile, el estado depresivo fue el motivo más reportado por testigos y compañeros en los suicidios en cárceles (43,2%) (Ceballos-Espinoza et al., 2016). Un intento de suicidio previo se asocia a un riesgo unas ocho veces mayor (OR = 8,2) (Zhong et al., 2021), y el 8,6% de los hombres y el 12,2% de las mujeres intenta suicidarse durante la reclusión (Favril et al., 2022).

El abuso de sustancias es otro factor relevante. En cárceles chilenas, el 12,2% de la población presenta algún trastorno por uso de sustancias, el 8,3% trastornos de ansiedad y el 8,1% trastornos afectivos. Comparados con la población general, los hombres privados de libertad presentan más depresión mayor (6,1% frente a 3,7%) y más abuso y dependencia de drogas ilícitas, aunque menos abuso y dependencia de alcohol (Mundt et al., 2013). El ingreso en prisión

reúne, además, varios rasgos de un evento traumático: la ruptura con el estilo de vida habitual, el alejamiento de la red social y la inserción en un medio con muchas privaciones (Ruiz, 2007). Conlleva también estresores que se acumulan, como la afectación de la red de apoyo familiar (Mellizo & Moreno, 2006), y la ausencia de visitas ha sido identificada como factor de riesgo de suicidio en prisión (Zhong et al., 2021). A ello se suman las bajas tasas de detección y tratamiento de trastornos psiquiátricos en prisión (Fazel et al., 2016).

Consistente con ello, de las 43 personas que se encontraban hospitalizadas por motivos de salud mental en unidades de salud penitenciaria al 12 de enero de 2026, el principal motivo de ingreso correspondió a riesgo o ideación suicida, intentos suicidas o conductas autolesivas (12 casos, 27,9%), seguido de esquizofrenia o brotes psicóticos (9 casos) (Oficio N° 14.00.00.256/2026). Asimismo, durante 2025 se reportaron al Departamento de Salud de Gendarmería 206 eventos críticos, de los cuales 32 correspondieron a intentos de suicidio (15,5%), 21 a ideación suicida (10,2%), 17 a autoagresiones (8,3%) y 5 a suicidios (2,4%). En conjunto, más de un tercio de los eventos críticos reportados (36,4%) se relacionó con conductas suicidas o autolesivas.[50]

En este marco, la salud mental constituye uno de los nudos críticos del encarcelamiento femenino. A nivel mundial, la incidencia de suicidio en mujeres privadas de libertad es entre 10 y 32 veces la de la población general (Mundt et al., 2024). Un estudio de casos y controles realizado en todas las cárceles cerradas de mujeres de Inglaterra y Gales encontró que las mujeres que habían realizado actos autolesivos casi letales presentaban niveles significativamente mayores de trastornos psiquiátricos y de comorbilidad que el resto de las reclusas (Marzano et al., 2010). En la misma población, estos actos se asociaron a experiencias traumáticas pasadas —incluidas distintas formas de abuso en la infancia— y a acontecimientos vitales recientes, así como a factores propios de la privación de libertad: encontrarse en prisión preventiva, estar alojada en celda individual y reportar experiencias negativas del encarcelamiento (Marzano et al., 2011).

50 Estas cifras corresponden a eventos reportados y no necesariamente a personas distintas.

A nivel mundial, la incidencia de suicidio en mujeres privadas de libertad es entre 10 y 32 veces la de la población general. Un estudio de casos y controles realizado en todas las cárceles cerradas de mujeres de Inglaterra y Gales encontró que las mujeres que habían realizado actos autolesivos casi letales presentaban niveles significativamente mayores de trastornos psiquiátricos y de comorbilidad que el resto de las reclusas.

Los autores concluyen que la prevención del suicidio en cárceles de mujeres requiere un enfoque integral, que incluya intervenciones para mujeres que han sufrido abusos o duelos, y medidas para mejorar la relación entre el personal y las internas y reducir el acoso.

El monitoreo desarrollado ha permitido constatar que, pese a la elevada prevalencia de problemas de salud mental en el contexto penitenciario, persisten importantes deficiencias en la respuesta estatal para garantizar una atención adecuada, oportuna y continua[51]. Estas brechas favorecen el agravamiento de los problemas de salud mental durante la privación de libertad, afectan el ejercicio y garantía de derechos humanos, particularmente el derecho a la salud y a la integridad personal, y generan un impacto particularmente grave en las personas con discapacidad psicosocial, quienes enfrentan un riesgo más elevado de sufrir vulneraciones en el contexto de encierro.

51 Los antecedentes presentados en este apartado provienen de registros administrativos de atención en salud mental y hospitalización. En consecuencia, describen la demanda atendida por la red asistencial y no la totalidad de las necesidades de salud mental de las personas privadas de libertad.

Análisis

El monitoreo desarrollado por el CPT durante estos años permite formular un balance transversal del sistema penitenciario chileno, que da cuenta del carácter estructural de las vulneraciones descritas en el presente capítulo. El hacinamiento, el deterioro de la infraestructura, las prácticas de violencia institucional y entre pares y las brechas en la atención de la salud física y mental configuran un escenario que, en su conjunto, expone a las personas privadas de libertad a un riesgo continuo de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

En este ámbito, el CPT identifica tres factores interrelacionados que explican la persistencia de estas vulneraciones. El primero es la desinformación: la mayoría de las personas que ingresan al sistema no reciben información suficiente sobre sus derechos ni sobre los mecanismos disponibles para ejercerlos. El segundo, y el más crítico, es el miedo: en prácticamente todos los recintos monitoreados existe la convicción de que denunciar conlleva consecuencias negativas, fundada en el hecho de que las represalias efectivamente ocurren. El tercero es la impunidad: incluso cuando se denuncia una vulneración, la investigación depende, en gran medida, de la misma institución cuyo personal ha sido denunciado, mientras que los testigos enfrentan riesgos que desincentivan su colaboración. La impunidad refuerza el miedo a denunciar y el miedo contribuye a perpetuar la impunidad. Este círculo, mientras no se rompa, seguirá limitando la efectividad de cualquier mecanismo de protección implementado de manera aislada.

A lo anterior se suman las brechas de género e interseccionalidad que afectan de manera diferenciada a las mujeres, las personas de la diversidad sexogenérica, las personas migrantes, las personas pertenecientes a pueblos indígenas y las personas mayores, entre otras poblaciones, cuyas necesidades específicas aún no se traducen de forma homogénea en la gestión penitenciaria.

Con todo, el Comité reconoce la existencia de prácticas concretas que representan avances, como los sistemas de registro de denuncias con trazabilidad o los espacios específicos para la constatación de lesiones, así como de funcionarias y funcionarios comprometidos con el buen trato. Sin embargo, el carácter excepcional de estas prácticas forma parte del diagnóstico: la protección de los derechos de las personas privadas de libertad debe transformarse en un estándar institucional obligatorio, con una supervisión permanente que asegure su cumplimiento.

Romper el círculo de desinformación, miedo e impunidad exige avanzar simultáneamente en tres dimensiones: a) fortalecer el acceso efectivo a la información sobre derechos desde el ingreso al sistema; b) garantizar la independencia real de los mecanismos de investigación y la protección frente a represalias; y c) consolidar una ley de ejecución de la pena que regule de manera integral los derechos de las personas privadas de libertad. A ello se suma la necesidad de institucionalizar enfoques de género, interseccional y de prevención de la tortura en la gestión penitenciaria. Para ello, se deben destinar recursos e implementar una supervisión permanente de las prácticas penitenciarias, de modo que la protección de la dignidad de las personas privadas de libertad se convierta en un estándar exigible en el sistema penitenciario.



La relación del Estado con las personas indígenas en el contacto con la justicia y el sistema penitenciario

Centro de Detención Preventiva de Angol. Región de La Araucanía.

Misión de Observación de La Araucanía

Octubre, 2021
Primera fase en La Araucanía (CCP Temuco, CDP Angol, CET Vilcún, CIP-CRC Chol-Chol) y *trawün* con comunidades de las personas privadas de libertad.

Mayo, 2022
Segunda fase; *nguillatún* en el CET de Vilcún, que el Comité observa como práctica de pertinencia cultural.

Julio, 2023
CP Rancagua, entrevistas a personas mapuche en huelga de hambre.

Septiembre, 2023
CCP Biobío y Lebu, foco en reinserción con pertinencia cultural.

Marzo, 2024
Comisarías y unidades de Control de Orden Público de Carabineros en La Araucanía.

Marzo, 2024 a Marzo 2025
Observación de 17 reuniones de la consulta indígena al Reglamento de Establecimientos Penitenciarios.

Agosto, 2025
Visita de seguimiento al CET de Vilcún.



En las visitas, el Comité constató que las ceremonias, el ingreso de *machis* y otras autoridades tradicionales y el acceso a medicina tradicional dependen de la decisión de la jefatura de turno. Muchas veces el personal percibe estas adaptaciones como "privilegios" y no como derechos. **Para el Convenio 169 de la OIT, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y las Reglas Mandela, son derechos cuyo ejercicio en privación de libertad el Estado debe garantizar.**
Fuente: Castro y Albornoz (2018).



Mientras los **recintos cerrados** operan al

146,9%

Fuente: Gendarmería de Chile (2025).



los **Centros de Educación y Trabajo semiabiertos** operan al

54%

En La Araucanía, **sólo 56 de 122 plazas están ocupadas (45,9%).**

Consulta indígena al Reglamento de Establecimientos Penitenciarios

Estado actual: **pendiente de cierre.**

Acuerdos de la etapa de diálogo de la consulta:

- Facilitación de ceremonias y fechas significativas.
- Uso de vestimenta propia.
- Participación de autoridades tradicionales en los Consejos Técnicos.
- Permisos de salida por necesidades espirituales.
- Acceso a salud intercultural y medicina tradicional.
- Sanciones disciplinarias no restringen participación en ceremonias.

Fuente: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Gendarmería de Chile (2025), informe de sistematización; Castro y Albornoz (2018).

Contexto

Los derechos humanos de los pueblos indígenas en Chile, y en particular respecto de las personas que están privadas de libertad, son una de las preocupaciones constantes de múltiples organismos. Lo anterior se ha expresado en informes internacionales respecto del sistema penal, el accionar policial y las condiciones de privación de libertad de los pueblos indígenas. Así por ejemplo, hace 23 años, en el Informe del ex relator especial de los pueblos indígenas Rodolfo Stavenhagen (2003) recomendaba al Estado chileno no criminalizar ni penalizar las legítimas actividades de protesta social de organizaciones y comunidades indígenas[52]. Por su parte en el año 2018 el Comité Contra la Tortura de las Naciones Unidas señalaba su preocupación, ante diversos relatos, que indican abusos policiales en allanamientos y redadas realizadas en comunidades mapuche[53]. En el año 2024 el Comité de Derechos Humanos, en sus observaciones finales al séptimo informe periódico de Chile, recomienda mejorar las condiciones de privación de libertad y que sean consideradas las necesidades específicas de los pueblos indígenas[54].

Vale destacar que el Estado de Chile fue condenado en el año 2014 por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso "Norín Catrimán y otros v/s. Chile" a diversas medidas de reparación, satisfacción y medidas de no repetición por el accionar del Estado en la persecución penal y condenas llevadas a cabo a diversas autoridades mapuche y dirigentes mapuche[55].

A nivel normativo, en 1993 el Estado chileno promulgó la Ley N° 19.253, conocida como Ley Indígena, cuyo propósito fue establecer normas sobre la protección, el fomento y el desarrollo de los pueblos indígenas, además de crear la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Posteriormente, en 2008, Chile ratificó el Convenio N° 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales, cuyo objetivo es reconocer los derechos fundamentales de estos pueblos. Asimismo, dicho convenio establece el deber de los Estados de realizar consultas indígenas sobre aquellas materias legales o administrativas que puedan afectarlos directamente.

El Comité de Prevención contra la Tortura, considerando la normativa nacional e internacional de derechos humanos, los diversos informes en esta materia y las deudas históricas de reconocimiento y protección, ha abordado el monitoreo de las condiciones en las que se encuentran las personas privadas de libertad pertenecientes a pueblos indígenas.

52 Específicamente el informe recomienda: "Bajo ninguna circunstancia deberán ser criminalizadas o penalizadas las legítimas actividades de protesta o demanda social de las organizaciones y comunidades indígenas" (Stavenhagen, 2003, párr. 69).

53 El Comité Contra la Tortura de Naciones Unidas (2018) señala: "(...) También son motivo de preocupación las informaciones coincidentes en las que se denuncian malos tratos a manifestantes detenidos, abusos policiales a miembros del pueblo mapuche en el marco de allanamientos o redadas en sus comunidades y actos de violencia sexual policial contra mujeres y niñas durante protestas estudiantiles" (párr. 22)

54 El Comité de Derechos Humanos (2024) señala explícitamente: "(...) b) Intensificar sus esfuerzos para mejorar las condiciones de detención, incluyendo un acceso adecuado a servicios de salud, agua potable, higiene y educación, y responder a las necesidades fundamentales de las personas privadas de libertad, incluidas las necesidades específicas de las personas pertenecientes a los Pueblos Indígenas" (párr. 32).

55 La Corte IDH (2014) en su sentencia determinó que el Estado de Chile violó diversos derechos: (a) El principio de legalidad y el derechos de la presunción de inocencia de la Convención Americana de Derechos Humanos [párr. 478.1]; (b) El principio de igualdad y no discriminación, y el derecho de la igual protección ante la ley de la Convención Americana de Derechos Humanos [párr. 478.2]; (c) El derecho a interrogar testigos de acuerdo a la Convención Americana de Derechos Humanos [párr. 478.3]; (d) El derecho a recurrir del fallo ante juez o tribunal superior de la Convención Americana de Derechos Humanos [párr. 478.4]; (e) El derecho a la libertad personal de la Convención Americana de Derechos Humanos [párr. 478.5]; (f) El derecho a la derecho a la libertad de pensamiento y de expresión de la Convención Americana de Derechos Humanos [párr. 478.6]; (g) Los derechos políticos de la Convención Americana de Derechos Humanos [párr. 478.7]; (h) El derecho a la protección de la familia de la Convención Americana de Derechos Humanos [párr. 478.8].

Monitoreo

1. Líneas estratégicas y cronograma del monitoreo

Es importante dar cuenta de que el trabajo realizado por el Comité de Prevención contra la Tortura se ha centrado en observar los elementos estructurales de la situación de los pueblos indígenas en su contacto con la justicia y el sistema penitenciario, a partir de las siguientes acciones: a) visitas de monitoreo a centros penitenciarios en los que se encontraban personas mapuche privadas de libertad, con el objeto de conocer sus condiciones y los enfoques interculturales de los programas de reinserción; b) visitas a unidades policiales ubicadas en zonas con una alta presencia de población indígena; y c) observación del proceso de consulta indígena para la modificación del Reglamento de Establecimientos Penitenciarios.

TABLA 27:
Actividades desarrolladas por el CPT de Chile y su vinculación con la Convenio 169 de la OIT.

Actividad del Comité de Prevención contra la Tortura de Chile	Artículos clave Convenio 169 OIT	Síntesis de derechos
Monitoreo de centros penitenciarios con especial foco en condiciones de vida y trato	Art. 3, Art. 10 y Art. 12	1. Los pueblos indígenas gozan de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, además que no podrán emplearse medios coercitivos que violen sus derechos humanos; 2. Derecho a que las sanciones penales consideren las características económicas, sociales y culturales de los pueblos indígenas; y, 3. Derecho al acceso a la justicia y protección. Incluyendo que se garantice que las personas puedan comprender y hacerse comprender en los procedimientos legales.
Visitas a unidades policiales	Art.3 y Art. 12	1. Los pueblos indígenas gozan de los derechos humanos y libertades fundamentales, además que no podrán emplearse medios coercitivos que violen sus derechos humanos; y, 2. Derecho de acceso a la justicia y protección. Incluyendo que se garantice que las personas puedan comprender y hacerse comprender en los procedimientos legales.
Observación del proceso de consulta indígena para la modificación del Reglamento de Establecimientos Penitenciarios	Art. 6	Derecho a la participación y consulta previa respecto de medidas legislativas o administrativas que puedan afectarles directamente.
Monitoreo de centros penitenciarios con especial foco en el enfoque de interculturalidad de los programas de reinserción	Art. 5 y Art. 10	1. Derecho a la identidad cultural, protección de las prácticas y valores culturales, sociales, espirituales y religiosos; y, 2. Derecho a que las sanciones penales consideren las características económicas, sociales y culturales de los pueblos indígenas.

Nota: Elaboración propia.

A continuación se detalla la línea de tiempo de las visitas de monitoreo realizadas por el CPT:

- **Octubre de 2021:** primera fase de la Misión de Observación en la Región de La Araucanía, cuyo objetivo fue evaluar las condiciones de las personas mapuche privadas de libertad. Se realizaron visitas al Centro de Cumplimiento Penitenciario (CCP) de Temuco, al Centro de Detención Preventiva (CDP) de Angol, al Centro de Internación Provisoria y de Reclusión Cerrada (CIP-CRC) de Chol-Chol y al Centro de Educación y Trabajo (CET) de Vilcún, complementadas con un trawün con comunidades y reuniones con organizaciones de derechos humanos.
- **Abril y mayo de 2022:** segunda fase de la Misión de Observación en la Región de La Araucanía, que contempló nuevas inspecciones al CDP de Angol, al CET de Vilcún y al CCP de Temuco, además de reuniones interinstitucionales con la Defensoría Penal Pública, la Fiscalía y el INDH. Durante esta fase, el 6 de mayo de 2022, el Comité de Prevención contra la Tortura asistió como observador a una inédita ceremonia de nguillatún celebrada al interior del CET de Vilcún.
- **Julio de 2023:** visita al CP de Rancagua, orientada a monitorear el módulo de máxima seguridad. El CPT constató las condiciones materiales y de salud, así como el régimen de visitas, mediante entrevistas a comuneros mapuche en huelga de hambre, quienes habían sido trasladados desde la Región de La Araucanía.
- **Septiembre de 2023:** visitas al CCP Biobío —establecimiento concesionado— y al penal de Lebu, enfocadas en evaluar las adaptaciones de los programas de reinserción y trato con enfoque intercultural en ambos recintos.
- **Marzo de 2024:** Visitas preventivas a unidades policiales en La Araucanía, abarcando la labor de las unidades territoriales (comisarías de Temuco, Padre Las Casas, Ercilla, Collipulli y Victoria) y los recintos de Control de Orden Público (COP Temuco, COP Pailahueque y COP Malleco). El monitoreo incluyó reuniones de levantamiento de información con autoridades de la Fiscalía Regional, la Defensoría Regional, el INDH, el Coordinador de las Patrullas de Atención a Comunidades Indígenas (PACI) de Carabineros de Chile, y el Jefe de la Defensa Nacional[56].
- **Marzo de 2024 a marzo de 2025:** Observación del proceso de consulta indígena impulsado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos para modificar el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios (REP). El CPT observó e informó 17 reuniones (intrapenitenciarias, extrapenitenciarias y mixtas) llevadas a cabo a lo largo del país para analizar el nivel de participación, voluntariedad y pertinencia cultural del proceso.
- **Agosto de 2025:** Acciones de seguimiento en la Región de La Araucanía que incluyeron:
  - Visita de seguimiento al CET Vilcún, orientada a partir de las recomendaciones realizadas en 2022, con el objeto de evaluar las condiciones materiales, la oferta de reinserción social y la aplicación de un enfoque intercultural en este recinto.
  - Entrevistas a actores claves de la región, entre ellos el mando del Grupo COP Carabineros de Pailahueque, el Fiscal Regional y la Defensoría Penal Pública (con su Defensoría Mapuche), para evaluar los avances y desafíos persistentes sobre el enfoque intercultural y el trato en detenciones y procesamientos policiales.

2. Visitas

El CPT realizó 24 visitas orientadas al monitoreo de personas mapuche bajo cuidado o custodia del Estado entre 2021 y 2025, concentradas en recintos penitenciarios (13), unidades policiales (10) y un centro de justicia juvenil, cubriendo un total de 18 recintos a través de un abordaje especializado y seguimiento a la temática. Un 79% de estas visitas fueron programadas. Los recintos visitados en el período se detallan en el Anexo 5 del presente informe.

56 Puesto temporal y militar, destinado a resguardar el control del orden público, la protección de la infraestructura crítica y la coordinación de los recursos civiles y militares en zonas declaradas bajo Estado de Excepción Constitucional. En el caso de la Región de La Araucanía, ha operado de manera contínua desde mayo de 2022

TABLA 28:
Visitas realizadas por el CPT entre 2021 - 2025
orientadas a la situación de personas mapuche, por año y tipo de recinto.

Tipo de recinto	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Recintos Penitenciarios	3	5	3	1	1	**13**
Unidades policiales	0	0	0	10	0	**10**
Centros de justicia juvenil	1	0	0	0	0	**1**
Total	**4**	**5**	**3**	**11**	**1**	**24**

Elaboración propia. Una visita = 1 recinto visitado en un momento determinado; un recinto puede tener más de una visita.

3. Hallazgos

A continuación se presentarán los principales hallazgos de las actividades desarrolladas organizadas en tres partes: (i) Hallazgos del monitoreo de recintos penitenciarios cerrados y policiales; (ii) Hallazgos del monitoreo de Centros de Educación y Trabajo [CET]; y, (iii) Hallazgos asociados al proceso de de observación de la consulta indígena.

3.1 Recintos penitenciarios cerrados y recintos policiales

Los monitoreos en recintos penitenciarios cerrados evidencian una brecha estructural en la adopción de un enfoque intercultural efectivo por parte del sistema penal chileno. Entre los hallazgos más relevantes destacan:

- **Discrecionalidad en el trato y derechos culturales:** Las condiciones y reglas aplicadas para las personas indígenas privadas de libertad dependen fuertemente de la jefatura de la unidad de turno, estando sujetas a alta discrecionalidad. Muchas veces el personal penitenciario percibe las adaptaciones culturales como "privilegios" ilegítimos en lugar de derechos, lo que se traduce en dificultades para la realización de ceremonias en la forma establecida[57], el ingreso de autoridades ancestrales (como machis) o el acceso a medicina tradicional.
- **Desigualdad en la segmentación:** Si bien existen "módulos de comuneros"[58] en recintos como el CCP Temuco y el CDP Angol que han permitido avanzar en la gestión de derechos culturales, estas medidas no se extienden a las personas indígenas que residen en módulos de población común o en otras unidades penales. Esto genera que no todas las personas que se autoidentifican como indígenas gocen del mismo resguardo institucional.

57 Durante las visitas llevadas a cabo se observó, por ejemplo, que en uno de los recintos penitenciarios el espacio para realizar rogativas era muy pequeño no pudiendo tener todos los comuneros contacto con la tierra. Otra situación identificada fue que la rogativa nguillan mawún –que se debe realizar al amanecer– se llevaba a cabo a la hora del desencierro (9:00 am) y no en el horario esperado.

58 Se entiende por "módulos de comuneros" a aquellos en los cuales se encuentran personas mapuche vinculadas a causas de reivindicación territorial, ya sea que estén bajo prisión preventiva o condenados.

- **Mecanismos de queja ineficaces y huelgas de hambre:** Gendarmería no dispone de mecanismos confidenciales, anónimos y efectivos para que las personas privadas de libertad —en general, incluidas aquellas pertenecientes a pueblos indígenas— presenten quejas o denuncien abusos. Ante esta ausencia y el temor a represalias, las huelgas de hambre se han convertido en el principal mecanismo de protesta y presión política de los comuneros mapuche para exigir el respeto de sus derechos y mejorar sus condiciones carcelarias.
- **Riesgos de malos tratos en traslados:** Se documentaron denuncias de abusos durante los traslados hacia tribunales o recintos de salud, destacando el uso doloroso de "medidas largas" (grilletes en manos y pies) y largas horas de espera en condiciones precarias, sin un protocolo claro. También se ha documentado el traslado de personas indígenas a recintos alejados de sus comunidades y territorios de origen[59].
- **Falta de pertinencia en la evaluación y los programas:** Los instrumentos utilizados por los equipos técnicos para evaluar el riesgo de reincidencia (Modelo RNR e Inventario IGI) no consideran las características sociales, culturales y comunitarias de las personas pertenecientes a pueblos indígenas. Asimismo, la oferta laboral y educativa disponible no dialoga con su cosmovisión, obligándolos a asimilar oficios occidentales en lugar de fomentar sus saberes ancestrales o roles comunitarios cuando así lo requieran.
- **Falta de capacitación intercultural transversal:** en instituciones como Carabineros y Gendarmería, el trato intercultural no está integrado en la formación de todo el personal. Esta labor se delega en unidades específicas, como las Patrullas de Atención de Comunidades Indígenas (PACI) de Carabineros, o en facilitadoras y facilitadores aislados, mientras que el personal de trato directo continúa evidenciando estereotipos y resistencia a las adaptaciones culturales.
- **Necesidad de fortalecer la atención intercultural:** se identifica la necesidad de reducir las brechas interculturales en la atención brindada por instituciones del sistema de justicia penal, como el Ministerio Público y la Defensoría Penal Pública. En el caso del Ministerio Público, se valora la incorporación de facilitadoras y facilitadores interculturales para la atención de víctimas, pero este recurso aún no se encuentra disponible para la atención de personas imputadas. En lo que respecta a la Defensoría Penal Pública, resulta necesario robustecer la labor del equipo de defensa intercultural mediante la incorporación de más facilitadoras y facilitadores. Asimismo, se requiere transversalizar la perspectiva intercultural en toda la institución y no limitarla solo a las unidades especializadas.
- **Ausencia de registros estadísticos:** resulta imperativo abordar la carencia de registros estadísticos sobre la población indígena. Contar con esta información es fundamental para dimensionar y comprender el procesamiento jurídico-penal de las personas pertenecientes a pueblos indígenas —ya sea en calidad de víctimas, imputadas, imputados, acusadas, acusados, condenadas o condenados—, lo que contribuiría al diseño de políticas públicas pertinentes, la adecuación de las respuestas institucionales y la evaluación de sus impactos desde una perspectiva diferenciada.

Gendarmería no dispone de mecanismos confidenciales, anónimos y efectivos para que las personas privadas de libertad presenten quejas o denuncien abusos... Las huelgas de hambre se han convertido en el principal mecanismo de protesta y presión política de los comuneros mapuche.

59 Debe tenerse presente que el Art. 53 del Reglamento de Establecimiento Penitenciarios señala: "El Director Nacional, mediante resolución, podrá, para casos especiales no previstos en este reglamento, regular la forma en que se realizarán las visitas, pudiendo delegar esta facultad en los Directores Regionales. En resguardo del derecho a visitas, los condenados deberán permanecer recluidos preferentemente cerca de su lugar habitual de residencia".

3.2 Centros de Educación y Trabajo

Tras el monitoreo realizado en recintos penitenciarios cerrados de la Región de La Araucanía durante 2021 y 2022, resultó fundamental revisar con mayor profundidad el modelo de reinserción social aplicado a las personas pertenecientes a pueblos indígenas. Este análisis evidenció que el sistema actual carece de una oferta programática con pertinencia cultural.

Los centros de educación y trabajo (CET), especialmente en su modalidad semiabierta, representan una alternativa penitenciaria fundamental frente al modelo de reclusión cerrada. Estos recintos ofrecen un régimen basado en la confianza, con menos horas de encierro y una fuerte vinculación con labores productivas y agropecuarias, lo que los convierte en espacios idóneos para implementar un enfoque de reinserción social que respete la cosmovisión de los pueblos indígenas. Además, facilitan el contacto directo con la tierra y la naturaleza, permiten desarrollar actividades espirituales y productivas propias y ofrecen mayores posibilidades de vinculación territorial y comunitaria.

Sin embargo, pese a su potencial para la población indígena, la implementación de una oferta programática con pertinencia cultural enfrenta desafíos y nudos críticos estructurales:

- **Subutilización estructural frente al hacinamiento en recintos cerrados:** mientras los recintos cerrados del país enfrentan una ocupación crítica del 146,9%, los CET semiabiertos presentan una grave subutilización. A nivel nacional, operan al 54% de su capacidad, mientras que, en la Región de La Araucanía, esta cifra desciende al 45,9%, con solo 56 de 122 cupos ocupados (GENCHI, 2025).
- **El problema de los traslados:** un factor importante que desincentiva a la población penal a postular a recintos como el CET de Vilcún es el costo y la dificultad de los traslados. Al estar emplazado en un sector rural y alejado, las personas privadas de libertad enfrentan altos costos —aproximadamente $20.000 por viaje a Temuco— para hacer uso de sus beneficios de salida o recibir a sus familias, lo que resulta económicamente insostenible y dificulta el arraigo comunitario. Esto se contrapone con la necesidad planteada por el CPT de que las personas pertenecientes a pueblos indígenas cumplan sus condenas en lugares cercanos a sus territorios de origen, a fin de evitar el desarraigo familiar y cultural, una vulneración documentada históricamente mediante traslados arbitrarios a establecimientos penitenciarios lejanos.

Mientras los recintos cerrados del país enfrentan una ocupación crítica del 146,9%, los CET semiabiertos presentan una grave subutilización. A nivel nacional, operan al 54% de su capacidad.

- **Autogestión de oficios tradicionales y oferta programática pertinente:** actualmente, el sistema penitenciario no proporciona una oferta institucional de capacitación o educación diseñada con pertinencia cultural para las personas pertenecientes a pueblos indígenas. Frente a ello, la autogestión de oficios y prácticas tradicionales adquiere especial relevancia. El CPT ha recomendado formalizar y proteger estas iniciativas autogestionadas, además de dotarlas de recursos institucionales, para que el sistema promueva labores coherentes con el modo de vida al que las personas retornarán en sus comunidades.
- **Insuficiente perspectiva intercultural en las evaluaciones aplicadas por los Consejos Técnicos a personas pertenecientes a pueblos indígenas:** para que una persona acceda a permisos de salida o sea trasladada a un CET, debe ser evaluada por un Consejo Técnico. Tal como se señaló anteriormente, estos consejos han fundamentado históricamente sus decisiones en instrumentos como el Modelo RNR (Riesgo, Necesidad y Responsividad) y el IGI (Inventario de Gestión de Caso), herramientas estandarizadas que no consideran el contexto antropológico, las características sociales ni la cultura de los pueblos indígenas.

3.3 Proceso de observación de consulta indígena

Descripción del proceso y principales hallazgos

Entre los hallazgos del monitoreo realizado entre los años 2021 y 2022 (Misión Mapuche) se identificó como uno de los nudos críticos la falta de un enfoque intercultural en el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios (REP) para el tratamiento de la población penal indígena. Correlativo a lo anterior, entre los años 2023 a 2025, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos impulsó un proceso de consulta indígena para la reforma del REP, siendo un proceso inédito en la materia[60].

En relación con lo anterior, es posible destacar la información proporcionada por dos estudios sobre la sistematización de las consultas indígenas realizadas por el Estado chileno:

Castro y Albornoz (2018) identifican que, entre 2008 y 2017, se realizaron 129 consultas indígenas. De ese total, 71 habían finalizado y contaban con informes disponibles. Al analizar las consultas finalizadas, el estudio da cuenta de que el 19,7% (n = 14) tuvo carácter nacional y que, en su mayoría, correspondieron a consultas lideradas por el Ministerio de Obras Públicas (32,4%; n = 23) y el Servicio de Evaluación Ambiental del Ministerio del Medio Ambiente (28,2%; n = 20). El estudio no identifica consultas asociadas al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Por su parte, la investigación de Fuentes S. et al. (2026) logró catastrar, entre 2008 y 2022, un total de 212 consultas indígenas, 140 de las cuales se encontraban finalizadas. Del total, el estudio identifica a los ministerios del Medio Ambiente y de Obras Públicas como los que lideran este tipo de acciones, con un 41,04% (n = 87) y un 40,09% (n = 85), respectivamente. Asimismo, distingue que el 8,49% (n = 18) corresponde a consultas de carácter nacional. Este estudio tampoco identifica consultas lideradas por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

60 Que por medio de la Resolución Exenta N° 2.818 del 17 de noviembre de 2023, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos instruye dar inicio al Proceso de Consulta Indígena de la modificaciones que se propondrán al Reglamento de Establecimientos Penitenciarios.

La consulta indígena para la reforma del REP fue de carácter nacional y su diseño incluyó tanto a grupos extrapenitenciarios como intrapenitenciarios. El comité nacional estuvo integrado por la Subsecretaría de Justicia, la Dirección Nacional de Gendarmería de Chile y la Universidad de Chile, instituciones encargadas de la conducción estratégica del proceso, incluida la coordinación con las regiones, la entrega de lineamientos y la realización de seguimiento, entre otras tareas.

La consulta indígena para la reforma del REP fue de carácter nacional y su diseño incluyó tanto a grupos extrapenitenciarios como intrapenitenciarios. La conducción del proceso se llevó a cabo mediante un comité nacional y comités regionales. El comité nacional estuvo integrado por la Subsecretaría de Justicia, la Dirección Nacional de Gendarmería de Chile y la Universidad de Chile, instituciones encargadas de la conducción estratégica del proceso, incluida la coordinación con las regiones, la entrega de lineamientos y la realización de seguimiento, entre otras tareas.

Los comités regionales, por su parte, estuvieron encargados de ejecutar el proceso de consulta. Estaban integrados por las secretarías regionales ministeriales (SEREMI) de Justicia y Derechos Humanos, las directoras y los directores regionales de Gendarmería y las universidades públicas en convenio. Durante el proceso también existió un comité de observación, en el que participaron diversas instituciones, entre las que destacan el Colegio Médico, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la OIT, el Instituto Nacional de Derechos Humanos y el Comité de Prevención contra la Tortura.

TABLA 29:
Estructura de la consulta indígena para la modificación del Reglamento de Establecimientos Penitenciarios (REP).

Etapa	Objetivos	Principales hitos
Preparación del proceso	Organizar, capacitar, comunicar, establecer un marco metodológico entre otras.	• Resolución Exenta N° 2818, del 17 de noviembre de 2023, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos que convoca la consulta indígena; • En esta etapa se constituye el comité de observadores; • Elaboración de contenidos gráficos, habilitación de páginas web, entre otras; y, • Desarrollo de manual metodológico.
Planificación	"(...) entregar información preliminar sobre la consulta, definir representantes, roles y responsabilidades, y acordar la metodología del proceso (...)" (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Gendarmería de Chile, 2025, p.31).	• Se realizaron 408 reuniones en las que participaron 4.333 personas.
Información y difusión	Dar cuenta sobre la reforma al REP.	• Hubo 148 reuniones con una participación de 1556 personas.
Deliberación Interna	Desarrollo del análisis, estudio debate y consenso interno de cada grupo. Ello para preparar la etapa de diálogo.	• 105 reuniones intrapenitenciarias con 1.014 participantes; • 30 reuniones extrapenitenciarias con 395 participantes; y, • Elecciones de las/os representantes para la etapa posterior de diálogo.
Diálogo	Generar intercambio de argumentos y conversaciones internas entre los representantes del Estado y de los pueblos indígenas con la finalidad de llegar a acuerdos.	• Un total de 26 reuniones con 314 participantes; • Consolidación de acuerdo; y, • Identificación de disensos.
Sistematización, comunicación de resultados y término del proceso	Organizar y analizar las diferentes etapas de la consulta indigena.	• Elaboración de documentación interna a diferentes actores; • Recopilación y análisis de las actas; y, • Elaboración del documento "Informe de sistematización".

Elaboración propia a partir del Informe de sistematización: Consulta indígena para la adecuación del Reglamento de establecimientos penitenciarios (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos & Gendarmería de Chile, 2025) y del Manual Metodológico Proceso de Consulta Indígen Reforma REP 2023, Ministerio de de Justicia y Derechos Humanos (2023).

En el proceso de observación y seguimiento al proceso el CPT destacó los siguientes hallazgos:

- **Entrega de información con cumplimiento parcial y sin adaptación cultural:** La etapa de comunicación e información a las comunidades y personas privadas de libertad careció de pertinencia cultural y tuvo una escasa adaptación del lenguaje legal e institucional[61];
- **Falta de material y dificultad de seguimiento:** A lo largo de la consulta, quienes participaron señalaron continuas barreras para acceder a información y material de estudio, lo que impidió monitorear adecuadamente el progreso y contenido de las deliberaciones[62];
- **Falta de un diálogo integrado a nivel nacional:** las comunicaciones del proceso se limitaron a diálogos regionales y omitieron una instancia de socialización a nivel nacional. Por lo tanto, una acción pendiente relevante para el cierre es entregar el informe sistematizado a las personas consultadas, a fin de comunicar no solo los acuerdos y disensos regionales, sino también los puntos de encuentro y desencuentro respecto de las modificaciones al REP a nivel nacional.
- **La metodología no consideró adecuadamente la representatividad demográfica:** Por ejemplo, en Magallanes, donde más del 90% de la población indígena reclusa es mapuche, las convocatorias iniciales se enfocaron en comunidades Huilliche y Kawésqar, invisibilizando a la mayoría real en las cárceles de esa zona; y,
- **Lineamientos con escasas adaptaciones y/o consideraciones regionales:**
  - La Araucanía y el conflicto territorial: En esta región, se debe considerar el arraigo y el contexto de las causas por reivindicación territorial. Las comunidades vinculadas a estas causas se auto excluyeron de la consulta indígena por desconfianza en el Estado[63]; y,
  - El norte —Tarapacá y Arica y Parinacota— y la crisis migratoria: en las regiones del norte, la normativa enfrenta el desafío de las personas extranjeras pertenecientes a pueblos indígenas, como los pueblos quechua y aimara de países limítrofes. Actualmente, la Ley N° 19.253 —Ley Indígena— excluye a las personas extranjeras de la autoidentificación formal en el sistema penitenciario. Este nudo crítico regional, atravesado por la crisis migratoria y el crimen organizado, requiere adaptaciones urgentes en el trato para garantizar sus derechos culturales. El asunto fue problematizado en reuniones, pero no se abordó en la discusión de fondo sobre las modificaciones al REP.

61 En investigación realizada por De Cea y Peralta (2018), en el cual realizan un estudio cualitativos sobre la implementación de las consultas indígenas referentes a la creación del Ministerio de Pueblos Indígenas y el borrador de indicación sustitutiva para la creación del Ministerio de Cultura, Arte y Patrimonio, logran identificar la existencia de problemas en la información. Así señalan: "(...) los entrevistados plantean que no existe conocimiento en las comunidades y organizaciones respecto de sus derechos —colectivos e individuales— y menos aún, sobre la especificidad del Decreto Supremo 66. Por lo tanto, los miembros de pueblos indígenas se encuentran en una clara asimetría de información al momento de participar. En este sentido, el proceso debería incluir "capacitación" para los convocados respecto del Convenio 169 y del Decreto 66, para poder construir y discutir en conjunto la metodología y su flexibilidad" (p. 27).

62 Problemas de información en las consultas indígenas fue identificado también en otros procesos. Así, en el Informe de Observación del INDH de la Consulta Indígena sobre de la creación del Ministerio de Pueblos Indígenas y el Consejo de Pueblos Indígenas (2020), se informa que: "Realizadas las primeras reuniones de la etapa de planificación, el INDH hizo llegar a la Ministra Villegas una nota preliminar, advirtiendo debilidades identificadas a esa fecha, y que a juicio del INDH, debían abordarse con prontitud. En dicha ocasión se señaló a la Sra. Ministra que existía un bajo nivel de conocimiento de los/las representantes indígenas acerca de la medida propuesta, constatando que si había habido una etapa de socialización y sensibilización, esta no había contribuido a generar un diálogo informado" (p.26)

63 La desconfianza al Estado durante los procesos de consulta es algo que se ha identificado anteriormente en otros procesos. En el informe del INDH (2020) se indica: " La planificación y las etapas diseñadas por el Ministerio de Desarrollo Social se fundaron en lo estipulado en el Decreto Supremo 66. Ello supuso una explícita oposición al proceso por parte de varias organizaciones y personas indígenas. En efecto, un elemento común a prácticamente todos las reuniones y encuentros en los que participó el INDH fue el persistente llamado de los representantes indígenas en orden a que se deroguen y dejen sin efecto los Decretos Supremos 66 del Ministerio de Desarrollo Social y el número 40 del Ministerio de Medio Ambiente (...)" (p.21).

Propuestas de Modificaciones al REP que surgieron del Proceso

El informe de sistematización de la consulta, elaborado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Gendarmería de Chile (2025), detalla un conjunto de modificaciones estructurales al REP que buscan adecuar la normativa a los estándares del Convenio N° 169 de la OIT. Además, consigna una serie de acuerdos alcanzados respecto de los cambios propuestos. La tabla siguiente ilustra una síntesis:

TABLA 30:
Síntesis de propuestas iniciales del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y de los acuerdos alcanzados.

Ámbito	Principales propuestas iniciales del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos al REP	Principales acuerdos alcanzados en la consulta
Principios rectores y reconocimiento de la identidad	**(A)** Enfoque transversal: Se modifica el reglamento para asegurar que la aplicación de sus normas considere las características económicas, sociales y culturales de los pueblos indígenas; **(B)** Certificación de identidad: Se establece un procedimiento formal para que Gendarmería de Chile pueda certificar internamente la pertenencia a un pueblo indígena de las personas privadas de libertad (Art. 5 bis de la propuesta del REP); y, **(C)** Organización de los recintos: Se determina que el diseño, creación, de establecimientos o módulos especiales, y el orden interno de las unidades penales deben estructurarse considerando las particularidades culturales de la población indígena y la disposición de personal especializado (Arts. 10, 13, 25 y 27 de la propuesta del REP).	**(A)** El cambio de la frase "características económicas, sociales y culturales" por el "derecho a la identidad e integridad cultural"; **(B)** Capacitación al personal penitenciario sobre derechos fundamentales de las personas y de especial protección; y, **(C)** Procurar tener un diálogo constante entre las jefaturas regionales y locales con la población penitenciaria que sea indígena y sus autoridades o epresentantes tradicionales.
Prácticas espirituales, ceremonias y autoridades tradicionales	**(A)** Fomento de ceremonias: Se establece que se deberá facilitar la realización de actividades, ceremonias y celebraciones especiales significativas para los pueblos indígenas (Art. 92 de la propuesta del REP); **(B)** Permisos de salida extraordinarios: Se incorpora el derecho a permisos de salida excepcionales fundamentados específicamente en necesidades espirituales, terapéuticas con enfoque intercultural y en fechas significativas para las comunidades (Art. 115 bis de la Propuesta del REP); y, **(C)** Ingreso de elementos culturales: Se reconoce el derecho al uso de vestimenta propia o tradicional (Art. 45 de la Propuesta del REP).	**(A)** El derecho de uso de vestimentas tradicionales incorporando además accesorios, se hace extensivo a visitas y autoridades espirituales, mientras no sea un riesgo para la seguridad del recinto; **(B)** Ingresar alimentos culturalmente pertinentes mientras no sea un riesgo para la seguridad; **(C)** Flexibilización de los horarios de visita cuando los recintos penitenciarios están alejados de las comunidades; y, **(D)** Posibilidad de ingreso a las autoridades espirituales para dar asistencia que incluye actividades y ceremonias, además de sanaciones cuando sea necesario.

Ámbito	Principales propuestas iniciales del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos al REP	Principales acuerdos alcanzados en la consulta
Salud Intercultural y Educación	**(A)** Sistemas médicos tradicionales: Se consagra el derecho al acceso a sistemas médicos tradicionales y servicios de salud intercultural, lo que incluye la salida de personas para acceder a tratamientos preventivos o curativos propios de su cultura que se estimen indispensables (Arts. 34 y 35 de la propuesta del REP); y, **(B)** Educación pertinente: Se establece que la administración penitenciaria deberá realizar las gestiones necesarias para ofrecer educación con pertinencia cultural (Art. 59 de la Propuesta del REP).	**(A)** La administración penitenciaria deberá entregar agua potable a toda la población cuando sea necesaria; y, **(B)** La promoción de convenios con instituciones de educación para el incentivo de que la población penitenciaria pueda realizar estudios técnicos o profesionales.
Reinserción social y acceso a beneficios	**(A)** Programas adaptados: Las actividades de reinserción social deberán diseñarse considerando las características culturales de la población indígena (Art. 93 de la propuesta del REP); **(B)** Participación en Consejos Técnicos: Se abre la posibilidad de invitar tanto a autoridades tradicionales, de las comunidades indígenas como también a personas con experticia a las sesiones del Consejo Técnico, con el fin de que puedan ilustrar y orientar las decisiones de este órgano (Art. 118 de la Propuesta del REP); y, **(C)** Exención de requisitos discriminatorios: Para evitar que la falta de oferta del Estado perjudique a las personas indígenas, se estipula que la inasistencia a la escuela no será considerada de manera negativa ni como un impedimento para postular a permisos de salida (Arts. 98 y 110 de la propuesta de REP) o para ser seleccionado en un Centro de Educación y Trabajo, en aquellos lugares donde no exista una oferta educativa intercultural.	**(A)** Cuando se discutan materias referentes a personas indígenas el consejo técnico deberá invitar a personas que puedan ilustrar las materias que se discutirán. Así, la invitación que tenga que hacer el Consejo Técnico será obligatoria y no facultativa; y, **(B)** Habrá consideración especial a los informes antropológicos, en el evento que sean aportados, para la evaluación de ingreso a Centro de Formación y Trabajo.
Régimen disciplinario y sanciones	Al momento de determinar la concurrencia de una falta y aplicar una sanción, las jefaturas deberán ponderar las características culturales de los pueblos indígenas (Arts. 76 y 82 de la propuesta de REP).	Se acordó específicamente que la sanción de limitación de participación en actividades recreativas (hasta por 15 días) no impedirá que la persona indígena sancionada participe en sus ceremonias o actividades culturales propias.

Elaboración propia a partir del Informe de sistematización: Consulta indígena para la adecuación del Reglamento de establecimientos penitenciarios (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos & Gendarmería de Chile, 2025).

Estatus de finalización de la Consulta Indígena: Pendiente

En diciembre de 2025 el Comité de Prevención contra la Tortura de Chile emitió comunicaciones dirigidas a las autoridades ministeriales para dar seguimiento al proceso de cierre de la consulta indígena y la modificación del REP[64]: se requirió el informe de sistematización, el reporte y material del proceso de devolución a los participantes, el borrador final del REP modificado, y los plazos de tramitación en la Contraloría General de la República (CGR).

El Subsecretario de Justicia respondió[65] informando que: (i) el informe de sistematización y borrador final ya es público, proporcionando un enlace web y adjuntando una copia del mismo, en cuyo interior se encuentra el detalle de las propuestas y modificaciones finales al reglamento; (ii) el proceso de devolución comenzó en diciembre de 2025 y proyecta su término para el primer trimestre de 2026, adjuntando el material gráfico utilizado (un tríptico y un cuadernillo); y (iii) el nuevo reglamento no ha sido aún ingresado a la CGR dado se encontraban a la espera de un informe obligatorio de Gendarmería, tras lo cual se procederá a su ingreso previa visación de la SEGPRES.

Con posterioridad, en el mes de mayo y junio de 2026[66], el CPT volvió a consultar sobre el estado de avance del proceso de consulta, sobre lo que a la fecha del presente informe no se ha obtenido respuesta. En base a estos antecedentes el Comité de Prevención contra la Tortura alerta que la actual administración no ha logrado dar cierre al proceso de consulta indígena iniciado por la administración anterior, quedando inconclusas las modificaciones al REP en materia de privación de libertad de pueblos indígenas en Chile.

La imposibilidad de cerrar este proceso representa un importante revés para el diálogo y la construcción de confianzas con los pueblos indígenas en materia penitenciaria, ya que los acuerdos alcanzados no se traducen en la ejecución de las medidas comprometidas. Esta situación resulta más compleja considerando que el proceso de consulta tuvo carácter nacional, permitió alcanzar acuerdos relevantes entre el Estado y las comunidades participantes e integró actividades extrapenitenciarias e intrapenitenciarias. Resulta fundamental relevar que las consultas indígenas contempladas en el Convenio N° 169 de la OIT deben realizarse de buena fe y que dicho Convenio forma parte de los tratados internacionales que obligan al Estado de Chile.

64 Oficio CPT N° 0268 (diciembre de 2025).

65 Mediante el Ord. N° 1036, fechado el 13 de febrero de 2026.

66 Oficios N° 105 del 25 de mayo de 2026, y N°153 del 30 de junio de 2026, dirigidos al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Análisis

El monitoreo desarrollado por el Comité entre 2021 y 2025 permite realizar una lectura analítica de sus hallazgos, los que, considerados de manera acumulativa, no se explican solamente por vacíos normativos ni por hechos aislados, sino por una configuración institucional que se reitera a lo largo del período. Este análisis se estructura en torno a los siguientes puntos:

En primer lugar, si bien existe un reconocimiento legal de los derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos indígenas, establecido en el Convenio N° 169 de la OIT, este no se ha traducido en procedimientos ni estándares que permitan su aplicación regular. Lo anterior se manifiesta en que las condiciones efectivas de privación de libertad de las personas pertenecientes a pueblos indígenas dependen, en gran medida, del criterio de las jefaturas de cada recinto. Bajo este esquema, las adaptaciones culturales son percibidas como concesiones y no como obligaciones institucionales. Así, el acceso a los derechos culturales durante la privación de libertad varía según la unidad penal y la región.

En segundo lugar, se valora que los diversos actores vinculados al sistema de justicia penal cuenten con programas o unidades con perspectiva intercultural. Sin embargo, resulta necesario fortalecer estas iniciativas e incorporar esta perspectiva de forma transversal en sus planes y políticas institucionales. Por ejemplo, se identifica que la capacitación en perspectiva intercultural de Carabineros de Chile no está integrada en la formación de todo el personal, sino que se limita a unidades específicas, como las Patrullas de Atención a Comunidades Indígenas (PACI). Asimismo, se observa que la Defensoría Penal Pública requiere una mayor dotación de funcionarias y funcionarios que cumplan labores de facilitación intercultural. Por su parte, resulta necesario que el Ministerio Público amplíe la atención con pertinencia intercultural no solo a las víctimas, sino también a las personas imputadas.

En tercer lugar, se constata la ausencia de salvaguardas que permitan exigir estos derechos mediante mecanismos de queja confidenciales y seguros, con la posibilidad de presentar denuncias anónimas. En este contexto, la huelga de hambre ha operado como la principal vía de exigibilidad de los derechos culturales. Este punto resulta crítico desde el mandato preventivo del Comité, ya que da cuenta de que las salvaguardas ordinarias no están operando o resultan insuficientes, lo que lleva a que la exigibilidad se canalice por vías que comprometen la integridad física de las personas.

En cuarto lugar, la ausencia de registros estadísticos sobre la población indígena en el sistema de justicia penal —como víctimas, imputadas, acusadas o condenadas— limita el diagnóstico, el diseño de políticas públicas y cualquier evaluación posterior de impacto.

Por último, se destaca que el Estado chileno haya iniciado un proceso de consulta indígena para la reforma del Reglamento de Establecimientos Penitenciarios (REP), que se desarrolló mediante instancias intrapenitenciarias y extrapenitenciarias y en el que se alcanzaron acuerdos sustantivos. Sin embargo, resulta preocupante la falta de cierre del proceso, tanto en lo relativo a la devolución acordada como a la ejecución de los compromisos alcanzados. Cabe recordar que el Convenio N° 169 de la OIT exige que los procesos de consulta se desarrollen de buena fe, deber que comprende también las etapas de devolución y materialización de lo acordado.

Cuidado y custodia de personas migrantes

Este capítulo da cuenta del trabajo desarrollado por el Comité de Prevención contra la Tortura de Chile en materia migratoria durante cinco años de monitoreo. Más que reunir informes aislados, busca relevar una línea de monitoreo que se ha consolidado progresivamente y ha permitido observar, año a año, el impacto de las políticas de control migratorio y de primera respuesta en frontera sobre los sistemas de cuidado y custodia del Estado, en un escenario que cambia con gran rapidez.



Campamento humanitario de Playa Lobito. Región de Tarapacá.

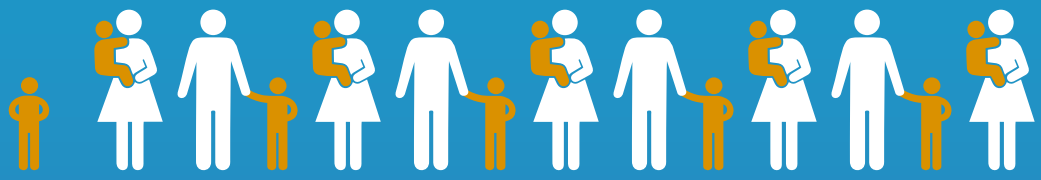
En 2025, el

41,6%

de las personas registradas por Carabineros al ingresar por pasos no habilitados, **eran niñas, niños o adolescentes,**

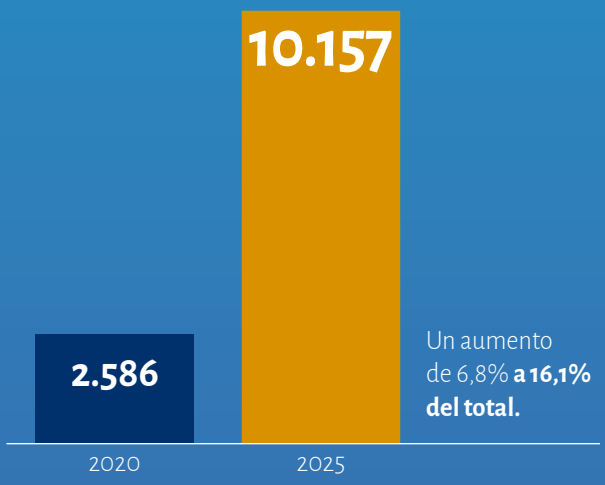
la proporción más alta de los últimos cinco años.

Y casi 9 de cada 10
llegaron con su madre o su padre.



Fuente: Carabineros de Chile, respuesta a Oficio Ord. N° 286, diciembre 2025.

La población extranjera privada de libertad en el sistema cerrado **pasó de 2.586 personas en 2020 a 10.157 en 2025.**



Un aumento de 6,8% **a 16,1% del total.**

Fuente: Gendarmería de Chile, estadística penitenciaria a diciembre de 2025.



de las las mujeres extranjeras privadas de libertad **son de nacionalidad Boliviana.**

Para el Comité, estas cifras reflejan los factores de riesgo que acompañan a la custodia de estas personas: **lejanía de la familia, ausencia de redes en el país y barreras de idioma y de acceso a visitas.**

Desde la **Resolución Exenta N° 1400/2024 de Gendarmería,** sólo pueden enrolarse como visitas quienes acrediten residencia o permanencia regular. El Comité constató que

Familias en situación migratoria irregular quedan excluidas y que mujeres extranjeras pasan meses sin contacto con sus hijas e hijos.



Las **Reglas Mandela y las Regla de Bangkok** exigen que el contacto con la familia se restrinja sólo por razones de seguridad y por el menor tiempo posible.

Contexto

1. Migración reciente y cambios en los flujos

En el último cuarto de siglo, Chile ha experimentado un crecimiento significativo de su población migrante. Tal como muestran los datos, al año 2002 el Censo registró 187.008 personas nacidas fuera del país, cerca del 1,2% de la población; en 2017 esa cifra aumentó a 746.465 (4,4%) y en 2024 alcanzó 1.608.650 personas, equivalentes al 8,8% de la población censada, duplicando su participación respecto de 2017 (INE, 2025a).

La composición de esta población extranjera también ha experimentado cambios importantes. En los años 2000 la migración provenía principalmente de países limítrofes (Perú, Argentina y Bolivia predominantemente). A partir de mediados de la década de 2010 la migración se diversifica e intensifica[67] con nuevos flujos desde el Caribe y el norte de Sudamérica, particularmente desde Haití[68], Venezuela y Colombia.

El asentamiento de la población inmigrante no es homogéneo a lo largo del territorio nacional, sino que presenta una marcada distribución territorial según el país de nacimiento. De acuerdo con el Censo 2024, la Región Metropolitana concentra el 60,0% de las personas nacidas fuera del país, aunque las mayores proporciones de población inmigrante respecto del total regional se registran en el norte: cerca de uno de cada cuatro residentes de Tarapacá (23,2%) y uno de cada cinco de Antofagasta (19,7%) nacieron en el extranjero (INE, 2025a). La población venezolana, el colectivo más numeroso (41,7% de la población inmigrante del país), reside mayoritariamente en la Región Metropolitana (66,0%) y es el principal colectivo en todas las regiones desde Coquimbo hasta Magallanes, con excepción de Aysén; su peso es especialmente alto en Biobío, donde representa el 63,7% de la población inmigrante regional. La población peruana (14,5%) se concentra aún más en la Región Metropolitana, donde reside el 73,9% de ella, y tiene además una presencia relevante en el extremo norte, donde representa el 31,2% de la población inmigrante de Arica y Parinacota y el 18,5% de

67 En el Censo del 2017 la principal nacionalidad registrada entre los extranjeros residentes en Chile era la peruana (25,2%), seguidos por Colombianos, Venezolanos, Bolivianos, Argentinos y Haitianos (INE, 2025a).

68 La inmigración haitiana muestra un crecimiento concentrado y acelerado desde 2012, con un alza abrupta entre el 2017 y 2018. SERMIG (2024). Minuta población migrante de Haití en Chile.

la de Tarapacá. La población colombiana (12,3%) reside principalmente en la Región Metropolitana (54,1%) y en Antofagasta (18,0%), y tiene un peso importante en ambos extremos del país: representa el 28,7% de la población inmigrante de Antofagasta y el 29,8% de la de Magallanes. La población boliviana (10,5%) mantiene su histórica concentración en el norte: casi siete de cada diez personas nacidas en Bolivia residen entre las regiones de Arica y Parinacota y Atacama, donde constituyen el principal colectivo inmigrante, con el 50,9% de la población inmigrante de Tarapacá, el 40,2% en Antofagasta, el 39,2% en Arica y Parinacota y el 33,7% en Atacama. Finalmente, la población argentina (4,4%) tiene una presencia relativa mayor en el sur: es el principal colectivo en Aysén (28,3%) y el segundo en La Araucanía (25,7%), Los Ríos (19,7%) y Los Lagos (13,2%) (INE, 2025b). Esta distribución heterogénea tiene implicancias significativas para el diseño de políticas migratorias y el acceso a derechos, ya que la presión de los flujos migratorios se ejerce de manera dispar entre regiones y afecta de forma distinta a cada realidad territorial y local.

Por su parte, el flujo migratorio irregular hacia Chile entre 2020 y 2025 se concentra principalmente en tres nacionalidades, que acumulan el 94% del total de ingresos irregulares registrados en ese período. Tal como se ilustra en la siguiente tabla, el principal flujo corresponde a personas venezolanas, con 73.619 ingresos registrados, equivalentes al 71,7% del total. Le siguen las personas bolivianas, con 15.322 registros (14,9%), y las colombianas, con 7.590 (7,4%). El 6% restante se distribuye entre personas peruanas (2.309 casos), ecuatorianas (2.233 casos) y haitianas (695 casos). Esta composición evidencia la necesidad de que la respuesta institucional en frontera incorpore un enfoque intercultural que contemple las características específicas de las culturas andina y caribeña.

TABLA 31:
Nacionalidad de personas que ingresan a Chile por pasos no habilitados entre los años 2020 y 2025.

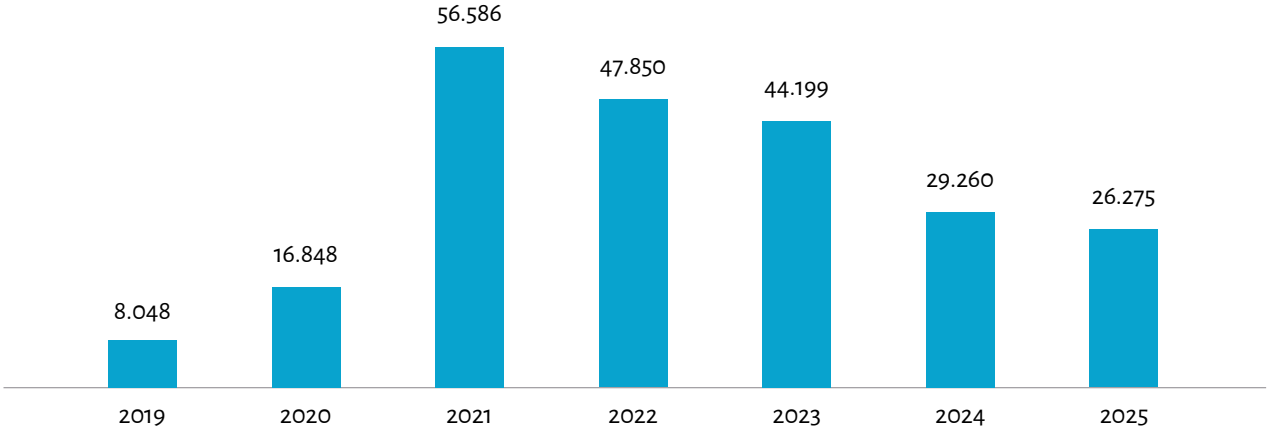
Nacionalidad	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total	%
Venezolana	6.721	14.979	21.503	10.946	14.594	4.876	**73.619**	71,7%
Boliviana	191	243	2.039	6.268	5.202	1.379	**15.322**	14,9%
Colombiana	178	908	2.134	1.609	2.081	680	**7.590**	7,4%
Peruana	173	449	648	368	479	192	**2.309**	2,2%
Ecuatoriana	29	203	491	427	780	303	**2.233**	2,2%
Haitiana	51	97	268	217	46	16	**695**	0,7%
Resto	31	73	201	211	287	90	**893**	0,9%
Total	**7.374**	**16.952**	**27.284**	**20.046**	**23.469**	**7.536**	**102.661**	100%

*Elaboración propia a partir de información proporcionada por Carabineros de Chile, en respuesta a Oficio Ord. N° 286 de diciembre de 2025. * 2025: datos hasta el 28 de diciembre.*

A nivel nacional, la presencia del colectivo venezolano se inscribe en una de las mayores crisis humanitarias recientes. Según la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V), liderada por ACNUR y la OIM, a noviembre de 2025 residían en países de América Latina y el Caribe cerca de 6,9 millones de personas refugiadas y migrantes de Venezuela. Colombia (2,8 millones) y Perú (1,6 millones) son los principales países de acogida, seguidos de Brasil (732.272) y Chile (669.408), lo que plantea importantes desafíos para la región (R4V, 2025). La mayor parte de esta emigración reciente ha tenido un carácter forzado, en el contexto de una emergencia humanitaria compleja. Según ACNUR & UCAB (2024), este flujo se ha diversificado e incluye cada vez más personas con menos recursos y menor preparación laboral, lo que dificulta su integración en los países de acogida. Si antes de la escalada migratoria cerca del 60% de quienes emigraban tenía educación universitaria, en las mediciones recientes esa proporción se redujo a menos de un tercio, al tiempo que aumentó la participación de personas provenientes de los hogares más pobres. Quienes se insertan en ocupaciones de menor calificación en los países de destino tienden, además, a contar con permisos temporales o a encontrarse en situación migratoria irregular, lo que dificulta su integración.

Este éxodo se ha desarrollado en dos fases. La primera, iniciada en 2016, estuvo compuesta por personas migrantes con altos niveles de educación y recursos económicos, que en buena medida lograron integrarse al mercado laboral formal con salarios relativamente altos. La segunda, iniciada en 2019, coincide en Chile con la implementación del visado consular para personas venezolanas (Radio Bío Bío, 2019). En esta etapa, el ingreso irregular cobró mayor relevancia, en un contexto agravado por la pandemia de COVID-19. Las denuncias de ingresos por pasos no habilitados alcanzaron su punto máximo en 2021 y mostraron un descenso sostenido entre 2022 y 2025. Como se aprecia en el siguiente gráfico, entre 2018 y 2021 estas denuncias aumentaron un 796,3%, de 6.313 a 56.586 registros. Entre 2022 y 2025 se observó una tendencia a la baja, que culminó con una reducción del 53,6% al cierre de 2025 (26.275 registros) respecto del máximo de 2021. Pese a esta disminución, el número de denuncias se mantiene por encima de los niveles previos a la pandemia.

GRÁFICO 24:
Cantidad de denuncias registradas por la PDI
de ingreso a Chile por paso no habilitado entre los años 2018 y 2025.



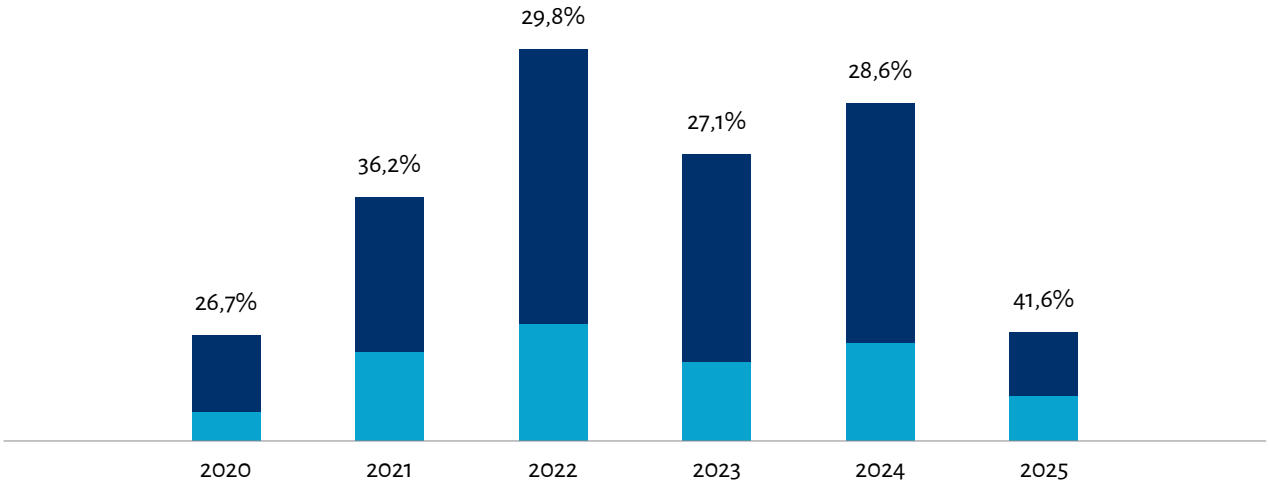
Servicio Nacional de Migraciones (2026). Estadísticas generales de la migración en Chile desde registros administrativos. Servicio Nacional de Migraciones: Cifras de enero 2016 a diciembre 2025.

Los datos muestran que la proporción de niñas, niños y adolescentes entre los ingresos irregulares registrados ha fluctuado durante los últimos cinco años, sin una tendencia lineal clara. Como se observa en el siguiente gráfico, varía entre el 27,1% y el 41,6% del total. Tras un primer aumento en 2021 (36,2%), se mantuvo entre el 27% y el 30% de 2022 a 2024. En 2025 alcanzó el 41,6%, su nivel más alto en el período. Este aumento porcentual no responde a un incremento en el número de niñas, niños y adolescentes registrados, sino a una disminución más pronunciada del flujo adulto.

Entre 2024 y 2025, el total de ingresos irregulares registrados cayó de 23.469 a 7.536, una baja del 67,9%. En el mismo período, los registros de niñas, niños y adolescentes disminuyeron de 6.713 a 3.134 (53,3%), mientras que los de personas adultas se redujeron un 73,7%.

Así, de los 15.933 ingresos menos registrados en 2025, cerca de ocho de cada diez correspondieron a personas adultas. Aunque también disminuyó el número de niñas, niños y adolescentes, su proporción dentro del total aumentó.

GRÁFICO 25:
Cantidad de personas que ingresan al país de forma irregular registrados por Carabineros de Chile entre los años 2020 y 2025, según si son niñas, niños o adolescentes o adultos.



*Elaboración propia a partir de información proporcionada por Carabineros de Chile, en respuesta a Oficio Ord. N° 286 de diciembre de 2025. * 2025: datos hasta el 28 de diciembre. Los porcentajes corresponden a la proporción de niñas, niños y adolescentes que ingresan al país de manera irregular, en relación al total de personas que ingresan de esta forma en el período.*

Este escenario también modificó la percepción social. Un informe de la OIM (2024) advierte un aumento de la xenofobia y de la competencia por empleos. En Chile, durante 2021 se registraron tensos episodios, como la quema de carpas de personas venezolanas en Iquique (BBC News, 2021). Por su parte, el discurso de la securitización ha ganado espacio en el debate público, incluidas las posturas favorables a las expulsiones y a la tipificación del ingreso irregular como delito. En mayo de 2026, la Sala del Senado aprobó en general un proyecto de ley que busca establecer esa tipificación (SERMIG, 2026), y se anunciaron otros proyectos complementarios orientados a endurecer las medidas de expulsión y control interno (Gobierno de Chile, 2026).

2. Marco normativo nacional: un escenario en tensión cambiante

La política migratoria chilena ha estado históricamente marcada por el contexto nacional e internacional y presenta fases bastante nítidas: en el siglo XIX, una política de inmigración selectiva orientada a atraer población europea para poblar el sur; en la primera mitad del siglo XX, la llegada de personas palestinas y españolas que huían de conflictos, junto con un intenso desplazamiento interno desde el campo hacia las ciudades; entre 1973 y 1990, bajo el régimen militar, el predominio de la emigración y el exilio de personas chilenas por persecución política; y, desde el retorno a la democracia, de la mano del crecimiento económico, la consolidación de Chile como país receptor, sobre todo de migración latinoamericana. Este último fenómeno ha moldeado la normativa y las políticas migratorias del país (Norambuena, Navarrete & Matamoros, 2018).

En los últimos años, el CPT identifica un aumento en la tensión entre el enfoque de derechos humanos y la creciente "securitización" de las fronteras. El Decreto Ley 1.094 de 1975, de lógica dictatorial, fue reemplazado en 2021 por la Ley N° 21.325 de Migración y Extranjería, que establece que la migración irregular no es constitutiva de delito (Ley N° 21.325 de 2021).

Pese a este avance normativo, el debate legislativo y la acción del ejecutivo han buscado endurecer el enfoque. Ejemplos de ello son las iniciativas que buscan tipificar el ingreso clandestino como delito y que apuntan a ampliar las expulsiones administrativas (Boletines N°15.261-25 y N°16.836-06); el Plan Nacional de Complejos Fronterizos (Ministerio del Interior, 2023); la propuesta de una reforma constitucional para facilitar el despliegue de militares en frontera[69] ; o el llamado "Criterio Valencia", en referencia al Oficio N°298/2023 del Fiscal Nacional, que instruye a los fiscales a solicitar la prisión preventiva —fundada en el peligro de fuga— de todo imputado, chileno o extranjero, que no cuente con un documento identificatorio chileno o, tratándose de personas extranjeras, con RUN provisorio, cualquiera sea el delito y con la sola excepción de quienes ingresaron como turistas y se mantienen en situación regular (Fiscalía Nacional, 2023).

En paralelo, la regularización se ha abordado de manera acotada, mediante procesos extraordinarios y permisos humanitarios para grupos de especial protección (SJM, 2024; INDH, 2025). El llamado a autodenunciarse, dirigido a personas mayores de 18 años sin antecedentes penales y con arraigo familiar y laboral —asociado a un sistema de empadronamiento biométrico—, generó expectativas de regularización que se vieron frustradas (Amnistía Internacional, 2026).

Regularizar a la población residente sigue siendo un desafío pendiente, distinto del control fronterizo. Enfrentarlo desde un enfoque de derechos supone remover barreras administrativas, en lugar de promover medidas de exclusión como el proyecto que restringe el acceso a beneficios sociales de cargo fiscal (Boletín N.° 17.474-06), con especial impacto en niñas, niños y adolescentes. Conviene recordar que los derechos fundamentales son inherentes a las personas y no dependen de su estatus migratorio.

En el caso de niñas, niños y adolescentes, este estándar se ve reforzado por la Ley N.° 21.430, sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Su artículo 8 consagra el principio de igualdad y no discriminación arbitraria y prohíbe expresamente discriminar a un niño, niña o adolescente por su nacionalidad, estatus migratorio o condición de refugiado o asilado, entre otras categorías, en armonía con la Convención sobre los Derechos del Niño.

69 Boletín 17.925-07, presentado en octubre de 2025. Al momento de este informe se encuentra en primer trámite constitucional en el Senado.

3. Marco internacional: compromisos multilaterales

Más allá del marco interno, la actuación del Estado en frontera se inscribe en un contexto internacional. Chile es parte de los principales tratados de derechos humanos, así como de la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951 y su Protocolo de 1967, que establecen obligaciones para el Estado, entre ellas, respetar el principio de no devolución (non-refoulement) y no criminalizar la migración irregular. En el plano regional y del derecho indicativo (soft law), en cambio, su posición ha sido asimétrica frente a dos marcos clave.

En materia de migración, Chile no adoptó el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular (Marrakech, 2018) —marco de cooperación no vinculante, de veintitrés objetivos—, sumándose al grupo reducido de Estados que se restaron, con el argumento de que restringía la soberanía y la potestad de controlar las fronteras[70]. Pese a ello, el seguimiento regional del Pacto se realiza en Santiago, cuya última revisión fue en marzo de 2025 (CEPAL, 2025)[71].

En materia de refugio, en cambio, el país ha asumido un rol de liderazgo. La Declaración de Cartagena (1984) amplió la definición de persona refugiada —incluyendo a quienes huyen de la violencia generalizada, los conflictos internos o la violación masiva de derechos humanos—, definición que Chile incorporó a su derecho interno en la Ley N° 20.430 sobre protección de refugiados. En 2024, Chile encabezó el proceso Cartagena+40 y fue sede del evento ministerial que adoptó la Declaración y Plan de Acción de Chile 2024-2034 (CEPAL, diciembre de 2024), hoja de ruta regional para la próxima década[72]. Esta asimetría —liderazgo en la protección de personas refugiadas y mayor distancia frente a la gobernanza multilateral de la migración— es parte de este marco en tensión.

En materia de refugio, Chile ha asumido un rol de liderazgo. La Declaración de Cartagena (1984) amplió la definición de persona refugiada, definición que Chile incorporó a su derecho interno en la Ley N° 20.430 sobre protección de refugiados.

4. Institucionalidad: ¿quién responde en frontera?

La respuesta en frontera no recae en una sola autoridad, sino en una arquitectura amplia de organismos con mandatos sectoriales, definidos principalmente por la Ley N° 21.325 de Migración y Extranjería[73] y por normas especiales. Sin ser exhaustivos, se describen brevemente sus funciones:

- La rectoría y política migratoria recaen en el Ministerio del Interior, quienes fijan, coordinan e implementan la Política Nacional de Migración y Extranjería y resuelven expulsiones en casos calificados. El Servicio Nacional de Migraciones (SERMIG), dependiente

70 Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular (Marrakech, 2018). Chile no lo adoptó; declaración del Gobierno de Chile, diciembre de 2018.Disponibleen:https://prensa.presidencia.cl/comunicado.aspx?id=88452

71 Segunda Revisión Regional del Pacto Mundial para la Migración en América Latina y el Caribe, CEPAL, Santiago, 18 a 20 de marzo de 2025. Disponible en: https://www.cepal.org/es/eventos/segunda-revision-regional-pacto-mundial-la-migracion-segura-ordenada-regular-america-latina

72 Declaración de Cartagena sobre los Refugiados (1984); definición ampliada incorporada en la Ley N° 20.430 (2010), art. 2. Proceso Cartagena+40: Declaración y Plan de Acción de Chile 2024-2034, adoptada en el evento ministerial de la CEPAL, Santiago, diciembre de 2024. Disponible en: https://www.acnur.org/cartagena40

73 Ley N° 21.325 de Migración y Extranjería, Título XIV (institucionalidad migratoria) y art. 166 (autoridad contralora del control migratorio). Disponible en: https://bcn.cl/4VQCMv

del Ministerio del Interior, otorga, prórroga y revoca permisos, sanciona, decreta las expulsiones administrativas y administra el Registro Nacional de Extranjeros, y el Consejo de Política Migratoria, instancia multisectorial asesora (Ley N° 21.325, Título XIV). Las Delegaciones Presidenciales tienen a su cargo la administración de los complejos fronterizos.

- El control fronterizo y migratorio involucra a diversos actores: la Policía de Investigaciones (PDI) ejerce como autoridad contralora del ingreso y egreso de personas al país, junto a Carabineros de Chile –en los pasos habilitados sin presencia de PDI– quienes además vigilan la línea fronteriza; y en los puertos, la Autoridad Marítima (Ley N° 21.325, art. 166).
- A lo anterior se suma el resguardo militar de zonas fronterizas que ejercen de manera reciente las Fuerzas Armadas, habilitadas por la reforma constitucional de la Ley N° 21.542 (2023) y el DFL N° 1 de 2023, y que son desplegadas en la macrozona norte mediante decretos renovables. Sus atribuciones son acotadas —control de identidad, registro y detención en caso de flagrancia sólo para la entrega inmediata de las personas detenidas a Carabineros o la PDI, y colaboración con la autoridad migratoria—, sin suspensión de derechos y sin asumir la custodia ni el cuidado de las personas detectadas[74].
- Por su parte, el Ministerio Público realiza la investigación y persecución penal, especialmente relevante en casos de trata y tráfico; los tribunales con competencia penal y las Cortes de Apelaciones resuelven diversas materias como los reclamos ante expulsiones o la determinación de derivar a niñas, niños y adolescentes no acompañados al Servicio Nacional de Protección Especializada; y la Defensoría Penal Pública y las Corporaciones de Asistencia Judicial en la defensa.

La fragmentación institucional es compleja e implica altos niveles de coordinación y directrices de actuación muy precisas, lo que se vuelve un desafío especialmente complejo al operar sobre un escenario que cambia rápidamente, y que exige al Estado generar respuestas permanentes y transitorias cuya implementación es compleja.

74 Reforma constitucional de la Ley N° 21.542 (2023) y DFL N° 1 de 2023, que habilitan el despliegue de las Fuerzas Armadas en el resguardo de zonas fronterizas mediante decretos renovables. Un proyecto de 2025 (Boletín 17.925-07) busca consagrarlo como facultad permanente. Disponible en: https://www.senado.cl/comunicaciones/noticias/reforma-para-el-despliegue-militar-en-resguardo-de-zonas-fronterizas-llego

Monitoreo

1. Visitas

El monitoreo del CPT en temas migratorios puede leerse como un continuo. Una primera aproximación tuvo lugar en el marco de visitas a unidades policiales y penitenciarias del norte (2022–2023); se consolidó en una misión temática dedicada (2023); fue objeto de un seguimiento peródico a las mismas regiones (terreno 2024); y derivó en líneas de profundización respecto de la situación de la niñez migrante y las expulsiones administrativas. (2025). La selección de recintos priorizó aquellos de mayor riesgo o con nudos críticos detectados, incorporando nuevos dispositivos a medida que cambiaba el escenario.

A partir de estas visitas se han evacuado diversos informes, minutas y acciones administrativas donde el CPT ha transmitido a las autoridades, hallazgos y recomendaciones acerca de la situación de la población migrante privada de libertad y bajo cuidado y custodia del Estado, levantando alertas preventivas.

Entre 2021 y 2025, el CPT realizó 42 visitas vinculadas al monitoreo de la situación de las personas migrantes, distribuidas en ocho tipos de recintos: recintos penitenciarios con alta presencia de población extranjera (33,3%), dispositivos humanitarios (14,3%), complejos fronterizos (11,9%), dispositivos de custodia migratoria (11,9%), residencias de protección con niñez migrante (11,9%), residencias familiares (7,1%), centros de justicia juvenil y unidades policiales (4,8% cada una). Se abarcaron 21 recintos. Un 83,3% de estas visitas fueron programadas.

TABLA 32:
Visitas realizadas por el CPT entre 2021 - 2025
orientadas al monitoreo de la situación de personas migrantes, por año y tipo de recinto.

Tipo de recinto	Cantidad de visitas por año					
	2021	2022	2023	2024	2025	**Total**
Recintos Penitenciarios	0	3	4	7	0	**14**
Dispositivos humanitarios	0	0	1	5	0	**6**
Complejos fronterizos	0	0	1	3	1	**5**
Dispositivos de custodia migratoria	0	0	1	4	0	**5**
Residencias de protección de niñas, niños y adolescentes	0	0	2	1	2	**5**
Residencias familiares	0	0	1	1	1	**3**
Unidades policiales	0	0	2	0	0	**2**
Centros de justicia juvenil	0	0	1	1	0	**2**
Total	**0**	**3**	**13**	**22**	**4**	**42**

Elaboración propia. Una visita = 1 recinto visitado en un momento determinado; un recinto puede tener más de una visita.

2. Hallazgos

El monitoreo no solo recogió observaciones cualitativas en terreno; también permitió dimensionar la presión sobre cada sistema de cuidado y custodia en un contexto de aumento de los flujos migratorios y crecimiento sostenido de la población extranjera, especialmente en la zona norte. A continuación, los hallazgos se organizan por sistema de cuidado y custodia para mostrar su evolución a lo largo de los cinco años de monitoreo. Se consideran la Misión de Observación Migrante (2023), su seguimiento (2024), el informe sobre expulsiones administrativas (2025), la misión de seguimiento con foco en niñez (2025) y diversas visitas preventivas y reactivas. La matriz al cierre de esta sección sintetiza qué condiciones permanecen, cuáles han cambiado y en qué dirección.

El monitoreo no solo recogió observaciones cualitativas en terreno; también permitió dimensionar la presión sobre cada sistema de cuidado y custodia en un contexto de aumento de los flujos migratorios y crecimiento sostenido de la población extranjera, especialmente en la zona norte.

2.1 Primera respuesta y detección en frontera: del dispositivo humanitario al control militarizado

El primer monitoreo de esta línea —la Misión de Observación Migrante (2023)— diagnosticó la situación de las personas en movilidad bajo cuidado y custodia del Estado en Arica y Parinacota, Tarapacá y Antofagasta. Con foco en la prevención de malos tratos y la interculturalidad, abarcó 11 recintos: campamentos transitorios, unidades penales de hombres y mujeres, residencias de protección de niñas, niños y adolescentes, centros de justicia juvenil y casas de acogida familiar. La misión evidenció cómo la securitización de las fronteras se materializó en la creación y puesta en marcha de dos campamentos transitorios —dispositivos humanitarios y de primera respuesta— en Colchane y Lobito, en la Región de Tarapacá, ante el máximo de ingresos irregulares registrado en 2021.

En Colchane se estableció una permanencia máxima de 24 horas. Los principales nudos críticos se relacionaron con la retención de hecho de personas que no estaban detenidas. También se observaron deficiencias en la atención de salud, especialmente para grupos de especial protección y ante emergencias, así como discriminación en los traslados, con la exclusión de personas bolivianas.

En Lobito, la permanencia establecida era de hasta 15 días y cerca del 50% de la población era menor de edad. Se identificaron importantes problemas sanitarios y dificultades para obtener el número de identificación provisorio (NIP), necesario para acceder a la atención de salud. También se observó escaso apoyo para regularizar la situación migratoria y reglas que limitaban la autonomía económica de las personas adultas: no se les permitía salir del dispositivo a buscar empleo o realizar trámites mientras sus hijos e hijas asistían a espacios educativos. Se destacó la labor de organizaciones internacionales, como UNICEF y World Vision, que facilitaban el cuidado de niños y niñas y brindaban apoyo psicosocial.

En ambos campamentos se reportaron situaciones de violencia de género y agresiones físicas y verbales, agravadas por la falta de protocolos de actuación claros para los equipos. Estos, además, se percibían distantes de una función pública, pues en su mayoría habían sido contratados por una productora privada a cargo de la operación diaria. La principal alerta del CPT fue la ausencia de una directriz estatal que regulara las condiciones mínimas de estos dispositivos. Esto dejaba los estándares operativos sujetos a criterios económicos y a equipos no especializados en respuestas humanitarias ante flujos migratorios.

En el seguimiento de 2024 se volvió a visitar estas regiones y recintos, y se observó un cambio de escenario: la militarización de la frontera desplazó los flujos hacia pasos no habilitados y generó nuevas dinámicas de cruce. Un hallazgo crítico fue la incertidumbre generada por el anuncio del cierre de los dispositivos transitorios de Colchane y Lobito sin un plan claro de reemplazo, lo que podía aumentar el número de familias migrantes en situación de calle. Pese a que el Ministerio del Interior había manifestado su intención de implementar, a través de las delegaciones presidenciales, un plan de acogida migratoria con residencias en el norte grande, este nunca se materializó. Como práctica positiva, el seguimiento destacó la habilitación de un espacio de contención y apoyo humanitario para familias con niñas, niños y adolescentes en el Centro de Atención Transitoria (CAT) de Colchane.

El seguimiento de 2025 (Región de Arica y Parinacota, con foco en niñez) profundizó en la ruta institucional de detección en frontera y describió un contacto predominantemente securitizado y militarizado, a cargo del Ejército, Carabineros de Chile o la PDI. El encuentro con personal uniformado y armado resulta intimidante para niñas, niños y adolescentes, por lo que el trato en ese primer contacto es clave para prevenir tratos inapropiados, crueles o degradantes. Los propios funcionarios reportan que si bien existe un protocolo para la protección de niñas niños y adolescentes no acompañados y separados[75] —que instruye generar condiciones adecuadas de acogida, determinar si el niño o niña está o no acompañado o separado, brindar protección inmediata ante indicios de trata, violencia o consumo de sustancias, informar sobre el proceso y los derechos, aplicar una pauta de evaluación de riesgo y derivar a tribunales cuando corresponda—, su implementación y la coordinación de la red dependen de las capacidades de cada territorio y no existe un protocolo de actuación con niñas y niños o adolescentes compartido entre quienes realizan la detección fronteriza. Es relevante mencionar la importancia de que funcionarias/os que intervienen con niñas, niños y adolescentes sean capacitados en el trato hacia esta población, siendo de relevancia la capacidad de entregar información adecuada y completa según su ciclo vital y autonomía progresiva, a fin de hacerlos parte y resguardar su derecho a la participación y ser oídos.

Tampoco está claro el procedimiento para acceder a una evaluación médica inmediata ni para realizar una constatación de lesiones eficaz y oportuna. Según lo reportado por los actores consultados, esta última se lleva a cabo en una etapa avanzada de la ruta de traspaso entre instituciones, antes del control migratorio o del ingreso a una residencia. Esto implica que niñas, niños y adolescentes deban esperar durante largas horas en centros de salud, lo que añade agotamiento al viaje. Los funcionarios a cargo de su custodia perciben la constatación de lesiones más como un requisito procedimental para su propia salvaguarda que como una evaluación del estado de salud de niñas, niños y adolescentes orientada a su protección. A ello se suma que los sucesivos traspasos de custodia entre instituciones generan vacíos de responsabilidad y confusión. En ausencia de salvaguardas suficientes, estas condiciones aumentan su vulnerabilidad y el riesgo de que ocurran malos tratos que no queden registrados.

La creación de la Fiscalía de Frontera en Chacalluta es un avance significativo: permite entrevistas a cargo de profesionales especializados[76] que descartan trata o vulneraciones hacia la niñez en su tránsito e ingreso al territorio nacional. Sin embargo, es aún una iniciativa circunscrita a la región y la comuna de Arica; en zonas alejadas y rurales esta unidad no opera[77], y Carabineros aplica una pauta de riesgo para dar un trato diferenciado sensible a la niñez, pero cuyo procedimiento, instrumentos y capacitación están aún distantes de uno especializado. Las entrevistas de ambos procedimientos se enfocan en identificar víctimas, sin considerar apropiadamente eventuales maltratos sufridos durante la detección y en el primer contacto.

75 Este protocolo fue aprobado por el Pleno de la Corte Suprema en diciembre de 2021. Involucra y participaron de su construcción el Poder Judicial; el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; Carabineros de Chile; PDI; la Defensoría de la Niñez; la Subsecretaría de la Niñez; el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia; la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas; UNICEF y ACNUR. No considera al Ejército ya que fue elaborado previo a su participación en el monitoreo de fronteras. se encuentra disponible en https://www.unicef.org/chile/media/6636/file/protocolo%20migrante.pdf

76 Efectuadas por profesionales de la Unidad Regional de Atención a Víctimas y Testigos (URAVIT).

77 En prensa se ha anunciado la decisión de la Fiscalía Nacional de crear, a partir del 1 de junio de 2026, una unidad exclusiva para delitos en pasos fronterizos que abarque toda la Región de Arica y Parinacota (Bío Bío Chile, 2026),

En Arica, la Policía de Investigaciones de Chile (PDI) realiza el control migratorio y el registro biométrico de quienes ingresan al país. Se reporta la falta de directrices claras sobre cuándo corresponde aplicar este registro a niñas, niños y adolescentes. También existe escasa claridad sobre los mecanismos de interoperabilidad entre instituciones que permitan dar seguimiento a sus trayectorias con fines de protección, resguardando la confidencialidad de los datos y evitando su uso para la persecución penal o la aplicación de sanciones migratorias.

Se detectó, además, una falencia preocupante en los casos de niñas, niños y adolescentes no acompañados sorprendidos al intentar salir irregularmente del territorio nacional, especialmente adolescentes. Según las entrevistas realizadas, en estos casos no se aplica la entrevista con enfoque protector de la Fiscalía ni la evaluación de riesgo de Carabineros. En su lugar, se pasa directamente al control migratorio y a la institucionalización de los adolescentes en situación irregular.

Como muestra la siguiente tabla, de los niñas, niños y adolescentes que ingresaron de forma irregular entre 2021 y 2025, 251 lo hicieron sin acompañante (menos del 1%), mientras que cada año entre el 88% y el 91% ingresó junto a su madre, su padre o ambos. Este patrón, sumado a la disminución de la proporción de ingresos sin acompañante —del 1,3% en 2021 al 0,2% en 2025—, sugiere la importancia de orientar la respuesta institucional al fortalecimiento de los dispositivos de acogida familiar y evitar separaciones innecesarias de las familias migrantes. No obstante, la persistencia de casos de niñas, niños y adolescentes no acompañados exige mantener protocolos diferenciados para este grupo de especial vulnerabilidad.

TABLA 33:
Tipo de persona que acompaña a niñas, niños
y adolescentes que ingresan de forma irregular a Chile, años 2021 a 2025.

Año	Madre/Padre	Otro familiar	Adulto responsable	Sin acompañante	Total
2021	5.599 (91,3%)	304 (5,0%)	151 (2,5%)	81 (1,3%)	6.135
2022	7.332 (90,2%)	558 (6,9%)	175 (2,2%)	60 (0,7%)	8.125
2023	4.813 (88,7%)	389 (7,2%)	160 (2,9%)	65 (1,2%)	5.427
2024	5.978 (89,1%)	332 (4,9%)	363 (5,4%)	40 (0,6%)	6.713
2025	2.802 (89,4%)	215 (6,9%)	112 (3,6%)	5 (0,2%)	3.134

*Elaboración propia a partir de información proporcionada por Carabineros de Chile, en respuesta a Oficio Ord. N° 286 de diciembre de 2025. * 2025: datos hasta el 28 de diciembre.*

Finalmente, en las residencias de protección se recogieron relatos de usuarios y personal que describen la interceptación por parte de militares y policías como un proceso «complejo, traumático y violento». Se mencionan agresiones verbales («hablan golpeado»), empujones y golpes, especialmente cuando el ingreso ocurre de noche y en condiciones de agotamiento. Los adolescentes señalan que reciben poca o ninguna información clara y adecuada a su edad sobre los procedimientos. Por ello, muchas veces desconocen por qué fueron derivados a una residencia y cuáles son sus derechos.

2.2 Residencias para familias en situación de calle como oferta de acogida para familias migrantes

El monitoreo del CPT en la misión de 2023 y los seguimientos realizados en 2024 y 2025 incluyeron visitas a residencias para familias en situación de calle del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO) en la Región de Arica y Parinacota, administradas por fundaciones colaboradoras. Estas visitas respondieron a alertas de organizaciones de la sociedad civil sobre el rol que las residencias comenzaron a cumplir al acoger a familias migrantes en situación de calle. Aunque no son dispositivos exclusivos para población migrante, admiten su ingreso y priorizan a grupos familiares: parejas con niñas, niños y adolescentes o familias monoparentales. Sin haber sido concebida para esa función, la residencia familiar visitada albergaba una proporción importante de personas migrantes y operaba, de hecho, como una alternativa de apoyo humanitario.

Se valora la existencia de estas residencias, pues buscan ofrecer un espacio seguro durante la transición desde la situación de calle hacia una solución habitacional. Para ello, proporcionan alojamiento, alimentación —desayuno y cena— y apoyo psicosocial. En el caso de las familias migrantes, esta transición presenta desafíos adicionales: sus necesidades incluyen avanzar en la regularización migratoria, solicitar asilo o refugio, abordar eventuales situaciones de apatridia e incorporarse a los sistemas de salud y educación, muchas veces sin documentación ni redes de apoyo. La residencia brinda apoyo para la regularización y facilita la vinculación con los servicios de salud y educación. Atiende principalmente a mujeres con niños y niñas; los hombres solo pueden ingresar si acreditan filiación. La permanencia autorizada pasó de un máximo de dos meses en 2023 a cuatro meses en 2024 y 2025. Durante el día, se insta a las personas adultas a trabajar o buscar empleo mientras niñas, niños y adolescentes asisten a actividades escolares.

La residencia visitada en 2023 y 2024, con capacidad para unas 25 personas, y la visitada durante el seguimiento de 2025, con capacidad para 20, operaban constantemente a plena capacidad y mantenían listas de espera. Esto da cuenta de la alta demanda en Arica, donde las personas en situación de movilidad humana representan una proporción importante de la población en situación de calle. En este contexto, las residencias familiares han adquirido relevancia para la respuesta territorial, pues constituyen el único dispositivo que permite acoger a familias con niñas, niños y adolescentes con independencia de su nacionalidad. Los demás dispositivos destinados a personas en situación de calle se orientan exclusivamente a población adulta.

Las residencias familiares han adquirido relevancia para la respuesta territorial, pues constituyen el único dispositivo que permite acoger a familias con niñas, niños y adolescentes con independencia de su nacionalidad. Los demás dispositivos destinados a personas en situación de calle se orientan exclusivamente a población adulta.

Los principales nudos críticos de estos dispositivos se relacionan, en primer lugar, con las restricciones al ingreso de hombres adultos que declaran ser padres o parejas cuidadoras. Estas restricciones responden a directrices impartidas por MIDESO en 2021, justificadas por razones de seguridad y prevención de la violencia intrafamiliar. A ellas se suma la dificultad de verificar la filiación cuando falta documentación del país de origen, situación especialmente frecuente entre personas venezolanas. En estos casos, los hombres deben ser derivados a otra residencia, si hay cupos disponibles, lo que separa al grupo familiar. Como consecuencia, aumentan las responsabilidades de las mujeres y se produce una feminización de la acogida: la población atendida queda integrada mayoritariamente por mujeres solas con sus hijos e hijas.

Otro nudo crítico es el escaso apoyo institucional ante situaciones de alta complejidad. La residencia recibe habitualmente a familias que han cruzado por pasos no habilitados en condiciones extremas. El equipo reporta atender con frecuencia a mujeres y familias solicitantes de refugio que sobrevivieron a violencia sexual, acoso y hostigamiento durante el trayecto. Pese a ello, las derivaciones a la red estatal de protección —para recibir apoyo psicológico, atención especializada de salud y asistencia jurídica— son casi nulas. Esto evidencia falta de orientación y de protocolos claros de los ministerios correspondientes para acompañar situaciones migratorias complejas desde estos dispositivos.

Otro nudo crítico es que los procesos de regularización migratoria suelen exceder el tiempo de permanencia en la residencia, por lo que las familias egresan en la misma situación migratoria en que ingresaron. Aunque la residencia facilita la escolarización mediante el Identificador Provisorio Escolar (IPE) y el Identificador Provisorio del Apoderado (IPA), así como la inscripción en salud mediante el Número de Identificación Provisorio (NIP), la falta de cupos —en especial en jardines infantiles y salas cuna— limita la autonomía laboral de las mujeres y su capacidad de generar ingresos.

El monitoreo realizado por el CPT a lo largo de estos años revela que las residencias de protección del norte operan bajo una presión crítica. El flujo migratorio modificó de manera significativa el perfil de la población que ingresa al cuidado del Estado, sobrepasó la capacidad de los dispositivos y llevó a los equipos a niveles extremos de carga y estrés. Esta sobrecarga fue identificada como el principal factor de riesgo de malos tratos.

La empleabilidad constituye otra dificultad. Debido a su estatus migratorio, las personas adultas enfrentan barreras para incorporarse al mercado laboral y superar la situación de calle. Los trabajos que consiguen suelen ser informales, y la residencia tiene escasas posibilidades de apoyarlas en este ámbito, especialmente cuando se encuentran en situación migratoria irregular. En estas condiciones, resulta muy difícil promover la autonomía de las familias, acceder a empleos formales y cumplir con los requisitos para arrendar una vivienda o acceder a otras soluciones habitacionales formales.

2.3 Niñez y adolescencia migrante en el sistema de protección especializada

El monitoreo realizado por el CPT a lo largo de estos años revela que las residencias de protección del norte operan bajo una presión crítica. El flujo migratorio modificó de manera significativa el perfil de la población que ingresa al cuidado del Estado, sobrepasó la capacidad de los dispositivos y llevó a los equipos a niveles extremos de carga y estrés. Esta sobrecarga fue identificada como el principal factor de riesgo de malos tratos.

En la residencia para lactantes y preescolares se detectó un subregistro importante de niños y niñas de familias migrantes. La mayoría había nacido en Chile y tenía nacionalidad chilena, pero sus madres y padres eran extranjeros y se encontraban en situación migratoria irregular, en situación de calle o en viviendas precarias. Al no quedar reflejadas estas circunstancias en los registros, sus necesidades de atención especializada resultaban estadísticamente invisibles para el diseño de políticas de protección adecuadas. Las cuidadoras reportaban turnos muy exigentes y el uso de licencias médicas como forma de descanso ante la falta de medidas institucionales para el cuidado de los equipos. También manifestaban inseguridad en el manejo de las visitas, especialmente cuando desconocían si existían órdenes de alejamiento vigentes, y señalaban la falta de protocolos claros para el trato directo con las familias.

En la residencia para adolescentes mujeres se observó el ingreso de adolescentes gestantes y con hijos lactantes, pese a que no formaban parte del grupo objetivo del programa adjudicado. Esto generaba tensiones de convivencia entre adolescentes sin hijos —algunas con

necesidades de atención de salud mental o consumo problemático— y adolescentes que ejercían la maternidad. También aumentaba la carga de los equipos, que debían atender simultáneamente a grupos con necesidades distintas. El CPT advierte que la falta de dotación y capacitación adecuadas para abordar de manera especializada las necesidades de niñas, niños y adolescentes de familias migrantes —que en algunos casos han vivido experiencias traumáticas vinculadas con la movilidad forzada, la trata o el abuso— constituye un factor de riesgo directo de tratos inadecuados. Subraya la necesidad de examinar con mayor profundidad si la oferta programática se ajusta a la población atendida y de reducir las brechas en la calidad de la atención.

El seguimiento de 2025 mostró que la detección de niñas, niños y adolescentes no acompañados o separados[78] deriva casi siempre en su judicialización e ingreso a residencias de protección. Una vez en el sistema residencial, la condición migratoria no estructura el plan de intervención: se aplican modelos pensados para la niñez chilena, invisibilizando la dimensión cultural y el impacto emocional de la migración. A ello se suma que la regularización migratoria de los niños y niñas avanza con lentitud —entre cuatro a seis meses, y a veces incluso más de un año— por las demoras burocráticas y la falta de respuesta consular; esa irregularidad prolongada no solo retrasa el acceso a derechos básicos y de identidad, sino que también obstaculiza la propia intervención (por ejemplo, ante familias ausentes que requieren ser contactadas o en estado de irregularidad), dificulta la inserción social y educativa, y posterga las posibilidades de egreso. En ambas residencias visitadas se reportaron, además, problemas de adaptación institucional y dificultades para abordar el rezago escolar con que llegan muchos niños extranjeros. Finalmente, las expectativas de generar ingresos —principal motivo de migración de muchos adolescentes— y las escasas capacidades institucionales para responder a sus necesidades de intervención derivan en baja adherencia y salidas no autorizadas de la residencia para realizar trabajos informales (como cargar camiones en el agro), requiriendo avanzar en una mirada intercultural más profunda de las trayectorias migratorias de adolescentes y jóvenes.

78 En el caso de separados, esto ocurre cuando los adultos que acompañan no logran comprobar una relación de filiación o de cuidado.

2.4 Desafíos en Justicia Juvenil

En la Misión Migrante de 2023 y el Seguimiento de 2024 se visitó un centro en plena transición desde el modelo de responsabilidad penal adolescente (CIP-CRC) hacia el de reinserción social juvenil (IP-IRC) en Antofagasta. Se observó una transición lenta, que inició sin mejoras o cambios en la infraestructura, sus instalaciones ni adecuación de los equipos.

El hallazgo más relevante fue el cambio de perfil y trayectorias que reportaron los equipos profesionales y técnicos identificando que, si bien la población atendida disminuyó en general, aumentó la proporción de extranjeros[79], con diferencias significativas en las trayectorias delictivas según nacionalidad y trayectoria migratoria, frente a las cuales el servicio reconoce una necesidad de adaptación con intervenciones especializadas, que no dispone, y mayor capacitación de los equipos. Se advierten, en ambos informes, actitudes xenófobas, discriminación y malos tratos —en especial hacia bolivianos— por parte de pares y funcionarios: burlas por rasgos fenotípicos, uso de sobrenombres y estigmatización del grupo como "sumisos".

Lo más crítico es el alto nivel de desarraigo de los adolescentes extranjeros, quienes enfrentan un régimen de visitas y llamadas inferior al estándar legal para adolescentes y cercano al penitenciario. Se observa poca flexibilidad para recibir a familiares provenientes de sectores rurales con escasa conectividad, visitas breves y acceso a llamadas y videollamadas condicionado a la buena conducta. Estas restricciones afectan especialmente a quienes no reciben visitas presenciales.

Los adolescentes extranjeros también expresan sentirse distantes, desprotegidos y angustiados ante el lenguaje técnico utilizado por quienes intervienen en el proceso penal. Esto subraya la necesidad urgente de contar con más facilitadores culturales e intérpretes que apoyen la comunicación entre adolescentes y defensores, y que faciliten el contacto con sus tutores y familias.

79 De un 22% a un 33% de los usuarios ingresados al sistema entre el 2019 y el 2022 (CPT, 2023).

2.5 Población migrante en cárceles del norte

Según estadísticas de Gendarmería de Chile (a diciembre del 2025), la proporción de población extranjera privada de libertad a nivel nacional verifica un crecimiento acelerado, pasando de un 6,8% (2020) a 14,2% (2023) y llegando a un 16,1% de la población penal total (2025), siendo principalmente masculina y venezolana. Mientras que entre 2020 y 2025 la población privada de libertad en regímenes cerrado y semiabierto aumentó en un 61,4% —pasando de 38.950 a 62.877 personas (GENCHI, 2020, 2025)—, la población extranjera experimentó un aumento superior al 290% en el mismo período (de 2.586 a 10.157 personas)[80]. Los recintos penitenciarios donde se concentran mayoritariamente las personas extranjeras están en la Región Metropolitana (38,7%) y en la zona norte del país —Arica y Parinacota, Tarapacá y Antofagasta— (37,7%). Dicha población penal alcanza, a diciembre de 2025, un 30,3% en Arica y Parinacota, 50,1% en Tarapacá, y 39,1% en Antofagasta, registrando, esta última, una sobreocupación de 174,1% (GENCHI, s.f.).

Desde una perspectiva de género, las mujeres extranjeras representan una proporción mayor de la población penitenciaria femenina que la que representan los hombres extranjeros de la población masculina. A diciembre de 2025, constituían el 22,5% de las mujeres privadas de libertad en el sistema penitenciario cerrado; de ellas, el 46% eran bolivianas. En las cárceles de Tarapacá, las extranjeras representaban el 68% del total de mujeres privadas de libertad; en Arica, el 52%; y en Antofagasta, el 47%. Además, el 54,7% de las mujeres extranjeras se encontraba en calidad de imputada (GENCHI, s. f.).

Esta situación ha generado una presión crítica sobre las Secciones Materno Infantiles (SMI), donde aproximadamente un tercio de las mujeres son extranjeras. El CCP de Iquique, en la Región de Tarapacá, es una de las cárceles que alberga a más mujeres gestantes y con hijos lactantes a nivel nacional. Entre las mujeres recluidas allí existe una importante presencia de extranjeras e indígenas, principalmente quechuas y aimaras.

Según estadísticas de Gendarmería de Chile, la proporción de población extranjera privada de libertad a nivel nacional verifica un crecimiento acelerado, llegando a un 16,1% de la población penal total (2025), siendo principalmente masculina y venezolana. La población extranjera experimentó un aumento superior al 290% en el mismo período.

Estos datos coinciden con lo observado por el CPT en sus monitoreos en la zona: un aumento de la población extranjera en los recintos penales, especialmente de mujeres —en su mayoría bolivianas— privadas de libertad por delitos relacionados con la Ley de Drogas. El Comité también alertó sobre las precarias condiciones de las unidades femeninas del CPF de Antofagasta, con altos niveles de hacinamiento y falta de acceso a servicios sanitarios.

Particular preocupación generó la observación de las condiciones de las mujeres gestantes y con lactantes del CCP de Iquique, quienes permanecían en condiciones de alto riesgo: expuestas a gases lacrimógenos durante los allanamientos, por la cercanía con el módulo de condenadas y las dificultades de acceso a su sector. Asimismo se constató que muchos lactantes no podían acceder, por falta de cupos, al programa de sala cuna del recinto. En 2024 se profundizó el monitoreo de esta SMI en particular ante una visita reactiva derivada de un caso de un parto de una mujer boliviana en su celda por la falta de un traslado oportuno, constatando que la sección estaba sobrepoblada y su población enfrentaba vulneraciones graves al derecho a la salud, trato brusco del personal médico penitenciario, alimentación deficiente y plagas de insectos en las celdas[81].

80 La cifra de 2020 corresponde a la población extranjera recluida en régimen cerrado (24 horas) al 31 de diciembre de 2020, según el Compendio Estadístico Penitenciario 2020 de Gendarmería de Chile. La de 2025 corresponde a la población extranjera registrada en el panel.

81 Para más detalle sobre hallazgos de mujeres migrantes privadas de libertad ir a la sección "Cárcel y género" de Personas privadas de libertad en cárceles (ver 2.5. supra).

Estas barreras se agudizan cuando las personas migrantes pertenecen, además, a pueblos indígenas. A diciembre de 2025, en el sistema penitenciario chileno había 1.144 personas extranjeras privadas de libertad que declaraban pertenecer a una etnia, principalmente quechua (844) y aimara (290) (GENCHI, 2026). El 30% de esta población eran mujeres y el 70%, hombres. Los nudos críticos observados se relacionan con la incertidumbre causada por la falta de información sobre sus procesos judiciales y administrativos, incluidos, en algunos casos, los decretos de expulsión; la ausencia de intérpretes o facilitadores interculturales, que limita el acceso a información sobre el funcionamiento del sistema penitenciario y los beneficios disponibles; la falta de programas y servicios con pertinencia cultural; y los malos tratos verbales y discriminatorios por parte de funcionarios y funcionarias, vinculados a su identidad étnica. Estos hallazgos son constantes en el monitoreo de la zona norte. Allí, el colectivo boliviano, con un importante componente indígena y, por lo general, con menos recursos económicos y redes de apoyo, enfrenta mayores dificultades y condiciones carcelarias más precarias.

En los establecimientos penitenciarios masculinos se visitaron módulos para personas extranjeras con órdenes de expulsión, como los del CP de Arica, donde se observaron problemas sanitarios asociados a la falta de acceso al agua y dificultades de convivencia entre la población penal extranjera y la nacional. En el CCP de Antofagasta se identificaron criterios de segmentación por nacionalidad que incluso reunían a personas extranjeras imputadas y condenadas, además de escasas oportunidades de acceso a actividades recreativas y barreras educativas y para la reinserción laboral. El seguimiento también dio cuenta de la reapertura del penal de Pozo Almonte, destinado exclusivamente a personas bolivianas privadas de libertad. Si bien esta segmentación cumplía una función protectora frente a conflictos intrapenitenciarios, también se traducía en menos posibilidades de contacto con el exterior y de recibir visitas.

Las dificultades de contacto con el mundo exterior constituyen un hallazgo transversal del monitoreo. En todos los recintos penitenciarios visitados se levantaron alertas por las barreras que enfrenta la población extranjera para llamar a sus familiares dentro y fuera de Chile, comunicarse con otros familiares privados de libertad y recibir encomiendas y visitas. El problema tiene una dimensión estructural: por lo general, esta población no cuenta con familiares ni redes de apoyo en el territorio nacional. Ello exige que la administración penitenciaria habilite vías alternativas de comunicación para garantizar este derecho en las mismas condiciones que a la población nacional.

El riesgo de aislamiento se ha visto agravado por la Resolución Exenta N.º 1400/2024 de Gendarmería, que endureció los requisitos de enrolamiento para las visitas. Mientras la regulación anterior admitía, a falta de cédula de identidad chilena, un documento de identidad vigente del país de origen, la nueva norma restringe el enrolamiento a quienes acrediten residencia temporal, residencia definitiva o permanencia transitoria. Así, quedan excluidos los familiares que no cuentan con un permiso migratorio o no pueden presentar un timbre de control migratorio que acredite su ingreso por un paso habilitado. Las personas privadas de libertad cuyos familiares se encuentran en esa situación quedan impedidas de recibir visitas presenciales, por lo que su contacto con ellos se limita a llamadas y videollamadas. El CPT puso especial énfasis en la necesidad de facilitar el contacto de madres y padres privados de libertad con sus hijos e hijas, dentro y fuera del sistema penitenciario.

Estas barreras no se distribuyen de manera uniforme. El monitoreo constató que afectan con especial intensidad a las mujeres extranjeras, cuyo aislamiento puede ser más profundo y prolongado. Se observó de manera generalizada que permanecen varios meses sin contacto con sus familiares y que reciben menos visitas. Muchas, además, tienen hijos e hijas pequeños en sus países de origen, con quienes la comunicación frecuente sigue siendo un problema no resuelto. La dimensión económica profundiza esta brecha: las llamadas internacionales tienen un costo elevado y la escasa disponibilidad de actividades laborales remuneradas las deja sin recursos para pagarlas. Algunas incluso deben revender artículos de aseo para poder llamar.

Dos factores institucionales agudizan este aislamiento. Por una parte, la relación con los consulados es débil y poco frecuente, pese a que la asistencia consular

resulta esencial para facilitar trámites migratorios y conocer el estado de los procesos judiciales. Por otra, la administración penitenciaria exige arraigo familiar en Chile para acceder a beneficios intrapenitenciarios, criterio que no considera las trayectorias migratorias y que, en la práctica, opera como un factor de exclusión. La situación adquiere especial gravedad en las secciones materno infantiles, donde la falta de contacto con el exterior afecta tanto a la mujer como al niño o niña que la acompaña.

2.6 Riesgo vital de personas detenidas por ingesta de ovoides

El CPT realizó una visita *ad hoc* en Tarapacá (2023) para observar la custodia de personas detenidas por ingesta de ovoides, que eran trasladadas a unidades policiales de la región —de Carabineros y la PDI— para expulsarlos. Esta práctica respondía a la negativa del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique a mantenerlas bajo observación en sus dependencias. La custodia en unidades policiales implica un riesgo vital extremo: la eventual rotura de un ovoide puede provocar una intoxicación aguda con riesgo de muerte. Además, estos recintos carecen de las condiciones materiales, de habitabilidad e higiene necesarias para una evacuación bajo control clínico.

El CPT advierte que mantener a estas personas fuera de la supervisión médica vulnera su derecho a la integridad personal e incumple el deber de garante del Estado. Por ello, recomienda al Ministerio de Salud y a las policías locales habilitar un espacio clínico con monitoreo médico y establecer mecanismos de coordinación entre el personal de salud y las policías que eleven el estándar del procedimiento. Según lo informado por funcionarios de la región, el abordaje de estos casos ha mejorado: se pasó de una detención regular a una custodia con visitas médicas de seguimiento. El CPT reconoce este avance, pero mantiene la alerta, pues considera que el procedimiento aún no alcanza estándares adecuados ni asegura plenamente la integridad de las personas detenidas.

2.7 Expulsiones administrativas

En 2025 el CPT emitió un reporte enfocado en las expulsiones administrativas a partir del monitoreo a los cuarteles de la Policía de Investigaciones (PDI) en Santiago de Chile[82], donde las personas migrantes enfrentan una privación de libertad de hasta cinco días para la materialización de su expulsión. Las expulsiones administrativas, reguladas por la Ley N° 21.325, permiten al Estado ordenar la salida forzosa de personas extranjeras sin resolución judicial, por causales como ingreso irregular, visa vencida o representar un riesgo para la seguridad pública. Los procedimientos deben respetar tratados internacionales como la Convención de Refugiados y la CADH, incluyendo el principio de no devolución.

El monitoreo permitió advertir múltiples nudos críticos. El régimen interno depende en gran medida de la discrecionalidad del personal a cargo de la custodia. La revisión corporal al ingreso se realiza en baños sin cámaras, lo que supone un riesgo de prácticas ajenas a la normativa. El procedimiento de constatación de lesiones no se aplica porque se considera que las personas están «retenidas» y no «detenidas». Además, existen barreras de idioma para quienes no hablan español, y la información sobre asistencia consular, derechos y alternativas legales es parcial e insuficiente: depende del conocimiento del personal de turno. Tampoco existe un mecanismo formal de quejas o peticiones. Resulta especialmente alarmante que tanto el personal policial como las personas retenidas desconozcan los procedimientos que deben seguirse cuando estas últimas tienen hijos o hijas en el país. Esto aumenta el riesgo de separaciones familiares arbitrarias que vulneren el interés superior de niñas, niños y adolescentes.

En cuanto al traslado y la salida, las personas reciben información únicamente sobre el horario de partida, sin detalles del procedimiento ni de la hora prevista de llegada al país de retorno. Se reportó el uso de esposas o grilletes en los traslados terrestres y de bridas plásticas autobloqueantes durante los vuelos en casos de expulsión judicial, lo que implica riesgos para su seguridad.

82 Al cuartel PDI de San Francisco —único recinto que custodia personas a la espera de expulsión administrativa en Chile— y a la Prefectura Policía Internacional del Aeropuerto.

TABLA 34:
Matriz de hallazgos: permanencias, cambios y tendencias observadas en el tiempo (2022 - 2025).

Dimensión	Hallazgos qué permanecen	Cambio observado	Dirección - Tendencia
Detección y primera respuesta en frontera	Dispositivos de primera acogida fluctuantes, sin estándar estatal mínimo; exposición de personas migrantes a riesgos de maltrato.	De campamentos humanitarios (Colchane, Lobito) a su cierre; ingreso de las FFAA a tareas de control fronterizo. Avances: creación de Fiscalía de Frontera en Chacalluta (atención especializada de niñas y niños).	Deterioro en la atención humanitaria / securitización. Avances puntuales y localizados.
Residencias para familias en situación de calle	Operación a capacidad máxima con listas de espera y alta demanda migrante; falta de acceso a atención especializada en casos de alta complejidad (sobrevivientes de violencia física y sexual en la ruta); barreras para la empleabilidad y acceso a vivienda.	Ampliación del periodo de estancia para las familias; consolidación como único dispositivo que acoge a familias con niñas y niños.	Mejoras puntuales sobre nudos estructurales persistentes.
Niñez y adolescencia en residencias de protección especializada	Presión crítica sobre las residencias del norte; sobrecarga y estrés de los equipos (factor de riesgo de malos tratos); necesidad de integrar un enfoque intercultural diferenciado para niñez migrante en los modelos de intervención.	Judicialización casi automática de niñas, niños y adolescentes no acompañados o separados; regularización migratoria lenta como obstáculo para la adecuada intervención y egreso.	Persistencia / agravamiento. Sin mayores cambios estructurales positivos y presión de demanda en aumento.
Justicia Juvenil	Transición institucional incompleta, sin mejoras de infraestructura ni equipos; xenofobia, discriminación y malos tratos (en especial hacia bolivianos); desarraigo y régimen de visitas y llamadas por debajo del estándar legal y cercano al penitenciario; falta de facilitadores culturales, intérpretes e intervenciones especializadas.	Aumento de la proporción de extranjeros pese a la baja de la población total; reconocimiento institucional de la necesidad de adaptación (sin recursos para ello); tránsito en la administración desde Sename al nuevo Servicio de Reinserción Social Juvenil.	Estancamiento. Cambio institucional sin mejoras claras.
Cárceles (adultos, con foco en mujeres)	Sobrerrepresentación de extranjeras —en especial bolivianas, por ley de Drogas; hacinamiento y condiciones precarias; barreras de contacto con el exterior; riesgos agravados en población de gestantes y lactantes.	Nuevas barreras formales al contacto (Resolución Exenta N°1400/2024 de Gendarmería); módulos segregados por nacionalidad (Pozo Almonte, CCP Antofagasta).	Persistencia / agravamiento, con mejoras puntuales en SMI.
Riesgo vital por ingesta de ovoides	Custodia policial de personas con ingesta de ovoides sin supervisión médica permanente; riesgo vital y condiciones materiales inadecuadas	Mejora reportada en el abordaje: de la detención regular a visitas médicas de seguimiento; persiste la falta de un espacio clínico y de norma técnica nacional.	Mejora parcial. Avance reconocido pero insuficiente; alerta mantenida.
Expulsiones administrativas	Privación de libertad en cuarteles; déficit de información y de asistencia legal y consular; riesgo de separación familiar.	Línea incorporada en 2025, sin punto de comparación temporal previo dentro del monitoreo.	Línea emergente de monitoreo.

Elaboración propia a partir de los informes del CPT (2022–2026).

Análisis

El aumento y la diversificación de los flujos migratorios en los últimos años han sometido a los sistemas de cuidado y custodia del Estado en la zona norte del país a una alta presión. El monitoreo del CPT muestra que la primera atención en frontera ocurre en un entorno militarizado, con presencia de personal del Ejército, Carabineros o la PDI. Esto configura un primer contacto intimidante y, en ocasiones, traumático o violento, particularmente para quienes ingresan por pasos no habilitados. Al priorizar el control y la sanción del ingreso irregular por sobre la acogida, las personas migrantes —especialmente los grupos de especial protección, como niñas, niños y adolescentes, mujeres gestantes y personas pertenecientes a pueblos indígenas— quedan expuestas a múltiples vulneraciones desde su detección. Esta situación se agrava por la ausencia de una perspectiva intercultural.

En su conjunto, el monitoreo evidencia que la respuesta del Estado frente a la movilidad humana ha adoptado un enfoque creciente de securitización y punitivismo, en desmedro de una perspectiva humanitaria y de derechos. Esta orientación entra, además, en tensión con el propio marco normativo: la Ley N.º 21.325 establece que la migración irregular no constituye delito, pero la práctica institucional tiende a criminalizarla. Esa contradicción se ve reforzada por iniciativas que buscan tipificar el ingreso clandestino y ampliar las expulsiones (boletines N.º 15.261-25 y N.º 16.836-06) —entre ellas, el proyecto aprobado en general por el Senado en mayo de 2026— y por criterios como el denominado «Criterio Valencia» (Oficio FN N.º 298/2023), que traslada esa lógica al sistema penal al instruir la solicitud de prisión preventiva respecto de quienes carecen de un documento de identificación chileno. El contraste resulta nítido si se considera que Chile ha asumido un rol de liderazgo regional en la protección de las personas refugiadas mediante el proceso Cartagena+40 y la Declaración y Plan de Acción de Chile 2024-2034, mientras mantiene distancia frente a la gobernanza multilateral de la migración al no adoptar el Pacto de Marrakech y permanece obligado por el principio de no devolución. Prevenir la tortura y los malos tratos en este escenario exige una lectura interseccional, pues el género, la edad, la pertenencia étnica y la situación migratoria interactúan y generan vulnerabilidades específicas y acumulativas.

Conviene distinguir, en este punto, dos planos que el monitoreo muestra entrelazados. La interseccionalidad ofrece una clave de lectura: permite comprender por qué ciertos grupos —niñas, niños y adolescentes, mujeres y

personas pertenecientes a pueblos indígenas en situación de movilidad— enfrentan un riesgo agravado de violencia institucional. La interculturalidad, en cambio, remite a una brecha operativa concreta y transversal a todos los sistemas observados. Su ausencia no es solo una carencia técnica, sino un factor de riesgo que propicia malos tratos, negligencia y discriminación sistemática.

Leídos en conjunto, los hallazgos de los cinco años de monitoreo pueden ordenarse en torno a cinco patrones transversales a los distintos sistemas de cuidado y custodia.

1. Militarización del primer contacto, ausencia de un estándar estatal y precarización de la respuesta humanitaria

La detección en frontera descansa hoy en una respuesta securitizada y militarizada, sin una directriz estatal que establezca condiciones mínimas de acogida ni un protocolo de actuación compartido entre las instituciones que toman contacto con la población migrante. Esto implica también la ausencia de salvaguardas para prevenir abusos. Los sucesivos traspasos de custodia entre instituciones generan vacíos de responsabilidad que aumentan el riesgo de malos tratos no registrados, en un contexto en que la constatación de lesiones suele ser tardía. La creación de la Fiscalía de Frontera en Chacalluta y la habilitación del Centro de Atención Transitoria de Colchane constituyen avances, aunque localizados e insuficientes.

Es necesario fortalecer y formalizar los protocolos existentes, articular el trabajo interinstitucional y establecer procedimientos para atender las urgencias médicas de personas interceptadas en frontera, especialmente de grupos de especial protección. Estos procedimientos también deben contemplar el abordaje de situaciones críticas, como la ingesta de ovoides.

El cierre de los dispositivos humanitarios de Colchane y Lobito se produjo sin un plan de reemplazo. El reacondicionamiento de sus espacios para facilitar la expulsión y reconducción inmediata refuerza un enfoque de securitización que invisibiliza las necesidades de acogida que persisten en los territorios, especialmente en las tres regiones del extremo norte de Chile. Allí, una proporción importante de personas en situación migratoria irregular permanece en tránsito o se asienta en condiciones de informalidad, muchas veces en situación de calle.

En este escenario, los programas destinados a atender a familias en situación de calle han debido acoger también a familias migrantes y se han convertido en un apoyo relevante. Sin embargo, su modelo de intervención no se ha adecuado a las necesidades de esta población, que requiere apoyo para avanzar en la regularización migratoria y alcanzar una autonomía económica básica. Esto permitiría a las familias superar la situación de calle mediante el acceso al empleo formal y a una vivienda.

2. Déficit de pertinencia intercultural a lo largo de toda la trayectoria

En los dos sistemas especializados para niñas, niños y adolescentes —protección y justicia juvenil—, los modelos de intervención están pensados para la población chilena e invisibilizan la dimensión cultural y el impacto emocional de la migración.

Las barreras administrativas generan demoras excesivas en la regularización migratoria —de cuatro a seis meses y, en ocasiones, de más de un año—, lo que prolonga la institucionalización y obstaculiza el egreso y la revinculación familiar. Por su parte, la falta de intervenciones con pertinencia cultural dificulta la incorporación de las trayectorias de las personas atendidas y el abordaje de traumas y duelos. También genera tensiones cuando las pautas de crianza de las familias migrantes no coinciden con las expectativas institucionales.

En justicia juvenil se observan de manera reiterada actitudes xenófobas y malos tratos, especialmente hacia

adolescentes bolivianos, junto con la falta de facilitadores culturales e intérpretes. Las intervenciones que escasamente consideran la cultura y trayectoria de adolescentes y jóvenes dificultan su participación sostenida en los programas y las posibilidades de un egreso exitoso.

Es preciso advertir, además, que los dispositivos operan por encima de su capacidad. Reciben derivaciones de los tribunales que no siempre corresponden a la población para la cual fueron diseñados, lo que obliga a los equipos a trabajar bajo una alta exigencia, sin infraestructura ni personal especializado suficientes. El estrés resultante aumenta el riesgo de maltrato institucional.

En el sistema penitenciario, por su parte, se evidencian barreras idiomáticas para las personas quechuas y aimaras, en ausencia de facilitadores interculturales. De manera transversal, la población boliviana —con un importante componente indígena y menos redes de apoyo— aparece reiteradamente en el monitoreo de la zona norte como la más desfavorecida.

3. Sobrerrepresentación en el sistema penal y prisión preventiva

La proporción de personas extranjeras en la población penitenciaria pasó del 6,8% en 2020 al 16,1% en 2025, en un sistema que alcanza un 146,9% de sobrepoblación. Esta población se concentra especialmente en la zona norte. Las mujeres extranjeras representan una proporción particularmente alta de la población penitenciaria femenina en esa zona: en las cárceles de Tarapacá alcanzan el 68% del total. Son mayoritariamente bolivianas y están privadas de libertad principalmente por delitos vinculados con la Ley de Drogas. Además, el 54,7% de las mujeres extranjeras se encuentra en calidad de imputada, lo que vuelve a plantear la preocupación por el uso desproporcionado de la prisión preventiva. A ello se suman el impacto agravado del régimen de aislamiento extremo (REPAS) sobre la población extranjera y la segregación por nacionalidad en módulos completos, observada en Pozo Almonte y el CCP de Antofagasta.

4. Aislamiento y ruptura del contacto con el exterior

De manera transversal en cárceles, centros de justicia juvenil, residencias y procedimientos de expulsión, se observan deficiencias en el contacto con el exterior, el acceso a asistencia jurídica y consular, y los mecanismos de denuncia y queja libres de represalias. La población extranjera enfrenta un aislamiento más severo debido a las barreras para mantener visitas y llamadas, agravadas por normas que exigen cédula de identidad chilena o residencia y excluyen a quienes se encuentran en situación migratoria irregular (Resolución Exenta N.º 1400/2024). La pérdida de contacto humano significativo contraviene los fines de reinserción asociados a la pena, afecta la salud mental y perjudica especialmente el vínculo de madres y padres privados de libertad con sus hijos e hijas.

Sobre la base de este diagnóstico, el CPT identifica las siguientes prioridades a la fecha de este informe:

1. Garantizar un primer contacto protector en frontera mediante la implementación de los protocolos existentes en cada organismo que toma contacto con la población migrante; la coordinación de los traspasos de custodia y los traslados; y un procedimiento claro para la evaluación médica y la constatación de lesiones. Este debe incluir mecanismos de intercambio de información entre el personal militar, las policías y los servicios de salud para atender situaciones críticas, como la ingesta de ovoides, y las necesidades de los grupos de especial protección.
2. Sostener una respuesta de acogida en los territorios, reforzando el apoyo a los dispositivos que hoy reciben a familias migrantes con niñas, niños y adolescentes y a mujeres en situación de calle, para facilitar su regularización y su avance hacia la autonomía económica, el empleo formal y el acceso a una vivienda.
3. Incorporar la pertinencia intercultural en la intervención con niñas, niños y adolescentes de familias migrantes institucionalizados y con sus familias. Esto supone considerar sus trayectorias migrato-

La población extranjera enfrenta un aislamiento más severo debido a las barreras para mantener visitas y llamadas, agravadas por normas que exigen cédula de identidad chilena o residencia y excluyen a quienes se encuentran en situación migratoria irregular. La pérdida de contacto humano significativo contraviene los fines de reinserción asociados a la pena, afecta la salud mental y perjudica el vínculo de madres y padres privados de libertad con sus hijos e hijas.

rias, duelos, proyectos y pautas de crianza como dimensiones legítimas del plan de intervención, así como ajustar la oferta programática y la dotación a la población efectivamente atendida. Con ello se busca reducir el riesgo de maltrato institucional asociado a la sobrecarga de los equipos y a derivaciones que exceden la población objetivo de las residencias.

4. Revisar el uso de la prisión preventiva y del aislamiento respecto de la población extranjera, considerando que sus dificultades para mantener el contacto familiar pueden agravar los efectos de estas medidas.
5. Asegurar, en todos los sistemas de cuidado y custodia —incluidas las retenciones por expulsión administrativa—, el acceso efectivo a la información legal, la asistencia consular y los mecanismos de denuncia libres de represalias.

Solo mediante políticas que respondan a las necesidades diferenciadas de los grupos de especial protección podrá el Estado de Chile cumplir con sus obligaciones internacionales y prevenir eficazmente la tortura y los malos tratos.



Residencia protegida Catedral. Santiago. Región Metropolitana de Santiago.

Conclusiones:

Balance y desafíos

La creación de un Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura establecido por ley ha sido un paso significativo para el avance de los derechos humanos y el fortalecimiento de la democracia en Chile. Gracias a este organismo, nuestro país cuenta con un actor dedicado a la prevención de los malos tratos y al respeto de los derechos fundamentales de las personas que viven bajo el cuidado o la custodia del Estado, trabajo que se suma a una larga historia de defensa de los derechos humanos y a todos los esfuerzos institucionales y sociales en esta materia. Esto, bajo el principio de que existe un piso mínimo de trato hacia las personas al que toda sociedad debería aspirar, independientemente de la edad, el género, el origen, la situación de salud, las creencias, el lugar en que vivan u otras razones que pudiesen llevar a que sus derechos o su dignidad humana sean vulnerados.

Los mecanismos nacionales de prevención son una de las formas en que ese compromiso internacional se traduce en la realidad concreta de cada país, fortaleciendo a las democracias desde dentro. Sostener un mecanismo de este tipo significa, además, cumplir con una obligación que Chile ya adquirió al ratificar el Protocolo Facultativo y crear el Mecanismo mediante la Ley N.º 21.154. Cumplir con nuestras obligaciones pone al país a la altura de lo comprometido, tanto ante su propia ciudadanía como ante la comunidad internacional.

Desde un mandato preventivo, el Comité de Prevención contra la Tortura ha logrado instalar una mirada que permite comprender las causas, los riesgos y las condiciones que pueden propiciar tratos crueles, inhumanos o degradantes hacia personas que están a cargo del Estado y, de este modo, anticipar acciones para que las vulneraciones que se detectan hoy no se produzcan o agraven mañana. Estas situaciones no siempre implican una agresión física directa de una persona hacia otra, sino que comprenden una amplia gama de circunstancias en determinados contextos. Algunos ejemplos son levantar alertas cuando una persona mayor lleva años en una cama sociosanitaria sin ninguna alternativa real de egreso; cuando una mujer da a luz en una cárcel; cuando existen niñas, niños o adolescentes expuestos a explotación sexual en recintos administrados por el Estado; o cuando una persona se mantiene aislada de manera prolongada por más de 22 horas al día. Todas estas situaciones permiten advertir cómo diversas condiciones afectan cotidianamente la dignidad humana.

En estos cinco años de ejercicio del Comité se han alcanzado diversos aprendizajes. Uno de los principales tiene relación con el sentido de una de sus funciones elementales: **la construcción de un diálogo interinstitucional que permite acompañar a las distintas instituciones vinculadas a la labor de cuidado y custodia en el avance hacia el buen trato.** Cuando no se logra este diálogo y colaboración entre las partes involucradas, se corre el riesgo de que los esfuerzos por monitorear las condiciones de los recintos no se traduzcan en cambios reales que impacten positivamente en la vida de las personas.

Instalar el diálogo implica, en primer lugar, entender cómo funcionan las instituciones: cuáles son sus herramientas y limitaciones, sus lógicas internas y formas de relacionarse con otros actores, así como aquello que, desde su posición, logran visualizar —y aquello que no— para cumplir con su tarea. Dialogar es, en este sentido, un ejercicio en el que, junto con transmitir hallazgos y recomendaciones, es clave escuchar y comprender dónde y cómo se sitúa cada institución, así como sus posibilidades y limitaciones efectivas para generar ajustes que, además de necesarios, sean viables de implementar.

Dialogar es, en este sentido, un ejercicio en el que, junto con transmitir hallazgos y recomendaciones, es clave escuchar y comprender dónde y cómo se sitúa cada institución, así como sus posibilidades y limitaciones efectivas para generar ajustes que, además de necesarios, sean viables de implementar.

El diálogo implica también facilitar la articulación entre las **distintas instituciones involucradas.** Cada servicio cumple una función específica y, en esa labor cotidiana, puede quedar en segundo plano su aporte a un objetivo compartido. Por eso, para lograr este diálogo, se debe reconstruir la trayectoria que una persona experimenta en su contacto con los distintos servicios e instituciones vinculados a su cuidado o custodia durante los diversos momentos del ciclo de atención: desde la identificación, el ingreso y la derivación a otros servicios relacionados hasta la intervención o el tratamiento recibido, los traslados y el propio egreso, en caso de existir. Estos son procesos que involucran a más de una contraparte y que no siempre están debidamente coordinados.

La experiencia del CPT da cuenta de cómo, en diversos casos, **la falta de coordinación o de claridad respecto de los procesos y las responsabilidades puede derivar en negligencias, malos tratos o tortura,** como ocurre con niñas y niños que permanecen de forma prolongada en residencias de protección sin alternativas oportunas y efectivas de egreso, o con personas con discapacidad psicosocial que terminan en cárceles por falta de cupos en recintos hospitalarios apropiados. Cuando ello ocurre, el trabajo del CPT no consiste solo en actuar como puente entre instituciones, sino también en propiciar que se establezcan canales estables de comunicación y coordinación mediante protocolos y herramientas efectivas, con claridad en la delimitación de las responsabilidades.

El diálogo también se fortalece cuando **se sostiene en varios niveles.** La experiencia con Carabineros de Chile ilustra muy bien este punto, ya que, junto con el trabajo desarrollado en el ámbito territorial en cada unidad visitada, ha sido fundamental llegar también al mando central a través de su Dirección de Derechos Humanos y Protección de la Familia. Esto permite que las buenas prácticas identificadas en un lugar determinado —como la coordinación con salud para la constatación de lesiones, la adopción de turnos de ocho horas como regla general para el personal o la incorporación de bolsos de primeros auxilios en las comisarías— se transformen en lineamientos de alcance nacional, más allá de la voluntad de quienes dirigen cada unidad en particular.

Es también a través de este diálogo con instituciones de los niveles local, regional y nacional que el CPT ha podido identificar oportunidades y limitaciones estructurales que permiten dar soporte efectivo, o no, a los diferentes recintos monitoreados. Así es como se han observado situaciones en las que actores del nivel central no conocen cabalmente las necesidades específicas de los territorios ni las soluciones que ya se han desarrollado en el ámbito local. Una buena práctica nacida en una unidad o en un recinto específico puede ser replicable en otras realidades o contextos similares si existe un canal para que esa información viaje hacia arriba y se comparta hacia los costados. **El acceso amplio a los recintos y la mirada objetiva externa permiten entregar al Estado información valiosa acerca de sus propias instituciones** e identificar problemas que las autoridades centrales pueden no visualizar apropiadamente por otras vías y que requieren ser reconocidos y abordados a tiempo. Comunicar oportunamente un riesgo detectado en un recinto específico permite no solo actuar antes de que se produzca un daño irreparable, sino también prever otros recintos o contextos en los que pueda estar constituyéndose una situación de riesgo.

Esa disposición al diálogo **se construye con el tiempo y, una vez construida, suele ser permanente.** La confianza que permite conversar con franqueza sobre los problemas de un recinto se logra a través del contacto sostenido con las autoridades y los equipos de trabajo, así como de visitas regulares a recintos, lo que va generando una relación de trabajo cada vez más directa y profunda. Se construye también a partir del conocimiento del mandato preventivo, de la valoración de esta mirada imparcial y externa, así como del propio aprendizaje del CPT, que permite comprender de manera más cabal los fenómenos y, sobre la base de ello, realizar recomendaciones cada vez más pertinentes y sustantivas. El diálogo continuo se sostiene en la constancia del monitoreo permanente, más allá de las urgencias.

La necesidad del diálogo permanente responde también a que **ni los recintos ni las personas que albergan permanecen iguales en el tiempo.** Los entramados institucionales y los contextos sociopolíticos hacen que el perfil de quienes ingresan a recintos de cuidado y custodia se transforme con el tiempo. Las políticas sociales y los cuerpos normativos, por su parte, también impactan y modifican las prestaciones y los actores que sostienen esta labor.

No es lo mismo la realidad de un establecimiento de larga estadía para personas mayores —que recibe una demanda creciente producto de un país que envejece de forma acelerada, lo que presiona una oferta residencial pública que resulta insuficiente— que la gestión de unidades penales, que también se ven tensionadas por la tendencia hacia modelos y políticas públicas de carácter más punitivo. Esto intensifica la presión sobre el sistema, proyecta un incremento sostenido en la cantidad de personas privadas de libertad y tensiona la capacidad de la infraestructura existente, así como las condiciones de vida a las que se enfrentan tanto la población penal como el personal a cargo de su custodia.

Las realidades de cada tipo de recinto, por tanto, no son estáticas: lo que hoy caracteriza a una población puede ser distinto en pocos años más. Esto requiere una mirada atenta y preventiva para responder de manera oportuna a los cambios.

La confianza que permite conversar con franqueza sobre los problemas de un recinto se logra a través del contacto sostenido con las autoridades y los equipos de trabajo, así como de visitas regulares a recintos similares, lo que va generando una relación de trabajo cada vez más directa y profunda.

El diálogo **se nutre de la conversación directa tanto con las personas bajo cuidado o custodia como con el personal a su cargo,** quienes viven en primera persona esas rutas interinstitucionales e identifican de manera más clara los riesgos y posibles daños que se generan en la complejidad de estos entornos. La alta vulnerabilidad en la que se encuentran las personas sometidas a regímenes de encierro o internación deviene de una dependencia casi absoluta de las decisiones que otros toman por ellas, en espacios poco visitados por instituciones externas y con escaso control social. Para esas personas, la forma en que el Estado y sus instituciones gestionan la labor de cuidado o custodia no es un matiz administrativo; muy por el contrario, marca la diferencia entre la oportunidad de experimentar una vida digna y el riesgo de sufrir vulneraciones que puedan generar un daño irreparable. Son ellas quienes encarnan los aciertos y desaciertos de cada sistema.

Pero no basta solo con el diálogo y el establecimiento de coordinaciones en el ámbito nacional, ya que el compromiso de garantizar el buen trato y velar por los derechos humanos no puede sostenerse de manera aislada. Ningún país inventa desde cero cómo prevenir la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes: cada mecanismo nacional de prevención aprende de la experiencia de otros y, a la vez, aporta la suya. Por ello, el CPT mantiene un contacto activo con sus pares de la región, con quienes comparte e intercambia experiencias sobre cómo instalar, sostener y profundizar este diálogo con las instituciones y entre ellas. Esto permite que un hallazgo, una buena práctica, un error que evitar o una forma de conversar con una institución se traduzcan en el fortalecimiento de la prevención en otras realidades. De esta manera, se contribuye a construir una red regional de prevención de la tortura y los malos tratos, en la que cada avance nacional aporta al progreso colectivo, al fortalecimiento de las buenas prácticas, a la construcción de instituciones y normativas cada vez más sólidas y, con ello, al fortalecimiento de la democracia en América Latina.

Los aprendizajes y avances en materia de diálogo y coordinación constituyen un paso valioso y, a la vez, una invitación a seguir avanzando en la prevención de los malos tratos. Cinco años de monitoreo de diversos recintos en los que viven personas bajo el cuidado o la custodia del Estado también han permitido al Comité identificar **nudos críticos transversales que pueden enfrentarse con voluntad y mediante medidas concretas.** Muchas de esas medidas se recogen en las recomendaciones dirigidas a instituciones de nivel central que se presentan en el Anexo 6.

Cinco años de monitoreo de diversos recintos en los que viven personas bajo el cuidado o la custodia del Estado también han permitido al Comité identificar nudos críticos transversales que pueden enfrentarse con voluntad y mediante medidas concretas.

Uno de estos nudos se relaciona con las **condiciones de trabajo del personal de cuidado o custodia.** La existencia de turnos extenuantes en labores que requieren una alta especialización para abordar situaciones críticas y que presentan altos niveles de exigencia emocional, la falta de apoyo en salud mental o la conformación de equipos muy reducidos frente a la cantidad de personas que deben atender son elementos clave. Esas condiciones inciden directamente en la posibilidad efectiva de que el personal entregue un trato respetuoso, digno y de calidad a las personas usuarias. Por ello, ofrecer mejores condiciones de trabajo a quienes ejercen funciones de cuidado y custodia es una forma directa de impactar en el trato que reciben las personas a su cargo.

Otro nudo compartido es la **falta de salvaguardas suficientes para proteger a las personas bajo el cuidado o la custodia del Estado,** quienes, por temor a eventuales represalias si denuncian o reclaman, pueden seguir expuestas a situaciones de maltrato. Fortalecer estas salvaguardas —entendidas como mecanismos de denuncia accesibles, seguros y con capacidad real de respuesta— sigue siendo una tarea pendiente.

La prevención importa

El diálogo no es una cortesía: es la forma en que la ley espera que las autoridades y el Comité examinen las recomendaciones y acuerden cómo aplicarlas. Instalar el diálogo implica:



Comprender

Entender cómo funcionan las instituciones. Conocer sus herramientas, limitaciones y lógicas internas, y lo que ven (y no ven) desde su posición.

Escuchar, no solo recomendar. Transmitir hallazgos, pero también comprender qué medidas son prioritarias y viables de implementar, y reconocer lo que hacen bien.

Comprender la perspectiva de quienes viven la experiencia. Las personas bajo cuidado y custodia como el personal, que identifican los riesgos con mayor claridad.



Articular

Articular a las distintas instituciones que intervienen en la trayectoria. Reconstruir la ruta de la persona, desde la identificación e ingreso, hasta su egreso, porque los riesgos suelen aparecer en los traspasos entre una institución y otra.

Crear canales estables de coordinación. La falta de coordinación puede derivar en negligencia, malos tratos o tortura. Importancia de pasar de conectar a instalar protocolos y responsabilidades claras para cada institución.

Sostenerlo en varios niveles. Del territorio al mando central y viceversa, una buena práctica local se puede convertir en un lineamiento nacional.



Sostener

Construir confianza en el tiempo. Se logra con contacto sostenido con las instituciones y visitas regulares a los recintos, y con un Comité que informa de lo que observa antes de publicarlo.

Mantenerlo. Ni los recintos ni las personas que albergan permanecen iguales en el tiempo. Es importante no dar por sentado el diálogo sino entenderlo como un proceso permanente, que resiste los cambios de autoridades y de equipos.



Ampliar

Abrirlo a la región. Ningún país inventa desde cero cómo prevenir la tortura y los malos tratos: el intercambio con pares es fundamental para compartir experiencias y unir esfuerzos que apunten a cambios duraderos.

El abordaje preventivo de estos y otros desafíos ha exigido al CPT avanzar en dos ámbitos complementarios. Uno de ellos es la especialización técnica y la interdisciplinariedad. Los recintos y las poblaciones que visita el Mecanismo son muy distintos entre sí —niñez y adolescencia, personas mayores, salud mental, unidades policiales, sistema penitenciario, pueblos indígenas y personas migrantes— y la vulnerabilidad se expresa de manera diferente en cada uno de ellos.

Junto con ello, el CPT ha debido profundizar en temáticas específicas, más allá de la observación general. Esto ha enriquecido las conversaciones con las instituciones correspondientes y ha abierto puertas para incidir en la implementación de mejoras concretas. Ejemplos de ello son el trabajo sobre inimputabilidad con las unidades forenses; el uso de la fuerza y de armas menos letales; la situación de las mujeres gestantes y lactantes en cárceles; el régimen de aislamiento penitenciario y sus secuelas; los procedimientos de constatación de lesiones y sus desafíos; la situación de las personas migrantes bajo custodia en la zona norte; la situación de las personas Mapuche en recintos penitenciarios de la zona sur; la situación de las adolescentes embarazadas o madres junto a sus hijas e hijos en residencias de protección; y el funcionamiento del sistema de justicia juvenil, incluido el carácter excepcional que debería tener la privación de libertad de adolescentes y jóvenes, entre otras materias.

Más allá de estos avances, el CPT también enfrenta desafíos propios. Uno de los principales es continuar fortaleciendo sus alianzas y espacios de diálogo para ampliar su capacidad de incidencia a partir de las recomendaciones que formula.

Este trabajo desarrollado por el Comité, sumado al de otras instituciones del Estado, ha permitido avanzar en distintos frentes en el ámbito nacional. En salud mental, un ejemplo concreto de cómo el monitoreo puede incidir en la generación de cambios fue la detección de terapias electroconvulsivas sin sedación, lo que dio lugar a un informe remitido al Ministerio de Salud y a la posterior actualización de la norma técnica en esta materia.

Por su parte, en las unidades policiales se han mejorado las condiciones materiales de los calabozos, dignificando tanto la labor de quienes custodian como la situación de las personas detenidas. En el nivel del mando central, Carabineros de Chile ha impulsado un sistema de monitoreo interno que complementa la labor del Comité y permite supervisar el cumplimiento de los estándares de derechos humanos en los distintos recintos policiales. Esta experiencia también ha contribuido a fortalecer la comprensión del trabajo del CPT y de sus posibilidades de colaboración. Por otra parte, la policía marítima ha ido implementando de manera proactiva recomendaciones formuladas por el CPT a Carabineros de Chile que resultan pertinentes para su labor.

Lo anterior da cuenta de cómo el trabajo del CPT, el avance normativo del país y el desarrollo de los diversos organismos con los que trabaja han permitido mejorar las condiciones de cuidado y custodia a lo largo de todo Chile.

Más allá de estos avances, **el CPT también enfrenta desafíos propios.** Uno de los principales es continuar fortaleciendo sus alianzas y espacios de diálogo para ampliar su capacidad de incidencia a partir de las recomendaciones que formula. Otro tiene relación con su maduración institucional y con la consolidación de su marco normativo y organizacional. En 2026, el CPT celebra el avance que implica la promulgación de los nuevos estatutos del INDH, que le dan cuerpo y permiten dar paso a una nueva etapa, con la construcción de su reglamentación interna y de los protocolos de actuación interinstitucional que otorgarán mayor solidez a su operatividad, resguardando su autonomía funcional. De este modo, se avanza en la construcción de la estabilidad institucional y en la consolidación de los procesos a través del tiempo, resguardando que no

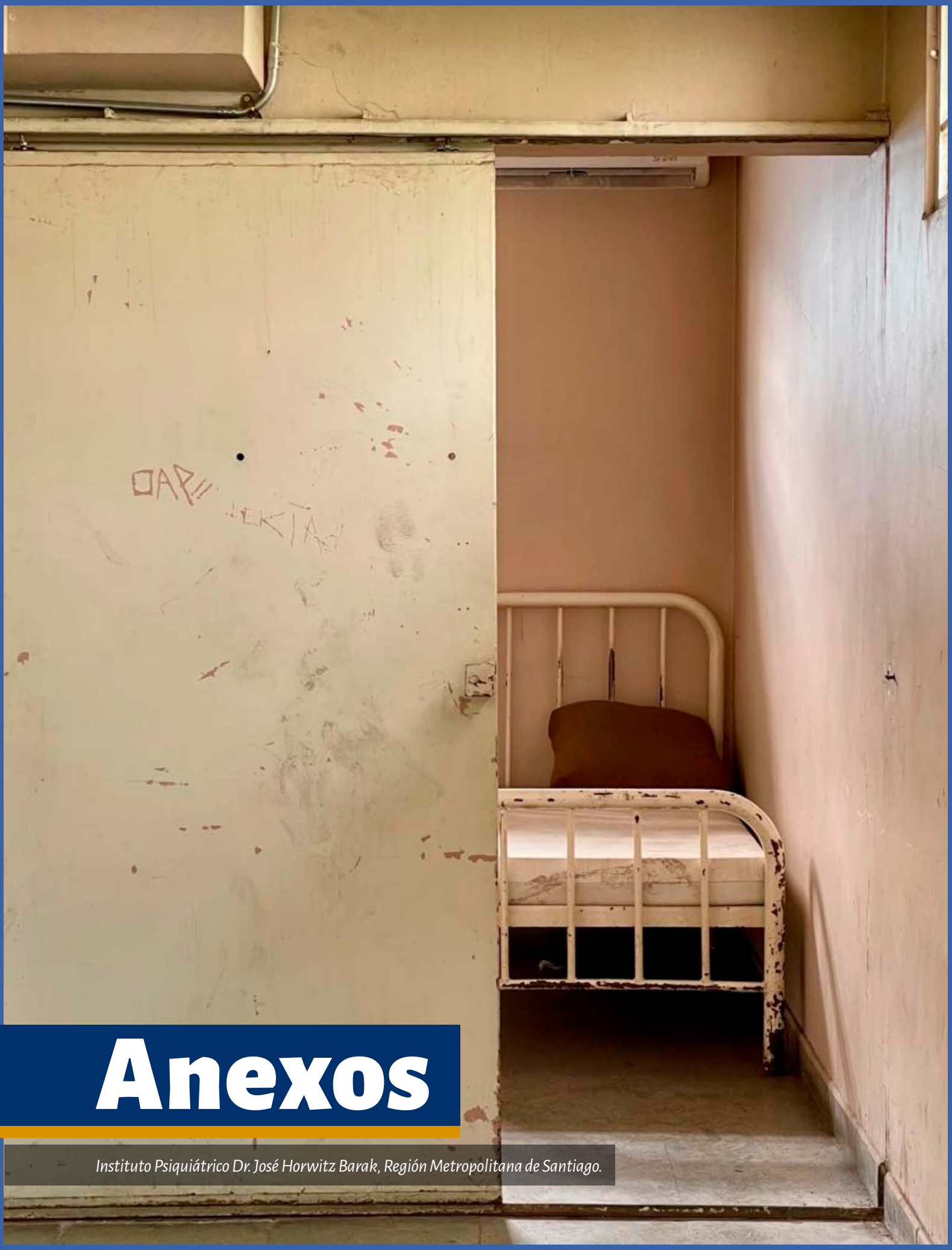
dependan exclusivamente de voluntades personales. Fortalecer el Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura implica contar siempre con el respaldo y los recursos del Estado. Para ello, resulta fundamental una comprensión cabal de su valor y aporte.

Por último, destaca el desafío de seguir ampliando la labor de monitoreo hacia nuevos espacios de observación, junto con profundizar en temáticas o problemáticas que —dadas las limitaciones estructurales del CPT— no ha sido posible abarcar con la profundidad y urgencia que requieren. Un ejemplo claro de ello es la situación de las personas con discapacidad bajo el cuidado y la custodia del Estado.

El CPT es una institución pequeña, con sede en Santiago, que —pese a contar con recursos limitados y un equipo acotado— debe desplegar su labor a lo largo de todo el territorio nacional para llegar a una enorme cantidad y diversidad de recintos, poblaciones y contextos sociales, territoriales y económicos. La autonomía funcional del CPT es un requisito indispensable para cumplir con su misión: sin independencia real, la mirada preventiva pierde fuerza y objetividad.

Los tratos crueles, inhumanos o degradantes ocurren en los espacios de cuidado y custodia del Estado. Estos surgen ante factores de riesgo que no siempre son evidentes a simple vista. Por eso, la prevención importa: en estos cinco años, el CPT ha aprendido a identificar esos riesgos desde una mirada integral, con una metodología exhaustiva que busca comprender los fenómenos estructurales que se encuentran en la base. Del mismo modo, el CPT ha sido testigo de que dichos riesgos pueden modificarse cuando existe voluntad y diálogo. Todavía quedan muchísimos recintos por visitar, situaciones que identificar y desafíos que superar. El compromiso del CPT es mantener esa mirada centrada en la dignidad y los derechos de las personas.

La prevención no es una labor que tenga un principio y un fin; es un camino de escucha, observación y acción interinstitucional permanente que se construye entre todas y todos.



Anexos

Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, Región Metropolitana de Santiago.

Capítulo I

Anexo 1:
Principios fundamentales del monitoreo preventivo y orientaciones metodológicas

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas publicó el año 2001 una serie de principios rectores para el monitoreo en derechos humanos, que varias instituciones han tomado como referencia para el desarrollo de una labor sensible y delicada para quienes monitorean y para quienes son visitados (APT, 2004). El CPT tomó estos principios como pilares para elaborar sus metodologías de monitoreo y los criterios de actuación de los equipos de visita. A continuación se mencionan cada uno de estos principios y las principales orientaciones metodológicas que se han ido asentando en el CPT para el desarrollo de un monitoreo preventivo sensible y dialogante.

TABLA 35:
Principios fundamentales del monitoreo preventivo y su aplicación según el CPT.

Principio	¿Cómo lo aplica el CPT?
No causar daño: Las personas bajo cuidado o custodia son especialmente vulnerables. El equipo de visita nunca debe tomar una medida que ponga en riesgo a una persona o grupo — una visita mal preparada puede hacer más daño que bien.	• Consentimiento informado para entrevistar, acceder a fichas clínicas, grabar, fotografiar, derivar un caso o presentar una denuncia. • Confidencialidad y privacidad: entrevistas en privado, sin presencia de funcionarios ni otras personas residentes. • Protocolos de abordaje para situaciones complejas, basados en primeros auxilios psicológicos y prevención de la revictimización. • Medidas específicas para prevenir represalias. • Preparación exhaustiva de cada visita.
Ejercer el buen juicio: los estándares y protocolos no reemplazan el sentido común y el criterio profesional frente a cada situación concreta.	• Equilibrio entre organización y flexibilidad en los instrumentos en terreno. • Criterios de actuación definidos con anticipación para imprevistos. • Protocolos y roles claros que reducen la improvisación.
Respeto hacia las autoridades y el personal: sin una base mínima de respeto mutuo, el trabajo en los recintos se pone en riesgo. Hay que distinguir entre comportamientos individuales inadecuados y fallas de un sistema que promueve ese comportamiento — reconociendo, además, que el personal suele trabajar en condiciones exigentes y poco valoradas.	• Frente a problemas de seguridad, se siguen las indicaciones del personal del recinto. • No se identifica a funcionarios en los informes públicos. • Se exime de responsabilidad al personal que advierte un riesgo para el equipo visitador. • Triangulación de hallazgos, distinguiendo percepciones de hechos verificables. • Se releva información sobre las condiciones laborales y la salud del propio personal. • El diálogo técnico e informado, más que la denuncia individual, es la vía priorizada para la prevención. • Distinguir entre fallas estructurales y responsabilidades individuales permite sostener diálogos orientados a la prevención. El diálogo técnico e informado facilita la prevención.

Principio	¿Cómo lo aplica el CPT?
Respeto de las personas privadas de la libertad: toda persona bajo custodia o cuidado del Estado debe ser tratada con respeto y cortesía, sin importar el motivo de su privación de libertad. Quien visita debe presentarse a sí mismo con claridad.	• No se indaga el motivo de la privación de libertad antes de la entrevista. • Se mantiene un trato respetuoso incluso al entrevistar a personas vinculadas a delitos graves. • Libreto de presentación claro sobre quién es el equipo, qué hace y qué no puede garantizar. • Confidencialidad de los lugares visitados y de los hallazgos observados.
Respeto e integridad con el equipo: quienes visitan deben tratarse entre sí con decencia y respeto, sin motivaciones personales, y comportarse de forma honesta conforme a los estándares de derechos humanos y al mandato que ejercen.	• Una preparación insuficiente incrementa los riesgos tanto para las personas entrevistadas como para el equipo; por eso se clarifican objetivos, se revisan antecedentes, se definen roles y se anticipan escenarios críticos. • En ciertos casos, por razones de seguridad, se opta por portar la credencial o identificación en un lugar no visible.
Tener credibilidad: el equipo debe explicar con claridad los objetivos y los límites de su trabajo, y actuar en consecuencia — sin prometer lo que no puede cumplir ni iniciar acciones que luego no dará seguimiento.	• Libreto de presentación inicial que ajusta expectativas con claridad sobre qué puede y qué no puede hacer el CPT. • Rigurosidad metodológica al elaborar hallazgos, basada en triangulación y revisión de estándares.
Respetar la seguridad: abarca la seguridad del equipo, de las personas bajo custodia y del recinto mismo. Se deben respetar las reglas internas del lugar, y es responsabilidad del equipo decidir cómo actuar frente a restricciones invocadas por razones de seguridad — cuidando, además, no exponer a represalias a quienes ya fueron entrevistados.	• Actualización anual de la nómina de personas autorizadas a ingresar sin previo aviso a recintos penitenciarios, con cámaras y grabadoras. • Revisión previa del marco normativo de seguridad de cada recinto. • Se porta siempre la credencial institucional, la ley del CPT y el oficio de autorización de ingreso. • Confidencialidad de la información y no identificación de las personas entrevistadas en los informes públicos. • Metodología de selección de muestra (“todos o ninguno”) y conversaciones informales con varias personas, para evitar que se identifique a quienes efectivamente conversaron con el CPT.
Ser consistente, persistente y paciente: la legitimidad de un mecanismo de visita se construye con el tiempo, mediante la relevancia, persistencia y consistencia de su trabajo — lo que exige regularidad y continuidad también en el seguimiento.	• Metodología de seguimiento de las recomendaciones. • Frente a recursos limitados, equipos multidisciplinarios pueden visitar más de un tipo de recinto por región.

Principio	¿Cómo lo aplica el CPT?
Ser exactos y precisos: durante la visita es clave recoger información sólida y precisa, para poder emitir informes bien documentados y recomendaciones relevantes.	• Triangulación de la información, distinguiendo hechos y datos verificables de percepciones.
Ser sensibles: el equipo debe ser sensible al estado de ánimo y las necesidades de las personas entrevistadas, tomando las medidas necesarias para proteger su seguridad — con especial cuidado frente a denuncias de tortura, para evitar la revictimización o retraumatización.	• Ajuste del ritmo de la entrevista, uso de preguntas abiertas y validación del relato de la persona con independencia del juicio de quien entrevista. • Atención a señales de agotamiento emocional durante la entrevista, con orientaciones para conversaciones no re victimizantes y de primeros auxilios psicológicos. • Evaluación caso a caso de si conviene grabar la entrevista: en contextos donde la grabadora genera incomodidad o temor —frecuente en adolescentes y en personal en baja posición jerárquica—, se prioriza recoger información no teñida por el miedo por sobre el registro grabado. • Adaptación de pautas y técnicas de entrevista según el tipo de población (adolescentes, personas con diagnósticos de salud mental, mujeres, pueblos originarios, entre otros).
Ser objetivo: el equipo debe actuar en todo momento sin preconcepciones, opiniones o sentimientos previos, tanto en el trato con las personas involucradas como en las conclusiones de la visita. El levantamiento de información debe ser riguroso, con diversas fuentes, sin cuestionar la veracidad del relato mientras la persona declara.	• Reunión de triangulación posterior a cada visita, que integra las distintas visiones del equipo para distinguir hechos y datos verificables de percepciones individuales, y para levantar o confirmar hipótesis preliminares. • Modelo de validación cruzada en el seguimiento de recomendaciones: el equipo de visita certifica la viabilidad de las medidas informadas por la contraparte, mientras la Secretaría Ejecutiva realiza un análisis "en frío" de plazos y evidencia documental — asegurando que todos los servicios sean medidos con la misma vara y evitando que la cercanía del monitor con el recinto visitado suavice o endurezca la exigencia. • Toda recomendación debe estar fundamentada (Argued) en hallazgos triangulados y en el cumplimiento de un estándar internacional o una norma nacional, y no en visiones parciales o subjetivas de quien la redacta.
Comportarse con integridad: el equipo debe tratar a toda persona bajo cuidado o custodia, autoridad, funcionario o compañero de equipo con respeto, sin intereses personales, siendo escrupulosamente honesto y actuando conforme a los estándares internacionales y al mandato del CPT.	• Respeto de los acuerdos tomados durante el terreno, y compromiso de no obligar a ningún integrante del equipo a realizar una tarea que rechace por motivos de seguridad. • Garantías explícitas de confidencialidad y no individualización de las personas entrevistadas en los informes de visita, salvo consentimiento expreso. • Advertencia formal a las autoridades sobre la prohibición legal de ejercer represalias contra quienes se comunican con el CPT. • Las recomendaciones formuladas exigen el cumplimiento de un estándar internacional o de una norma nacional — no son una opinión personal de quien las redacta, sino el resultado de un análisis riguroso y honesto de lo observado.

Principio	¿Cómo lo aplica el CPT?
Ser imparcial: vinculado a la independencia que el CPT necesita para relacionarse con las distintas instituciones, y a situarse por sobre preferencias personales. Su resguardo es parte de la legitimidad y la rigurosidad con que el Comité debe ejercer sus funciones.	• Autonomía funcional del CPT respecto del Instituto Nacional de Derechos Humanos, que resguarda su independencia técnica frente a la institución que lo aloja (ver 1.1). • Sobreponerse a la incomodidad que puede generar entrevistar a personas eventualmente vinculadas a delitos o comportamientos graves: toda persona bajo custodia o cuidado del Estado conserva sus derechos con independencia del hecho que se le atribuya, y el juicio o prejuicio sobre su actuar no puede condicionar el trato que recibe durante la visita. • Distinguir, frente al personal, la responsabilidad individual de un comportamiento inadecuado de las condiciones estructurales del sistema que pueden estar incidiendo en él —incluyendo las propias condiciones laborales del personal, con frecuencia exigentes y socialmente poco valoradas—, sin que esta distinción implique justificar la conducta observada. • Distinción explícita, en la reunión de triangulación, entre las percepciones del equipo y los hechos verificables — evitando que preferencias u opiniones personales incidan en los hallazgos. • Modelo de validación cruzada en el seguimiento de recomendaciones, que asegura que todos los servicios sean evaluados con el mismo criterio, con independencia del vínculo o la cercanía que el equipo haya desarrollado con cada contraparte durante el monitoreo.
Universalidad / No Selectividad: la prevención busca erradicar todas las prácticas de tortura o tratos degradantes, por lo que el monitoreo debe apuntar a ser integral — sin que ello impida establecer prioridades y secuencias en los objetivos de la prevención.	• La cobertura territorial como criterio para seleccionar recintos a visitar, garantiza presencia en todo el país y no solo en los centros más visibles o mejor documentados. • La metodología de priorización de visitas —basada en gravedad, magnitud, evolución en el tiempo y nivel de invisibilización (ver 1.3.1)— concilia la necesidad de priorizar con la consideración de necesidades específicas de los recintos a visitar. • Al planificar una visita a una región, se procura cubrir más de un tipo de recinto cuando es posible ("aprovechar el viaje"), dado que no siempre se sabe cuándo se podrá volver a esa zona.
Ser visible: dentro del lugar de detención, el personal y las personas bajo custodia deben conocer la metodología y el mandato del CPT, y saber cómo acercarse a él. El equipo debe portar identificación, y el trabajo del mecanismo debe hacerse público a través de informes escritos y del uso cuidadoso de los medios de comunicación.	• Presentación clara del mandato del CPT y libreto inicial de presentación en cada visita, explicando quiénes son, qué hacen y qué no pueden garantizar. • Uso de credencial institucional visible, salvo excepciones justificadas por razones de seguridad. • Difusión activa del mandato mediante capacitaciones, seminarios, medios de comunicación y participación en instancias públicas (ver 1.1, "Posicionamiento institucional"). • Publicación pública de todos los Informes de Visita, Informes Anuales e Informes de Seguimiento, salvo decisión fundada de no publicación aprobada por mayoría simple del Comité de Expertas/os.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 2:
Preparación y desarrollo de las visitas

Los protocolos de visita establecen orientaciones para la **preparación documental, logística y operativa** de cada visita, entendiendo que esta preparación determina en gran parte la calidad y el éxito de su desarrollo. Esto incluye la definición del equipo, la distribución de roles, la focalización de objetivos, la revisión de información contextual del recinto y de la población y la identificación anticipada de posibles riesgos o situaciones críticas, lo que permite reducir la improvisación en contextos complejos.

El CPT ha aprendido que una preparación insuficiente incrementa los riesgos tanto para las personas entrevistadas como para el equipo. La preparación incluye anticipar escenarios críticos y establecer criterios compartidos y flujos de registro y actuación, de modo que el equipo tenga claridad sobre qué hacer y qué no hacer en determinadas circunstancias —de ahí las directrices institucionales frente a denuncias, relatos sensibles o situaciones de riesgo, que deben repasarse con todo el equipo antes del inicio de la visita. Invertir tiempo en la preparación mejora la calidad del terreno y garantiza una mejor protección tanto del equipo como de las personas entrevistadas.

La gran mayoría de las visitas del Comité no son anunciadas: el equipo se presenta sin previo aviso. Esto multiplica los posibles **imprevistos,** lo que vuelve aún más importante la preparación y la anticipación de criterios de actuación. Entre las principales contingencias que se han experimentado al respecto se encuentran las actitudes de resistencia del personal o de la población residente; la denegación de acceso a dependencias específicas; procedimientos de seguridad inesperados; la descompensación de una persona durante una entrevista; y casos críticos o urgencias que demandan gestión inmediata.

La **reunión previa** a las visitas se ha consolidado como un espacio clave para socializar información, alinear criterios y anticipar estos riesgos. Un aprendizaje relevante es que, cuando esta instancia se realiza con suficiente anticipación y con todo el equipo presente, mejora la conducción del terreno y la calidad de la información recogida y disminuyen los riesgos de hacer daño.

El equipo de visita

El monitoreo preventivo requiere procesos formales de inducción e instancias de formación continua, incluso para personas con experiencia previa en derechos humanos. Acompañar visitas antes de liderarlas, conocer los protocolos institucionales y capacitarse en metodologías con orientación preventiva son condiciones clave para garantizar la calidad del monitoreo y evitar hacer daño.

Esto es fundamental porque el monitoreo exige una **capacidad permanente de adaptación** frente a contingencias, a las rutinas de los establecimientos y a la disponibilidad de personas y espacios. Dado que la gran mayoría de las visitas no se anuncian previamente, cada integrante del equipo debe saber exactamente cuáles son sus funciones y qué hacer ante cambios de planes durante el recorrido y debe estar preparado para entrevistar a cualquier persona —autoridades, jefaturas técnicas, personal de salud o técnico, funcionarias/os de trato directo y personas bajo cuidado o custodia—. Esto es esencial en recintos de gran tamaño donde no se permiten teléfonos celulares, ya que el equipo se distribuye por los espacios y probablemente no pueda comunicarse hasta la pausa de almuerzo.

Para lograr este nivel de adaptación es fundamental la **capacitación previa y permanente:** cada integrante debe conocer los protocolos de actuación antes, durante y después de una visita, actuar en concordancia con los principios del monitoreo y registrar la información de manera oportuna sin perder de vista que lo principal

es no hacer daño. Esto incluye conocer el concepto de tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes, los principios del monitoreo preventivo, el desarrollo de entrevistas no revictimizantes, el consentimiento informado, el levantamiento de relatos de maltrato y denuncias y el abordaje de situaciones complejas mediante primeros auxilios psicológicos.

La **composición** de los equipos responde a criterios de especialización según el tipo de recinto y población, considerando el enfoque de género, la presencia de grupos en situación de vulnerabilidad y la pertinencia profesional —incorporando, según el caso, profesionales de la salud, del derecho o de las ciencias sociales— para garantizar una aproximación adecuada a cada contexto.

Los protocolos de monitoreo brindan directrices para el desarrollo de la visita *in situ:* la conducción de entrevistas, la observación de instalaciones, la solicitud de registros y la interacción con autoridades, personal y personas bajo cuidado o custodia. Se establecen principios como el respeto, la objetividad, la confidencialidad y la seguridad; y criterios específicos para entrevistas privadas, uso de intérpretes y manejo de información sensible. A continuación se desarrollan algunos de estos aspectos.

Los protocolos de visita establecen orientaciones para la preparación documental, logística y operativa de cada visita, entendiendo que esta preparación determina en gran parte la calidad y el éxito de su desarrollo. Esto incluye la definición del equipo, la distribución de roles, la focalización de objetivos, la revisión de información contextual del recinto y de la población y la identificación anticipada de posibles riesgos o situaciones críticas...

Relación con personas bajo cuidado y custodia: escucha, consentimiento y manejo de expectativas

Para esta relación se han consolidado aprendizajes relacionados con la explicación inicial de las funciones del organismo, la forma de acercamiento a situaciones complejas y el manejo de expectativas respecto de lo que el CPT puede y no puede hacer, buscando generar espacios seguros y un adecuado ajuste de expectativas sobre los resultados del monitoreo.

El CPT ha incorporado aprendizajes sobre el ritmo de las entrevistas, el uso de preguntas abiertas, la validación del relato de la persona con independencia del juicio de quien entrevista y la atención a señales de agotamiento emocional, incorporando orientaciones para desarrollar conversaciones respetuosas y no revictimizantes y brindar primeros auxilios psicológicos. El consentimiento libre e informado, los libretos de presentación del equipo y las medidas que el CPT puede y no puede adoptar frente a una persona entrevistada son aspectos centrales de esta relación.

Gestión de situaciones críticas y principio de no hacer daño

En cada visita se ponen en juego decisiones técnicas y éticas que influyen directamente en los niveles de victimización o revictimización de una persona y en la gestión oportuna de medidas inmediatas.

Monitorear recintos de cuidado o custodia es un trabajo complejo. Las visitas transcurren en entornos marcados por el encierro, atravesados por asimetrías de poder y expectativas tanto de parte de las personas bajo cuidado o custodia como del personal. Quienes visitan deben construir, a veces contra el tiempo, una imagen fiel de lo que ocurre en el recinto: observar dinámicas, escuchar relatos, contrastar fuentes y tomar decisiones sobre la marcha, muchas veces en situaciones delicadas o emocionalmente fuertes. Es un oficio que se aprende con el tiempo y que exige

preparación, claridad de roles y criterios compartidos, pero también saber cuándo estrechar el vínculo y cuándo mantener distancia profesional, cuándo abrir espacio al relato y cuándo contener el riesgo. De ese equilibrio, frágil y siempre en tensión, depende que el monitoreo conserve su rigurosidad y no cause daño.

La experiencia ha evidenciado la necesidad de criterios compartidos entre todo el equipo para enfrentar situaciones críticas, denuncias y riesgos, definidos con claridad antes de la visita; la falta de claridad en estos flujos genera incertidumbre, aumenta la carga emocional del equipo y puede poner en riesgo a las personas entrevistadas.

Un componente central es la **actuación frente a situaciones de tortura, malos tratos o riesgo vital,** con criterios tanto para su identificación y registro como para las medidas inmediatas que se pueden y no se pueden tomar, resguardando siempre el principio de no hacer daño. El aprendizaje central ha sido contar con protocolos claros, roles definidos y canales internos para decisiones *in situ*, incluyendo libretos de presentación y cierre de entrevistas basados en primeros auxilios psicológicos para situaciones de descompensación o crisis. Se ha dado especial importancia al consentimiento informado, resguardando la seguridad de las personas entrevistadas y del equipo y evitando generar falsas expectativas sobre cómo se utilizará y resguardará la información entregada —incluyendo los distintos tipos de represalias a los que puede verse expuesta una persona tras una entrevista y las medidas de protección disponibles en cada caso—.

El principio de no hacer daño rige toda la actuación del CPT durante sus visitas y es la razón por la que el Comité presta especial atención a las **represalias** que puede enfrentar una persona por el solo hecho de hablar con él. Se han presenciado situaciones en que funcionarias/os amenazan verbalmente a residentes para que no conversen con el CPT y tanto personas privadas de libertad como funcionarias/os de trato directo han declarado abiertamente temer consecuencias —cambios de función, traslados— por el solo hecho de entregar información al Comité.

Frente a este riesgo, el CPT ha desarrollado una estrategia de prevención de represalias contra las personas entrevistadas que se sostiene en varias medidas concretas:

- Presentar con claridad el mandato del CPT, el uso que se hará de la información y entregar garantías explícitas de confidencialidad a las personas entrevistadas.
- No individualizar a ninguna persona en los informes de visita, salvo consentimiento expreso.
- Comunicar a las jefaturas los casos en que se advierte un alto riesgo de represalias.
- Advertir formalmente a las autoridades sobre la prohibición legal de ejercer cualquier tipo de represalia contra quienes se comunican con el CPT.
- Establecer alianzas con jefaturas regionales y nacionales que permitan reforzar estas garantías.
- Mantener canales de comunicación permanente con instituciones de protección y otros organismos de monitoreo para el seguimiento de posibles represalias.
- Realizar visitas de seguimiento para verificar si existieron represalias tras una visita anterior.

El mismo principio de no hacer daño exige, además, resguardar la seguridad del propio equipo de monitoreo. Casi todos los equipos del CPT han enfrentado, en algún momento, situaciones de riesgo durante el monitoreo —agresiones verbales o amenazas de parte de personas residentes, hostilidad del personal o quedar temporalmente sin personal a la vista en espacios de riesgo—. Las medidas concretas que el CPT aplica para gestionar estas situaciones se desarrollan en la sección *Cuidado profesional y prevención del trauma vicario* (ver abajo).

Relación con el personal de trato directo

El vínculo con el personal a cargo del cuidado o la custodia determina, en gran medida, el éxito de una visita. Los aprendizajes del Comité al respecto tienen relación, en primer lugar, con la importancia de explicar muy claramente el mandato del CPT y el uso confidencial que se hará de la información,

especialmente al personal uniformado o de menor jerarquía, que frecuentemente muestra aprensiones o podría tener miedo a consecuencias negativas en su trabajo por mencionar situaciones complejas o incluso por interactuar con equipos de monitoreo. Uno de los hallazgos transversales del CPT en los recintos de cuidado o custodia tiene relación con las precarias condiciones en las que trabaja el personal, lo que muchas veces se traduce en desgaste laboral y, en algunos casos, prácticas que pueden resultar vulneratorias. Las resistencias pueden provenir, asimismo, de la falta de información sobre el mandato o las facultades del CPT. De ahí que sea fundamental explicar cuáles son las funciones del monitoreo preventivo, qué se busca con los informes y de qué manera se articula en torno al diálogo con las instituciones.

Durante el terreno mismo, es importante explicar la forma en que el equipo se distribuirá durante la visita, los elementos que lleva cada persona (cámaras, grabadoras, celulares) y lo que se realizará durante la inspección (entrevistas a residentes, entrevistas con el personal, observación, etc.). Así, por ejemplo, si el objetivo de la visita requiere observar dinámicas cotidianas como la entrega de medicamentos, el almuerzo o procedimientos de seguridad, es importante aclarar previamente al personal la ubicación de la persona que realiza la observación y dejar en claro que, ante cualquier situación en que la seguridad esté en riesgo, se atenderán las instrucciones del personal. Se debe explicitar en qué circunstancias la/el profesional requiere de su presencia y en cuáles se requiere privacidad, evitando obstaculizar la labor institucional y garantizando la privacidad.

Gestión de las pausas en terreno

La estructuración de los tiempos durante la visita es una herramienta metodológica fundamental para la viabilidad del monitoreo, la relación con el recinto y la protección del equipo.

El monitoreo en contextos de cuidado o custodia conlleva una alta exigencia física y emocional, con jornadas extensas y exposición a situaciones de vulnerabilidad que pueden generar un desgaste significativo. Las pausas operan como una medida de cuidado que permite una descompresión ambiental al salir momentáneamente del entorno de encierro, retomando después las funciones con niveles equilibrados de alerta y objetividad. Representan, además, una oportunidad para la coordinación del equipo, incluyendo una primera triangulación rápida de los hallazgos preliminares de la jornada (ver *Después de una visita: triangulación, diálogo y seguimiento*).

La estructuración de los tiempos durante la visita es una herramienta metodológica fundamental para la viabilidad del monitoreo, la relación con el recinto y la protección del equipo.

El monitoreo debe realizarse, asimismo, procurando interferir lo menos posible en el funcionamiento cotidiano del recinto: continuar una visita durante los horarios de almuerzo de la población o del personal puede interferir con rutinas críticas y generar resistencias si no se maneja correctamente. La pausa permite, además, que el establecimiento "descanse" de la supervisión, demostrando respeto por los tiempos de quienes trabajan allí y facilitando un clima de mayor apertura y colaboración para el resto de la jornada.

El monitoreo del maltrato impone, por otro lado, una alta carga emocional e intelectual a quienes visitan: el equipo suele ser testigo de situaciones violentas, escucha relatos de mucho dolor y observa entornos laborales complejos. Para proteger al equipo, la metodología prioriza no realizar una reunión de cierre al concluir la jornada, posponiendo la discusión y reflexión para los días siguientes y evitando así la sobrecarga emocional inmediata (ver la sección siguiente, *Cuidado profesional y prevención del trauma vicario*).

Cuidado profesional y prevención del trauma vicario

El monitoreo de recintos de cuidado o custodia requiere el desarrollo de directrices, protocolos y estrategias de cuidado profesional que protejan la integridad física, psicológica y emocional de quienes realizan la observación en terreno. Cuidar al equipo implica reconocer que la exposición continua a contextos de encierro o internación, junto con la observación o toma de relatos sobre violencia y vulneraciones, genera un desgaste significativo que debe gestionarse de manera oportuna.

Desde el campo de los derechos humanos y la psicología se ha advertido sobre la capacidad destructiva de la violencia estructural y de Estado, conocida como "efecto radiactivo" (Gampel, 2002), advirtiendo que el dolor social no se limita a la víctima directa, sino que permea el entorno y se transmite a quienes atestiguan, documentan o escuchan ese sufrimiento (Lira, 2010).

Cuando una persona observa de primera fuente condiciones de indignidad o escucha relatos de violencia, absorbe parte de esa carga traumática, lo que se conoce como *contratransferencia traumática*: el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas y físicas que experimenta una/un profesional al entrar en contacto con la realidad de una persona que ha sufrido traumas graves (Beristain, 2010). Es la respuesta humana natural al horror; al utilizar la empatía para comprender el sufrimiento de la víctima, la o el profesional permite que el trauma "resuene" en su propia psique, generando reacciones como impotencia, rabia abrumadora, sobreidentificación o distanciamiento.

Si esta carga no se identifica ni se procesa institucionalmente, puede convertirse en *trauma vicario*, concepto acuñado por Lisa McCann y Laurie Anne Pearlman (1990) y que corresponde a una transformación psicológica profunda que ocurre en el mundo interno de una/un profesional por la exposición empática, directa y continuada a experiencias traumáticas de terceros. A diferencia del desgaste laboral común o burnout, esta exposición, si no se gestiona oportunamente, puede alterar las creencias básicas sobre la seguridad y la justicia, manifestándose como alerta constante, bloqueo emocional o imágenes intrusivas.

Para prevenir este desgaste se ha recomendado implementar espacios de descompresión (Mitchell, 1983) que permitan a los equipos procesar lo absorbido durante el monitoreo. Como ya se señaló, esta protección se apoya en las pausas durante las visitas y en postergar el análisis de hallazgos para los días posteriores (ver *Gestión de las pausas en terreno*). A esto se suman las **reuniones de triangulación** posteriores a la visita, que operan no sólo como un hito de análisis cruzado de información, sino también como un espacio de escucha en el que el equipo puede verbalizar su experiencia y procesar el impacto del terreno. Aunque existe debate sobre la eficacia de estas instancias para prevenir el estrés postraumático, cuando logran generar espacios seguros permiten expresar experiencias compartidas y liberar emociones contenidas.

En el plano de la **seguridad,** el cuidado institucional exige límites claros frente a la incertidumbre propia del monitoreo no anunciado: evaluar si se requiere acompañamiento del personal del recinto, evitar que alguien del equipo permanezca solo en espacios de riesgo, mantener contacto visual entre integrantes, identificar vías de evacuación y procurar entrevistas privadas sin presencia de terceros cuando ello aumente la exposición de quien entrevista o de la persona entrevistada. Se toman, además, medidas para proteger los datos personales del equipo, anonimizar registros y consentimientos y resguardar los hallazgos frente a terceros durante el monitoreo.

Finalmente, la **formación continua** es esencial no sólo para la calidad técnica, sino también para la seguridad, ya que reduce la improvisación frente a incidentes críticos —de ahí la importancia de capacitar permanentemente a los equipos en primeros auxilios psicológicos (PAP), técnicas de desescalada de conflictos y protocolos de actuación ante crisis.

Anexo 3:
Sobre la seguridad de los equipos del CPT

TABLA 36:
Consideraciones fundamentales para resguardar la seguridad de los equipos de monitoreo del CPT.

No obligatoriedad	Ninguna persona del equipo podrá ser obligada a realizar una tarea o entrevista si manifiesta aprensiones sobre su seguridad o se siente sobrepasada.
Pausas durante el monitoreo	Respetar las pausas o momentos de receso fuera del recinto, para "sacar" temporalmente al equipo de la carga del encierro y triangular hallazgos con más energía.
Entrevistas en dupla	Dupla interdisciplinaria con consideraciones de género o características específicas de la/el entrevistado, cuando corresponda.
Identificación personal	Posibilidad de portar la credencial en un lugar no visible; en casos complejos, omitir datos personales en los formularios de consentimiento.
Evaluación del entorno	Antes de cada entrevista, identificar a otras personas del equipo cercanas, accesos y vías de evacuación.
Acompañamiento del personal	Evaluar si es necesario que un funcionario acompañe al equipo por razones de seguridad.
Resistencias	Ante actitudes confrontacionales, mantener la calma, no insistir y reportar a la jefatura.
Término de la visita	Posibilidad de suspender el debriefing si el equipo está muy cansado, postergando el análisis al día siguiente.
Formación continua y especializada	Protocolos de registro y abordaje de situaciones críticas, primeros auxilios psicológicos y desescalada de conflictos.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4:
Factores que favorecen el diálogo constructivo con las autoridades

La experiencia acumulada en la elaboración de recomendaciones y en su seguimiento ha permitido identificar algunos factores que favorecen que este diálogo sea constructivo y produzca resultados:

Claridad sobre las funciones y limitaciones del CPT. Explicar con precisión el mandato preventivo de la institución —qué puede y qué no puede hacer y bajo qué marco legal actúa— ayuda a que las autoridades comprendan el sentido de las recomendaciones y reduce las resistencias que surgen de expectativas, percepciones o información incompleta sobre el rol del Comité.

Claridad en el despliegue durante el terreno: qué se hará y qué no, qué exige la ley y qué excepciones establece, y cómo se levantará la información y se entrevistará a los distintos actores del recinto. Cuando esta información se transmite con transparencia desde el inicio de la visita, se genera una relación de mayor confianza con jefaturas y funcionarias/os, lo que repercute directamente en la disposición tanto durante el despliegue en terreno como después para dialogar sobre los hallazgos y las medidas sugeridas.

Firmeza en el estándar: la solidez técnica y normativa de una recomendación —anclada en tratados, normas o circulares vigentes— sitúa la conversación en el terreno de las obligaciones del Estado.

Buscar acuerdos: El nivel de adhesión de la contraparte a los contenidos del informe incide directamente en la posibilidad de avanzar; esto significa que las posibilidades de trabajar las recomendaciones aumentan cuando las instituciones comprenden los principales contenidos del informe. Esto no implica renunciar al estándar, sino invertir tiempo en explicar y argumentar los hallazgos de manera que la autoridad los reconozca como una descripción fidedigna de su realidad.

Explicar la importancia y los beneficios de avanzar en la recomendación: El diálogo se fortalece cuando la contraparte comprende por qué le conviene implementar una medida. Esto supone mostrar cómo la recomendación contribuye a reducir riesgos, a mejorar las condiciones de trabajo del propio personal, a prevenir situaciones críticas o a fortalecer la gestión del servicio. Cuando la autoridad visualiza la consecución de la recomendación como una ganancia propia y no sólo como una exigencia externa, aumenta su compromiso real con la implementación y disminuye la probabilidad de que la medida quede como un cumplimiento meramente formal.

Dar un rol activo a las contrapartes en la solución: El diálogo funciona mejor cuando la institución monitoreada no es una receptora pasiva de instrucciones, sino que participa en el diseño del camino hacia el cumplimiento. De ahí la importancia de invitar a la contraparte a proponer un plan de trabajo para atender las recomendaciones, lo que fortalece su apropiación del proceso y facilita que las medidas propuestas sean, además de pertinentes, factibles de implementar con los recursos y tiempos reales del servicio.

Unificar los niveles de avance y cumplimiento, definiendo con claridad y sin ambigüedades qué se considera cumplimiento de una recomendación: Contar con una escala común y criterios objetivos de evaluación —más allá de la percepción de cada equipo o de cada contraparte— evita malentendidos sobre si una medida fue o no implementada y entrega previsibilidad tanto al CPT como a las instituciones sobre cómo se valorará su gestión.

Mantener un canal de comunicación abierto, apoyar a las contrapartes en su labor y alinear las planificaciones anuales: El seguimiento no se agota en las mesas formales de trabajo; requiere de una relación continua que permita resolver dudas prácticas, anticipar dificultades de implementación y ajustar los tiempos del diálogo a los ciclos presupuestarios y de gestión del Estado. Alinear la planificación del seguimiento con la planificación anual de visitas ha demostrado ser clave para focalizar esfuerzos en determinadas materias o poblaciones de mutuo interés.

Capítulo II

Anexo 5:
Recintos visitados por el CPT entre 2021 y 2025

Las siguientes tablas detallan los 227 recintos visitados por el CPT entre 2021 y 2025, agrupados según los 16 tipos de recinto definidos en la Introducción de este capítulo. Se detalla el tipo de recinto, el nombre del recinto visitado, la región en que se ubica y la cantidad de veces que ha sido visitado en el período. Los recintos se presentan organizados según la región en la que están ubicados, presentados de norte a sur.

TABLA 37: Residencias de protección de niñas, niños y adolescentes
Dispositivos residenciales de cuidado alternativo del Servicio Nacional de Protección Especializada (Mejor Niñez) que acogen a NNA separados de su familia de origen por resolución de un Tribunal de Familia.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
Residencia Familiar de Adolescente (RFA) Alonso Sánchez	Región de Arica y Parinacota	1
Residencia de Protección para Primera Infancia RLP Natividad	Región de Arica y Parinacota	2
Residencia de Protección para Mayores con Programa de Protección Especializado de Intervención Residencial (REM-PER) Imillitay Qal	Región de Tarapacá	2
REM-PER (Residencia de Protección con Programa de Intervención Residencial) Shekinah	Región de Tarapacá	1
REM-PER RENASCI	Región de Atacama	1
RLP Hogar Redes	Región de Coquimbo	1
RFA Rimanakuy	Región de Coquimbo	1
RFA Villa Alemana	Región de Valparaíso	1
Residencia de Madres Adolescentes (RMA) Virgen de la Visitación	Región de Valparaíso	1
Centro de Reparación Especializada de Administración Directa (Cread) Pudahuel	Región Metropolitana de Santiago	2
REM -Juan Apóstol	Región del Biobío	1
RMA Ruca Suyai de Panguipulli	Región de Los Ríos	1
REM-PER Casa Cumbres Ancud	Región de Los Lagos	1
REM-PER La Minga Castro	Región de Los Lagos	1
RLP Coyhaique	Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	1
RFA Coyhaique	Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	1
RFA Magallanes	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	1
Residencia Familiar de Adolescencia Temprana (RFAT) Punta Arenas	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	1
RLP Magallanes	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	1

TABLA 38: Centros de justicia juvenil

Centros de internación provisoria (IP) o de régimen cerrado (IRC)
para adolescentes y jóvenes imputados o condenados bajo la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
IP-IRC Iquique	Región de Tarapacá	1
IP-IRC Antofagasta	Región de Antofagasta	2
IP-IRC Copiapó	Región de Atacama	1
IP-IRC Limache	Región de Valparaíso	2
IP-IRC San Joaquín	Región Metropolitana de Santiago	1
IP-IRC Santiago	Región Metropolitana de Santiago	2
IP-IRC Centro Metropolitano Norte Til Til	Región Metropolitana de Santiago	3
IP-IRC Graneros	Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	1
IP-IRC Coronel	Región del Biobío	1
IP-IRC Chol-Chol	Región de La Araucanía	1
IP-IRC Valdivia	Región de Los Ríos	1
IP-IRC Puerto Montt	Región de Los Lagos	1
IP-IRC Coyhaique	Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	1
IP-IRC Punta Arenas	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	1

TABLA 39: Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos de Psiquiatría (UHCIP)

Dispositivos hospitalarios de corta estadía (máximo 60 días)
para personas adultas o infanto-adolescentes que requieren estabilización
clínica ante una descompensación de salud mental con riesgo para sí mismas o terceros.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
UHCIP en IP-IRC Iquique	Región de Tarapacá	1
Unidad de Salud Mental del Hospital Provincial del Huasco	Región de Atacama	1
UHCIP Infanto adolescente del Hospital Regional de Copiapó San José del Carmen	Región de Atacama	1
UHCIP en IP-IRC Limache	Región de Valparaíso	1
UHCIP en IP-IRC Centro Metropolitano Norte Til Til	Región Metropolitana de Santiago	3
UHCIP en IP-IRC Coronel	Región del Biobío	1
UHCIP en IP-IRC Valdivia	Región de Los Ríos	1
UHCIP en Hospital de Puerto Aysén	Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	2

TABLA 40: Residencias para personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas

Centros de tratamiento y rehabilitación residencial para personas
con consumo perjudicial o dependencia, operados mediante convenios entre SENDA y MINSAL.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
Programa Terapéutico Residencial Padre Hurtado	Región de Arica y Parinacota	1
Clínica Erikson	Región Metropolitana de Santiago	1
Comunidad Terapéutica Nueva Familia	Región Metropolitana de Santiago	1
Programa Ambulatorio Intensivo en Programa Residencial (PAI-PR) Trekan	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	1

TABLA 41: Establecimientos de larga estadía para personas mayores

Establecimientos públicos o privados (ELEAM) donde residen personas de 60 años o más que requieren cuidados diferenciados que no pueden recibir en su hogar.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
ELEAM Gloria Madrid Trejo, Antofagasta	Región de Antofagasta	1
ELEAM Refugio de Playa Ancha, Valparaíso	Región de Valparaíso	1
ELEAM Huechuraba	Región Metropolitana de Santiago	1
ELEAM Miguel Frank Vega, Lo Prado	Región Metropolitana de Santiago	3
ELEAM Rengo	Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	1
ELEAM Dr. Mario Muñoz Angulo, Cauquenes	Región del Maule	1
ELEAM Wenüiwen, Licantén	Región del Maule	1
ELEAM Ayén Ruca, Cunco	Región de La Araucanía	1
ELEAM Las Araucarias, Melipeuco	Región de La Araucanía	1
ELEAM El Copihue, Loncoche	Región de La Araucanía	1
ELEAM El Alerce, Puerto Montt	Región de Los Lagos	1
ELEAM Nuevo Atardecer, Puerto Natales	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	1

TABLA 42: Dispositivos sociosanitarios

Unidad hospitalaria que da continuidad de cuidados a personas que, tras recibir el alta médica, no pueden egresar por condiciones sociales que impiden su reinserción en el hogar.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
Complejo Hospitalario San José de Maipo	Región Metropolitana de Santiago	1
CRS Maipú	Región Metropolitana de Santiago	1
Hospital del Salvador de Peumo	Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	1
Hospital de Lautaro	Región de La Araucanía	1
Hospital Familiar y Comunitario de Vilcún	Región de La Araucanía	1

TABLA 43: Hospitales y recintos psiquiátricos

Establecimientos de salud especializados en la atención de personas con diagnósticos de salud mental que requieren hospitalización de mediana o larga estadía.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
Hospital Psiquiátrico del Salvador	Región de Valparaíso	1
Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel	Región de Valparaíso	2
Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete	Región Metropolitana de Santiago	1
Hospital psiquiátrico El Peral	Región Metropolitana de Santiago	3
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak	Región Metropolitana de Santiago	3
Hospital Base Valdivia	Región de Los Ríos	2
Servicio de Hospitalización de Corta Estadía Adulto (UHCE) Coyhaique	Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	1

TABLA 44: Unidades y Residencias Forenses

Dispositivos de la red de psiquiatría forense, ubicados dentro de recintos penitenciarios y hospitalarios, para la evaluación, tratamiento y cumplimiento de medidas de seguridad de personas con diagnóstico de salud mental en conflicto con la ley.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
CP Arica - UPFT Acha	Región de Arica y Parinacota	1
Hospital de Antofagasta (anexo psiquiatría)	Región de Antofagasta	2
CP Valparaíso - UPFT	Región de Valparaíso	1
Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel - UCMS 3	Región de Valparaíso	1
Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel - UFAC - UCMS 1	Región de Valparaíso	1
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak - UCMS	Región Metropolitana de Santiago	1
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak - UEPI	Región Metropolitana de Santiago	1
Residencia Protegida Forense	Región Metropolitana de Santiago	1
Hospital Regional Guillermo Grant Benavente - UCMS	Región del Biobío	1
Hospital regional de Temuco - UEPI	Región de La Araucanía	1
CP Punta Arenas - UPFHI	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	1

TABLA 45: Residencias y hogares protegidos de salud mental

Dispositivos residenciales comunitarios para personas
con discapacidad psicosocial que, estando clínicamente compensadas,
no cuentan con habilidades para vivir de forma independiente ni con apoyo familiar suficiente.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
Hogar Protegido Altona	Región Metropolitana de Santiago	1
Residencia Protegida París	Región Metropolitana de Santiago	1
Residencia Protegida Catedral	Región Metropolitana de Santiago	1
Hogar Protegido N° 2	Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	1
Hogar Protegido N° 3	Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	1
Residencia Protegida Manuel Montt	Región de Los Ríos	1

TABLA: 46 Unidades policiales

Recintos de Carabineros, PDI o Policía Marítima donde permanecen personas detenidas mientras se resuelve su situación procesal, antes de ser trasladadas ante la autoridad competente o puestas en libertad.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
1° Comisaría Arica	Región de Arica y Parinacota	2
3° Comisaría Arica	Región de Arica y Parinacota	2
4° Comisaría Chacalluta	Región de Arica y Parinacota	1
6° Comisaría Chinchorro	Región de Arica y Parinacota	1
Complejo PDI Arica	Región de Arica y Parinacota	1
1° Comisaría Iquique	Región de Tarapacá	3
2° Comisaría Pozo Almonte	Región de Tarapacá	2
3° Comisaría Alto Hospicio	Región de Tarapacá	2
Brigada Antinarcóticos y Contra el Crimen Organizado Iquique	Región de Tarapacá	1
Brigada de Investigación Criminal Iquique	Región de Tarapacá	1
SUBCOMISARIA COLCHANE (F)	Región de Tarapacá	1
SUBCOMISARÍA HUARA	Región de Tarapacá	1
1° Comisaría Calama	Región de Antofagasta	1
2° Comisaría Antofagasta	Región de Antofagasta	2
3° Comisaría Antofagasta	Región de Antofagasta	2
5° Comisaría La Portada Antofagasta	Región de Antofagasta	1
Brigada de Investigación Criminal Calama	Región de Antofagasta	1
SUBCOMISARÍA ANTOFAGASTA NORTE	Región de Antofagasta	1
2° Comisaría Copiapó	Región de Atacama	1

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
3° Comisaría Vallenar	Región de Atacama	1
Complejo PDI Copiapó	Región de Atacama	1
1° Comisaría La Serena	Región de Coquimbo	2
3° Comisaría Ovalle	Región de Coquimbo	2
5° Comisaría Vicuña	Región de Coquimbo	2
Brigada de Investigación Criminal de La Serena	Región de Coquimbo	1
SUBCOMISARÍA LOS VILOS	Región de Coquimbo	2
1° Comisaría San Antonio	Región de Valparaíso	2
1° Comisaría Viña del Mar	Región de Valparaíso	1
2° Comisaría Quilpué	Región de Valparaíso	2
2° Comisaría San Felipe	Región de Valparaíso	1
Brigada de Investigación Criminal de Los Andes	Región de Valparaíso	1
SUBCOMISARÍA LLAY LLAY	Región de Valparaíso	2
Cuartel PDI Valparaíso	Región de Valparaíso	1
3° Comisaría Santiago	Región Metropolitana de Santiago	2
6° Comisaría Recoleta	Región Metropolitana de Santiago	1
8° Comisaría Colina	Región Metropolitana de Santiago	1
9° Comisaría Independencia	Región Metropolitana de Santiago	1
10° Comisaría La Cisterna	Región Metropolitana de Santiago	2
12° Comisaría San Miguel	Región Metropolitana de Santiago	3
14° Comisaría San Bernardo	Región Metropolitana de Santiago	1

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
19° Comisaría Providencia	Región Metropolitana de Santiago	3
20° Comisaría Puente Alto	Región Metropolitana de Santiago	1
31° Comisaría San Ramón	Región Metropolitana de Santiago	2
33° Comisaría Ñuñoa	Región Metropolitana de Santiago	1
36° Comisaría La Florida	Región Metropolitana de Santiago	1
38° Comisaría Puente Alto	Región Metropolitana de Santiago	1
39° Comisaría El Bosque	Región Metropolitana de Santiago	2
43° Comisaría Peñalolén	Región Metropolitana de Santiago	2
48° Comisaría Familia e Infancia	Región Metropolitana de Santiago	2
49° Comisaría Quilicura	Región Metropolitana de Santiago	1
50° Comisaría San Joaquín	Región Metropolitana de Santiago	2
Brigada de Investigación Criminal Macul	Región Metropolitana de Santiago	1
Brigada de Investigación Criminal Puente Alto	Región Metropolitana de Santiago	1
Brigada de Investigación Criminal San Bernardo	Región Metropolitana de Santiago	1
1° Comisaría Rancagua	Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	2
4° Comisaría Rengo	Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	2
6° Comisaría San Vicente	Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	2
Brigada de Investigación Criminal (BICRIM) Rancagua	Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	1
1° Comisaría Curicó	Región del Maule	1
3° Comisaría Talca	Región del Maule	1
4° Comisaría Cauquenes	Región del Maule	1

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
Cuartel PDI Curicó (Manuel Rodriguez)	Región del Maule	1
1° Comisaría Concepción	Región del Biobío	2
2° Comisaría Talcahuano	Región del Biobío	2
4° Comisaría Santa Bárbara	Región del Biobío	2
6° Comisaría San Pedro de la Paz	Región del Biobío	2
Brigada de Investigación Criminal Concepción	Región del Biobío	1
1° Comisaría COP Temuco	Región de La Araucanía	1
2° Comisaría Collipulli	Región de La Araucanía	1
2° Comisaría COP Pailahueque	Región de La Araucanía	1
2° Comisaría Temuco	Región de La Araucanía	1
3° Comisaría COP Malleco	Región de La Araucanía	1
3° Comisaría Padre Las Casas	Región de La Araucanía	1
4° Comisaría Victoria	Región de La Araucanía	1
6° Comisaría Ercilla	Región de La Araucanía	1
Complejo PDI Angol	Región de La Araucanía	1
Complejo PDI Temuco	Región de La Araucanía	1
1° Comisaría Valdivia	Región de Los Ríos	1
2° Comisaría Los Lagos	Región de Los Ríos	1
5° Comisaría Panguipulli	Región de Los Ríos	1
Complejo de PDI Valdivia	Región de Los Ríos	1
Subcomisaría Oscar Cristi Gallo	Región de Los Ríos	1

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
1° Comisaría Puerto Varas	Región de Los Lagos	2
2° Comisaría Castro	Región de Los Lagos	1
2° Comisaría Puerto Montt	Región de Los Lagos	2
3° Comisaría Osorno (S.U.)	Región de Los Lagos	2
5° Comisaría Puerto Montt	Región de Los Lagos	1
Brigada de Investigación Criminal de Ancud	Región de Los Lagos	1
Complejo PDI Puerto Montt	Región de Los Lagos	1
1° Comisaría Coyhaique	Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	1
2° Comisaría Puerto Aysén	Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	1
Brigada de Investigación Criminal de Coyhaique	Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	1
Tenencia Puerto Chacabuco	Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	1
1° Comisaría Punta Arenas (U)	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	1
2° Comisaría Puerto Natales	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	1
Complejo PDI Puerto Natales	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	1
Complejo PDI Punta Arenas	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	1
Subcomisaría de Río Seco	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	1

TABLA 47: Recintos Penitenciarios

Establecimientos bajo custodia de Gendarmería de Chile donde permanecen personas privadas de libertad en calidad de imputadas o condenadas (subsistema cerrado).

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
CP Arica	Región de Arica y Parinacota	2
CCP Iquique	Región de Tarapacá	5
CDP Pozo Almonte	Región de Tarapacá	1
CET Pozo Almonte	Región de Tarapacá	1
CP Alto Hospicio	Región de Tarapacá	1
CCP Antofagasta	Región de Antofagasta	2
CPF Antofagasta	Región de Antofagasta	2
CCP Copiapo	Región de Atacama	1
CDP Quillota	Región de Valparaíso	1
CCP Colina I	Región Metropolitana de Santiago	5
CCP Colina II	Región Metropolitana de Santiago	6
CDP Puente Alto	Región Metropolitana de Santiago	1
CDP Santiago I	Región Metropolitana de Santiago	6
Cdp Santiago Sur	Región Metropolitana de Santiago	3
CPF San Miguel	Región Metropolitana de Santiago	9
CPF Santiago	Región Metropolitana de Santiago	6
Hospital Penitenciario CDP Santiago Sur	Región Metropolitana de Santiago	3
Recinto Especial Penitenciario de Alta Seguridad (REPAS, Ex UEAS)	Región Metropolitana de Santiago	2

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
CP Rancagua	Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	3
CPF Talca	Región del Maule	1
CP Talca - La Laguna	Región del Maule	1
CCP Biobío	Región del Biobío	2
CDP Lebu	Región del Biobío	1
CCP Temuco	Región de La Araucanía	2
CDP Angol	Región de La Araucanía	3
CET Vilcún	Región de La Araucanía	4
CP Valdivia	Región de Los Ríos	1
CDP Castro	Región de Los Lagos	1
CP Puerto Montt	Región de Los Lagos	2
CCP Coyhaique	Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	1
CDP Puerto Aysen	Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	1
CDP Puerto Natales	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	1
CP Punta Arenas	Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	1

TABLA 48: Escuelas de formación de personal uniformado

Establecimientos con régimen de internado donde se forma al personal en ingreso a Carabineros, PDI o Gendarmería, monitoreados en cuanto a condiciones de vida, trato y formación en uso de la fuerza y derechos humanos.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
Escuela de Suboficiales de Carabineros	Región Metropolitana de Santiago	1
Escuela de Suboficiales de Gendarmería de Chile	Región Metropolitana de Santiago	1

TABLA 49: Complejos fronterizos

Recintos estatales en fronteras terrestres donde operan de forma conjunta la PDI, Aduanas y el SAG para el control migratorio, aduanero y fitosanitario del ingreso y egreso de personas.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
Complejo Fronterizo Chacalluta	Región de Arica y Parinacota	3
Complejo Fronterizo Colchane	Región de Tarapacá	2

TABLA 50: Dispositivos de custodia migratoria

Dependencias donde la PDI ejerce custodia de personas extranjeras retenidas por su condición migratoria, en pasos fronterizos, aeropuertos u oficinas centrales o regionales.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
Cuartel policial de la Jefatura Nacional de Migraciones y Policía Internacional	Región Metropolitana de Santiago	4
Prefectura Policía Internacional PDI, Aeropuerto	Región Metropolitana de Santiago	1

TABLA 51: Dispositivos humanitarios

Campamentos y dispositivos de acogida y primera respuesta para personas migrantes recién ingresadas al país, de carácter asistencial más que de custodia.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
Campamento Playa Lobito	Región de Tarapacá	4
Dispositivo Humanitario Colchane	Región de Tarapacá	2

TABLA 52: Residencias familiares

Dispositivos de acogida temporal administrados por instituciones colaboradoras de MIDESO para personas y familias en situación de calle o vulnerabilidad social extrema.

Nombre del recinto	Región	N° de visitas (2021-2025)
Residencia Familiar de MIDESO, administrada por Fundación Scalabrini	Región de Arica y Parinacota	2
Residencia Familiar de MIDESO, administrada por COFEDUC	Región de Arica y Parinacota	1

Conclusiones

Anexo 6:
Recomendaciones del CPT dirigidas a instituciones de nivel central a partir de visitas realizadas el año 2025

Este anexo enlista las recomendaciones formuladas por el CPT a instituciones de nivel central y de alcance nacional en los informes de visitas realizadas durante el año 2025 y publicados hasta agosto de 2026. Las recomendaciones dirigidas a niveles regionales o locales, o referidas a un recinto o caso específico, se detallan en cada informe de visita.

Orden. Las recomendaciones se agrupan por ministerio o poder del Estado. Dentro de cada uno, se presentan primero las dirigidas al ministerio y luego las dirigidas a sus servicios dependientes, en orden alfabético; dentro de cada servicio, se organizan por población, según el orden del Capítulo II de este informe, y por plazo de cumplimiento. Los ministerios siguen el orden de precedencia establecido en el artículo 1° del Decreto con Fuerza de Ley N° 7.912, de 1927, modificado por la Ley N° 21.730, de 2025, que creó el Ministerio de Seguridad Pública. A continuación se incluyen el Poder Judicial y el Ministerio Público. Las recomendaciones se ubican según la dependencia institucional vigente a la fecha de publicación de este informe; por ello, las dirigidas a Gendarmería de Chile se presentan bajo el Ministerio de Seguridad Pública, conforme a la Ley N° 21.810, de 2026.

Recomendaciones repetidas. Cuando el CPT formuló la misma recomendación en más de un informe, a la misma institución y para la misma población, se incluye una sola vez, indicando todos los informes de origen en la fuente. Si una recomendación se dirige a más de una institución o población, se repite en cada una de ellas.

La numeración de las recomendaciones es correlativa según su orden de aparición en el documento.

Ministerio del Interior

Servicio Nacional de Migraciones

Niñas, niños y adolescentes en residencias de protección

1. Se insta, a corto plazo, a favorecer gestiones flexibles y prioritarias con aquellos adolescentes y jóvenes no acompañados y/o sin documentación, de manera de favorecer su inserción social efectiva y oportuna. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota]*
2. Se insta, a corto plazo, a gestionar de manera priorizada las causas de niñas, niños y adolescentes extranjeros que se encuentran con medida proteccional en una residencia de protección, de forma preferente y prioritaria. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota]*

Jóvenes y adolescentes privados de libertad en centros de justicia juvenil

3. Se insta, a mediano plazo, a gestionar de manera prioritaria las causas de adolescentes y jóvenes extranjeros que se encuentran con medida judicial, a fin de que puedan insertarse en el ámbito de la educación y participar en talleres socioeducativos y de apresto laboral. *[Fuente: Informe de Visita al Centro de Justicia Juvenil IP-IRC Copiapó, y al Centro de Libertad Asistida Especial con Internación Parcial (LAE–IP), región de Copiapó]*

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol

Niñas, niños y adolescentes en residencias de protección

4. Se insta, de manera inmediata, a garantizar en sus programas de intervención la debida separación de los niñas, niños y adolescentes atendidos de forma ambulatoria de los que se encuentran bajo modalidad residencial, a fin de evitar que en un mismo espacio físico se reúnan ambas poblaciones. *[Fuente: Informe de visita reactiva ad-hoc al PAI-PR Trekan, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*
5. Se insta, de manera inmediata, a establecer acciones que prevengan posibles situaciones de riesgo para los niñas, niños y adolescentes, especialmente aquellas que tengan que ver con la grave vulneración de derechos como es la explotación sexual a niñas, niños y adolescentes (ESNNA), su inclusión en actividades delictuales, participación en actividades que pongan en riesgo su integridad física y/o psicológica, u otras. *[Fuente: Informe de visita reactiva ad-hoc al PAI-PR Trekan, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*
6. Se recomienda, a corto plazo, realizar visitas periódicas a los Programas Ambulatorios Intensivos en Programa Residencial (PAI-PR), con el fin de que estos puedan contar de forma permanente con supervisión y asesoramiento técnico en el abordaje de los complejos casos que atienden. *[Fuente: Informe de visita reactiva ad-hoc al PAI-PR Trekan, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*
7. Se insta, a corto plazo, a flexibilizar los criterios de ingreso a sus planes y programas, en particular en lo que dice relación a la constatación en las/os adolescentes de la "iniciativa al cambio" y el "reconocimiento del consumo". Si bien estos criterios podrían constituir parámetros aplicables a la gran mayoría de la población objetivo del referido programa gubernamental, la situación con las adolescentes de residencia sería distinta, toda vez que no es propio de ellas el que posean ese nivel de "motivación" al cambio, y a veces tampoco logran reconocer su propio consumo como problemático (lo viven como algo no problemático), dificultando con ello su acceso a tratamientos de deshabituación de drogas. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota; Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Magallanes, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*
8. Se insta, a corto plazo, a realizar un trabajo coordinado y en conjunto con las residencias, relativo al análisis y acompañamiento técnico de casos de adolescentes que presenten consumo de drogas cronificado. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Magallanes, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

9. Se insta, a corto plazo, a resolver la oferta residencial para adolescentes con patologías duales. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Magallanes, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

10. Se insta, a corto plazo, a realizar un trabajo coordinado y en conjunto con las residencias, relativo a la capacitación de funcionarias/os en temáticas asociadas a la prevención y trabajo con adolescentes con consumo problemático. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Magallanes, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

Jóvenes y adolescentes privados de libertad en centros de justicia juvenil

11. Se insta, a corto plazo, a generar más cupos y flexibilizar los criterios de ingreso a sus planes y programas, en particular en lo que dice relación a la constatación en las/os adolescentes de la "iniciativa al cambio" y el "reconocimiento del consumo". Si bien estos criterios podrían constituir parámetros aplicables a la gran mayoría de la población objetivo del referido programa gubernamental, la situación con las adolescentes de residencia sería distinta, toda vez que no es propio de ella/os poseer ese nivel de "motivación" al cambio, y a veces tampoco logran reconocer su propio consumo como problemático (lo viven como algo no problemático), dificultando con ello su acceso a tratamientos de deshabituación de drogas. *[Fuente: Informe de Visita al Centro de Justicia Juvenil IP-IRC Copiapó, y al Centro de Libertad Asistida Especial con Internación Parcial (LAE–IP), región de Copiapó]*

Ministerio de Defensa Nacional

Niñas, niños y adolescentes

Niñas, niños y adolescentes migrantes

12. Establecer jornadas de sensibilización periódicas para el personal que se desempeñe en unidades fronterizas, referentes a los derechos de niñas, niños y adolescentes en contextos de movilidad humana vulnerada y/o no acompañada, con especial énfasis en la protección reforzada de este grupo. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota]*

13. Establecer la instrucción general de operacionalizar institucionalmente el "Protocolo para la protección de niñas, niños y adolescentes no acompañados y separados en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional", entregando directrices específicas al personal sobre cómo proceder en dichos casos. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota]*

14. Establecer un plan de entrenamiento al personal que cumple funciones en frontera que integre los contenidos del "Protocolo para la protección de niñas, niños y adolescentes no acompañados y separados en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional", priorizando especialmente la asistencia de quienes deben interactuar con niñas, niños y adolescentes. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota]*

15. Generar material informativo didáctico destinado a niñas, niños y adolescentes que se encuentren bajo movilidad humana, usando un lenguaje claro y ajustándolo según su desarrollo evolutivo, indicando: i. los procedimientos que se realizarán con su persona; ii. las implicancias que estos procedimientos pudieran tener en su persona; iii. sus derechos y deberes. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota]*

16. Se insta a generar un mecanismo de supervisión institucional respecto a la aplicación adecuada del protocolo, así como también de los procesos de entrenamiento u otras instancias formativas que se estimen pertinentes. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota]*

Ministerio de Seguridad Pública

Niñas, niños y adolescentes

Niñas, niños y adolescentes migrantes

17. Establecer jornadas de sensibilización periódicas para el personal que se desempeñe en unidades fronterizas, referentes a los derechos de niñas, niños y adolescentes en contextos de movilidad humana vulnerada y/o no acompañada, con especial énfasis en la protección reforzada de este grupo. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota]*

18. Establecer la instrucción general de operacionalizar institucionalmente el "Protocolo para la protección de niñas, niños y adolescentes no acompañados y separados en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional", entregando directrices específicas al personal sobre cómo proceder en dichos casos. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota]*

19. Establecer un plan de entrenamiento al personal que cumple funciones en frontera que integre los contenidos del "Protocolo para la protección de niñas, niños y adolescentes no acompañados y separados en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional", priorizando especialmente la asistencia de quienes deben interactuar con niñas, niños y adolescentes. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota]*

20. Generar material informativo didáctico destinado a niñas, niños y adolescentes que se encuentren bajo movilidad humana, usando un lenguaje claro y ajustándolo según su desarrollo evolutivo, indicando: i. los procedimientos que se realizarán con su persona; ii. las implicancias que estos procedimientos pudieran tener en su persona; iii. sus derechos y deberes. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota]*

21. Se insta a generar un mecanismo de supervisión institucional respecto a la aplicación adecuada del protocolo, así como también de los procesos de entrenamiento u otras instancias formativas que se estimen pertinentes. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota]*

Personas privadas de libertad en recintos penitenciarios

Personas con discapacidad psicosocial o necesidades de atención en salud mental privadas de libertad

22. En lo inmediato, el Comité estima indispensable reforzar la coordinación interinstitucional con los organismos competentes en salud, justicia, seguridad y sistema penitenciario, con especial atención a los casos de personas sujetas a internación provisional o medida de seguridad que permanecen en recintos penitenciarios. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

23. En el mediano plazo, el Comité considera necesario establecer un sistema nacional de seguimiento de casos que permita identificar y monitorear la permanencia de personas sujetas a internación provisional o medida de seguridad en recintos penitenciarios, con el objeto de prevenir la prolongación indebida de estas situaciones y fortalecer la rendición de cuentas institucional. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

24. En el mediano plazo, el Comité propone consolidar una instancia permanente de coordinación intersectorial, con participación al menos del Ministerio de Salud, Gendarmería de Chile, Poder Judicial, Ministerio Público, Defensoría Penal Pública y Servicios de Salud competentes, orientada a resolver nudos críticos en materia de internación, peritajes, traslados, egresos y continuidad de cuidados. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

25. En el largo plazo, el Comité estima pertinente impulsar una política nacional de salud mental forense, con gobernanza clara, financiamiento suficiente y delimitación precisa de responsabilidades institucionales respecto de personas con discapacidad psicosocial o con necesidades complejas de atención en salud mental en conflicto con la ley penal. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

Carabineros de Chile

Personas detenidas en unidades policiales

26. Avanzar en la instalación de cámaras al interior de los vehículos que se encuentran autorizados para el traslado de personas detenidas. *[Fuente: Informe de Visita a Comisarías de Chacalluta y Chinchorro Norte en la Región de Arica]*

27. Se requiere elaborar un protocolo técnico unificado para regular el almacenamiento, respaldo y acceso a los registros de videovigilancia y cámaras corporales, estableciendo un plazo mínimo de conservación de seis meses y mecanismos de resguardo que aseguren la integridad, disponibilidad y confidencialidad de las imágenes, de modo que puedan ser utilizadas para fines de control e investigación. *[Fuente: Informe de visita a recintos de custodia policial de Carabineros de Chile en la Región de Aysén; Informe de visita a comisarías de Carabineros de Chile en la Región de Atacama]*

28. Se propone gestionar, a nivel institucional y presupuestario, recursos que permitan asegurar al menos agua y una colación a las personas detenidas, especialmente en aquellos casos en que no cuenten con familiares que puedan acudir oportunamente a la unidad. *[Fuente: Informe de visita a recintos de custodia policial de Carabineros de Chile en la Región de Aysén; Informe de Visita a Comisarías de Chacalluta y Chinchorro Norte en la Región de Arica; Informe de visita a comisarías de Carabineros de Chile en la Región de Atacama]*

29. Se sugiere evaluar la suscripción o fortalecimiento de convenios de salud para zonas alejadas del país o con dificultad de acceso que permitan a funcionarias y funcionarios acceder a atención de especialidad en su región de destinación, sin necesidad de trasladarse al centro del país para prestaciones que podrían resolverse territorialmente. *[Fuente: Informe de visita a comisarías de Carabineros de Chile en la Región de Atacama; Informe de visita a recintos de custodia policial de Carabineros de Chile en la Región de Aysén]*

30. Se insta a evaluar los mecanismos institucionales de asignaciones e incentivos asociados a funciones de guardia y custodia, con el objeto de reconocer las responsabilidades, riesgos y carga laboral propias del personal que desarrolla labores permanentes de atención de público y custodia de personas detenidas. *[Fuente: Informe de visita a comisarías de Carabineros de Chile en la Región de Atacama]*

Dirección Nacional de Gendarmería de Chile

Jóvenes y adolescentes privados de libertad en centros de justicia juvenil

31. Se insta, a corto plazo y de manera prioritaria, a que la/os funcionarias/os de Gendarmería de Chile utilicen siempre su identificación visible en el uniforme, a fin de que tanto las/os adolescentes y jóvenes como las/os funcionarias/os de los centros sean capaces de identificarlos adecuadamente en todo momento. *[Fuente: Informe de Visita al Centro de Justicia Juvenil IP-IRC Copiapó, y al Centro de Libertad Asistida Especial con Internación Parcial (LAE–IP), región de Copiapó; Informe de Visita al Centro de cumplimiento en Internación Provisoria (IP) e Internación en Régimen Cerrado (IRC), de Punta Arenas, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

32. Se insta, a corto plazo y de manera prioritaria, a ingresar a los centros con cámara Go-Pro, esto ya que la ausencia de registro audiovisual, aunada a la existencia de puntos ciegos en las instalaciones, pudiese propiciar la ocurrencia de tratos crueles, inhumanos o degradantes a adolescentes y jóvenes. *[Fuente: Informe de Visita al Centro de Justicia Juvenil IP-IRC Copiapó, y al Centro de Libertad Asistida Especial con Internación Parcial (LAE–IP), región de Copiapó; Informe de Visita al Centro de cumplimiento en Internación Provisoria (IP) e Internación en Régimen Cerrado (IRC), de Punta Arenas, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

33. Se insta, a corto plazo y de manera prioritaria, a utilizar elementos disuasivos —gas— de manera ajustada a lo señalado en la Circular N° 265 del 6 de julio de 2017, siendo esto siempre con fines de disuasión y no de intimidación, por lo que en ningún momento este puede ser utilizado en el rostro de las/os adolescentes. Además, se debería tener especial cuidado con aquellas/os adolescentes y jóvenes que tienen enfermedades broncopulmonares. *[Fuente: Informe de Visita al Centro de Justicia Juvenil IP-IRC Copiapó, y al Centro de Libertad Asistida Especial con Internación Parcial (LAE–IP), región de Copiapó]*

34. Se insta, a corto plazo y de manera prioritaria, a supervisar que se lleve a cabo lo dispuesto en la resolución 8301/2025 "Aprueba disposiciones para la revisión de vestimentas de adolescentes y jóvenes privados/as de libertad en centros de Internación Provisoria y de Régimen Cerrado del Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil y Secciones Juveniles de Gendarmería de Chile", toda vez que se realizarían revisiones corporales con el desprendimiento total de sus vestimentas, lo cual expondría a los referidos a situaciones de vulneración de derechos especialmente en la esfera de su sexualidad. *[Fuente: Informe de Visita al Centro de Justicia Juvenil IP-IRC Copiapó, y al Centro de Libertad Asistida Especial con Internación Parcial (LAE–IP), región de Copiapó]*

35. Se recomienda, a mediano plazo y de forma prioritaria, ofrecer un plan de capacitación continua y obligatoria al personal que ejerce en los IP-IRC del país, en materias de psicología del desarrollo, criminología del desarrollo, derechos humanos de niñas, niños y adolescentes, entre otras, incluyendo normativa nacional y estándares internacionales. *[Fuente: Informe de Visita al Centro de Justicia Juvenil IP-IRC Copiapó, y al Centro de Libertad Asistida Especial con Internación Parcial (LAE–IP), región de Copiapó; Informe de Visita al Centro de cumplimiento en Internación Provisoria (IP) e Internación en Régimen Cerrado (IRC), de Punta Arenas, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

36. Se recomienda, a mediano plazo, diseñar una política de cuidado de equipo dirigida al personal de Gendarmería de Chile, a fin de prevenir situaciones de desgaste laboral y reducir la posibilidad de ocurrencia de malos tratos, tratos crueles, inhumanos o degradantes, y/o tortura. *[Fuente: Informe de Visita al Centro de Justicia Juvenil IP-IRC Copiapó, y al Centro de Libertad Asistida Especial con Internación Parcial (LAE–IP), región de Copiapó; Informe de Visita al Centro de cumplimiento en Internación Provisoria (IP) e Internación en Régimen Cerrado (IRC), de Punta Arenas, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

Personas privadas de libertad en recintos penitenciarios

37. En lo inmediato, se sugiere mejorar los registros administrativos y de salud, que permitan asegurar una documentación adecuada, trazable y oportuna sobre fallecimientos ocurridos bajo custodia de Gendarmería de Chile, con el fin de permitir una supervisión efectiva y la rendición de cuentas institucional *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

38. Se considera conveniente revisar, mediante instructivo operativo, la aplicación de la sanción de privación total de visitas, de modo de favorecer criterios de proporcionalidad y gradualidad, e introducir medidas alternativas que atenúen su impacto en el vínculo familiar. *[Fuente: Informe de visita Centro de Cumplimiento Penitenciario de Coyhaique Centro de Detención Preventiva de Puerto Aysén]*

39. Se estima conveniente formalizar, mediante un protocolo institucional, la recepción, tramitación, seguimiento y respuesta a las quejas y denuncias de malos tratos, incorporando previsiones sobre confidencialidad, resguardo frente a represalias y remisión al Ministerio Público cuando corresponda. *[Fuente: Informe de visita Centro de Cumplimiento Penitenciario de Coyhaique Centro de Detención Preventiva de Puerto Aysén]*

40. Se estima oportuno revisar, en coordinación con la Escuela de Formación Penitenciaria, los contenidos presenciales de la formación inicial y continua sobre prohibición de la tortura, uso de la fuerza, salud mental, enfoque de género, trato a personas con discapacidad y gestión de crisis. *[Fuente: Informe de visita Centro de Cumplimiento Penitenciario de Coyhaique Centro de Detención Preventiva de Puerto Aysén]*

41. Se estima recomendable revisar los protocolos sobre procedimientos y requisas corporales, de modo de evitar prácticas de desnudamiento grupal, favorecer la individualización y privacidad en los registros corporales, asegurar la presencia de personal del mismo sexo y consolidar el registro audiovisual como resguardo tanto del personal como de las personas privadas de libertad. *[Fuente: Informe de visita Centro de Cumplimiento Penitenciario de Coyhaique Centro de Detención Preventiva de Puerto Aysén]*

Mujeres gestantes y/o con hijas/os lactantes privadas de libertad

42. A mediano plazo, se insta a elaborar, aprobar e implementar lineamientos técnicos específicos para la intervención del Programa Creciendo Juntos en secciones materno-infantiles del sistema penitenciario, asegurando un enfoque integral que incluya acompañamiento en crianza, fortalecimiento del vínculo temprano, estimulación inicial, preparación para el egreso y coordinación con la red externa. Estos lineamientos deberán ser formalmente aprobados mediante acto administrativo, difundidos a nivel nacional, regional y local, e incorporados de manera obligatoria en la planificación e implementación de la intervención. Su cumplimiento deberá acreditarse mediante el documento aprobado, registros de difusión y evidencia de su aplicación efectiva en las secciones materno-infantiles. *[Fuente: Informe de Visita a la Sección Materno Infantil del Centro de Cumplimiento Penitenciario de Copiapó]*

43. A mediano plazo, se insta a generar, aprobar e implementar un protocolo de actuación de alcance nacional que asegure el acceso oportuno y continuo a atención psicológica y, cuando corresponda, a derivación psiquiátrica para mujeres gestantes y personas privadas de libertad con hijos o hijas lactantes que presenten o soliciten apoyo en salud mental. Dicho protocolo deberá establecer mecanismos de derivación claros, activos y estandarizados desde los equipos de salud penitenciaria y áreas técnicas hacia la red de salud especializada, asegurando su aplicación homogénea en todos los establecimientos del país. *[Fuente: Informe de Visita a la Sección Materno Infantil del Centro de Cumplimiento Penitenciario de Copiapó]*

44. A mediano plazo, se recomienda diseñar e implementar un plan institucional de difusión y capacitación de la Resolución Exenta N° 1426 que regula las secciones materno infantiles, incorporando los estándares internacionales de derechos humanos aplicables al tratamiento de personas gestantes, lactantes y cuidadoras principales privadas de libertad, asegurando su alcance a todas las unidades penales del país. *[Fuente: Informe de Visita a la Sección Materno Infantil del Centro de Cumplimiento Penitenciario de Copiapó; Informe de Visita Sección Materno Infantil CCP de Coyhaique]*

45. Instaurar un plan de formación permanente dirigido al personal de trato directo de la población femenina sobre enfoque de derechos humanos, enfoque diferenciado, salud perinatal y vinculación temprana. *[Fuente: Informe de Visita Sección Materno Infantil CCP de Coyhaique]*

46. Regular e instruir la implementación de un sistema de visitas extraordinarias en dependencias especialmente habilitadas en todos los establecimientos penitenciarios femeninos del país, dirigido a mujeres con hijas/os menores de 18 años que se encuentren en el exterior. *[Fuente: Informe de Visita Sección Materno Infantil CCP de Coyhaique]*

47. Implementar un plan de capacitación y formación continua sobre salud física y mental perinatal para el personal de salud contratado que se desempeñe en recintos penitenciarios femeninos con población gestante. *[Fuente: Informe de Visita Sección Materno Infantil CCP de Coyhaique]*

Personas con discapacidad psicosocial o necesidades de atención en salud mental privadas de libertad

48. En lo inmediato, el Comité considera necesario adoptar medidas orientadas a reducir los factores de riesgo observados en materia de habitabilidad, higiene, ventilación, iluminación, descanso, alimentación, contacto con el exterior y protección frente a violencia entre pares, particularmente respecto de personas con necesidades complejas de atención en salud mental. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

49. En lo inmediato, el Comité estima imprescindible revisar las prácticas de vigilancia informal entre personas privadas de libertad y asegurar que la observación de situaciones de riesgo, incluidas aquellas vinculadas a autoagresión o riesgo suicida, sea asumida directamente por el Estado mediante mecanismos formales y personal suficiente. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

50. En lo inmediato, el Comité plantea la conveniencia de revisar los mecanismos de comunicación con el exterior, especialmente en lo relativo a acceso a teléfonos, visitas y encomiendas, a fin de evitar restricciones desproporcionadas que profundicen el aislamiento y debiliten redes de apoyo relevantes para la estabilidad de esta población. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

51. En el mediano plazo, el Comité estima necesario fortalecer la formación del personal penitenciario y de trato directo en reconocimiento de señales de riesgo, desescalamiento, prevención del suicidio, trato no discriminatorio, activación oportuna de derivación clínica y coordinación con equipos de salud. Esta formación no debe orientarse a sustituir funciones clínicas ni a generar experticia especializada en salud mental, sino a reforzar competencias básicas de resguardo compatibles con la función de custodia. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

52. En el mediano plazo, el Comité estima pertinente fortalecer la trazabilidad de las medidas de contención y de cualquier otra restricción relevante, asegurando registro suficiente, fundamento, duración, supervisión y revisión posterior, conforme al marco normativo vigente. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

53. En el mediano plazo, el Comité sugiere revisar las prácticas de aislamiento formal e informal, así como toda forma de segregación o traslado con finalidad disciplinaria respecto de personas con afectaciones de salud mental, para evitar que se utilicen como respuesta de manejo frente a crisis o conductas disruptivas. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

54. Se considera pertinente emitir una orientación institucional que precise el carácter excepcional del aislamiento como medida primaria de contención ante crisis de salud mental, y que reitere el estándar de derivación preferente a la red asistencial. *[Fuente: Informe de visita Centro de Cumplimiento Penitenciario de Coyhaique Centro de Detención Preventiva de Puerto Aysén]*

Personas indígenas privadas de libertad

55. Se insta, en el corto plazo, a considerar entre los criterios de priorización de ingreso a los CET la mantención de vínculos familiares, comunitarios y territoriales de los postulantes, con especial atención en la población perteneciente a pueblos indígenas. *[Fuente: Informe de Seguimiento Misión de Observación La Araucanía]*

56. En el mediano plazo, diseñar e implementar mecanismos confidenciales, accesibles y seguros para la recepción, gestión y seguimiento de denuncias en los Centros de Educación y Trabajo (CET) del país. Estos deben considerar (i) barreras lingüísticas y culturales que puedan afectar a personas pertenecientes a pueblos indígenas y a otros grupos culturalmente diversos, (ii) protocolos específicos sobre situaciones de acoso, violencia y abuso sexual, con particular atención en grupos de especial protección, como mujeres, personas de la diversidad sexogenérica y otros grupos, (iii) medidas formales de protección contra represalias y (iv) protocolos de resguardo, derivación y seguimiento de denuncias. *[Fuente: Informe de Seguimiento Misión de Observación La Araucanía]*

57. Se recomienda, en el mediano plazo, diseñar un plan nacional de fortalecimiento y optimización del uso de los Centros de Educación y Trabajo (CET), que, mediante su implementación, permita su consolidación como alternativa preferente de cumplimiento penitenciario para personas que cumplan los requisitos normativos. Dicho plan deberá contemplar: (i) un diagnóstico nacional actualizado sobre la capacidad disponible, niveles de ocupación y barreras de acceso a los CET; (ii) metas progresivas de aumento de utilización de cupos; y (iii) criterios objetivos y transparentes de derivación y postulación. *[Fuente: Informe de Seguimiento Misión de Observación La Araucanía]*

58. Se insta, en el mediano plazo, a incorporar variables e indicadores interculturales en el modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad (RNR) y el Inventario para la Gestión Caso/Intervención (IGI), que permitan considerar las trayectorias socioculturales, vínculos comunitarios, prácticas culturales y contextos territoriales de las personas pertenecientes a pueblos indígenas privadas de libertad. Se recomienda que el proceso de adaptación de los instrumentos contemple capacitación obligatoria para el personal técnico y profesional encargado de su aplicación, así como mecanismos de monitoreo y evaluación periódica sobre su implementación y resultados. *[Fuente: Informe de Seguimiento Misión de Observación La Araucanía]*

59. Se insta a que, en el mediano plazo, se dicten lineamientos nacionales para implementar el enfoque intercultural en los programas de reinserción social de los Centros de Educación y Trabajo (CET) y unidades penales del país. Para ello, se sugiere: (i) establecer mecanismos formales y periódicos de participación de las comunidades y organismos de la sociedad civil, con el objeto de superar modelos de reinserción centrados exclusivamente en la autogestión individual. *[Fuente: Informe de Seguimiento Misión de Observación La Araucanía]*

60. Se recomienda, en el mediano plazo, fortalecer el programa de formación y capacitación para el personal de trato directo de los establecimientos penitenciarios del país, con un enfoque práctico en derechos humanos, interculturalidad, género e interseccionalidad, orientado especialmente a la atención y acompañamiento de personas pertenecientes a grupos de especial protección, que sea obligatorio, permanente y evaluable. *[Fuente: Informe de Seguimiento Misión de Observación La Araucanía]*

Ministerio Secretaría General de la Presidencia

Personas indígenas

61. Se recomienda, en el mediano y largo plazo, evaluar los impactos que conlleva para las comunidades indígenas el mantener puntos fijos de resguardo y vigilancia policial como una medida extendida en el tiempo. *[Fuente: Informe de Seguimiento Misión de Observación La Araucanía]*

Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Niñas, niños y adolescentes en residencias de protección

62. Se insta, a mediano plazo, a generar espacios residenciales de tránsito y acompañamiento, para adolescentes que egresan de residencias de protección debido al cumplimiento de su mayoría de edad. Esto a fin de acompañar y apoyar los procesos de egreso y preparación para la vida independiente, entendiendo que es una etapa del ciclo vital donde las personas aún se encuentran en desarrollo. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Magallanes, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (SPE)

Niñas, niños y adolescentes en residencias de protección

63. Se insta, a corto plazo, a favorecer el trabajo de modalidades alternativas tales como familias de acogida (FAE), de manera de orientar el egreso de lactantes, niñas y niños, adolescentes y jóvenes a oferta no institucionalizada, en el caso en que no cuenten con proyección de egreso con familia de origen. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia de Protección para la Primera Infancia (lactantes y preescolares) (RLP-PER) Natividad, Región de Arica y Parinacota; Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota]*

64. Se insta, de manera prioritaria, a evaluar la utilización de apoyo de Carabineros de Chile ante desregulaciones en residencias de lactantes y preescolares, debido a que su presencia puede ser un factor de riesgo y estresor para el aumento y la escalada de desregulaciones *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia de Protección para la Primera Infancia (lactantes y preescolares) (RLP-PER) Natividad, Región de Arica y Parinacota]*

65. Se recomienda, a mediano plazo, actualizar las orientaciones técnicas del modelo RMA, en coherencia con el enfoque de derechos, mediante una intervención que considere a adolescentes y niñas/os como sujetos de derecho independientes y la aplicación transversal de una perspectiva de género y niñez, entre otros. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia de protección para madres adolescentes (RMA) Nuestra señora de la visitación. San Felipe, Región de Valparaíso]*

66. Se recomienda, a mediano plazo, evaluar la instalación de un proyecto de RMA en la zona norte del país, a efectos de reducir el problema asociado al desarraigo de adolescentes y sus hijas/os que necesitan ser atendidas/os bajo este modelo especializado. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia de protección para madres adolescentes (RMA) Nuestra señora de la visitación. San Felipe, Región de Valparaíso]*

67. Se recomienda, a mediano plazo, elaborar una propuesta que permita asimilar las condiciones laborales del personal que forma parte de los proyectos ejecutados por organismos colaboradores acreditados a las condiciones de los programas de administración directa del Servicio. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia de protección para madres adolescentes (RMA) Nuestra señora de la visitación. San Felipe, Región de Valparaíso]*

68. Se recomienda, a largo plazo, reevaluar el monto de subvenciones a los proyectos residenciales, en base a contextos locales y regionales, de manera de aumentar montos e ingresos según requerimientos acordes al contexto, capacidad de organismos colaboradores, oferta local de la misma modalidad y otras con las que se cuenta para el trabajo, entre otras variables, de manera de asegurar la intervención oportuna y acorde a las necesidades de niñas según su etapa de desarrollo. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia de protección para madres adolescentes (RMA) Nuestra señora de la visitación. San Felipe, Región de Valparaíso]*

Ministerio de Educación

Niñas, niños y adolescentes en residencias de protección

69. Se insta, a mediano plazo, a favorecer espacios educacionales que favorezcan la adherencia y no discriminación de adolescentes institucionalizados. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Magallanes, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos

Personas privadas de libertad en recintos penitenciarios

Mujeres gestantes y/o con hijas/os lactantes privadas de libertad

70. Avanzar en medidas concretas para la aprobación definitiva del proyecto de ley del Boletín N° 11.073-97, el cual modifica el Código Procesal Penal en materia de procedencia de la prisión preventiva y suspensión de la ejecución de la sentencia para mujeres embarazadas o con hijas/os menores de tres años. *[Fuente: Informe de Visita Sección Materno Infantil CCP de Coyhaique]*

Personas con discapacidad psicosocial o necesidades de atención en salud mental privadas de libertad

71. En lo inmediato, el Comité estima indispensable reforzar la coordinación interinstitucional con los organismos competentes en salud, justicia, seguridad y sistema penitenciario, con especial atención a los casos de personas sujetas a internación provisional o medida de seguridad que permanecen en recintos penitenciarios. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

72. En el mediano plazo, el Comité considera necesario establecer un sistema nacional de seguimiento de casos que permita identificar y monitorear la permanencia de personas sujetas a internación provisional o medida de seguridad en recintos penitenciarios, con el objeto de prevenir la prolongación indebida de estas situaciones y fortalecer la rendición de cuentas institucional. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

73. En el mediano plazo, el Comité propone consolidar una instancia permanente de coordinación intersectorial, con participación al menos del Ministerio de Salud, Gendarmería de Chile, Poder Judicial, Ministerio Público, Defensoría Penal Pública y Servicios de Salud competentes, orientada a resolver nudos críticos en materia de internación, peritajes, traslados, egresos y continuidad de cuidados. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

74. En el largo plazo, el Comité estima pertinente impulsar una política nacional de salud mental forense, con gobernanza clara, financiamiento suficiente y delimitación precisa de responsabilidades institucionales respecto de personas con discapacidad psicosocial o con necesidades complejas de atención en salud mental en conflicto con la ley penal. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

Personas indígenas privadas de libertad

75. En el corto plazo, culminar con el proceso de consulta indígena relativo al Reglamento de Establecimientos Penitenciarios y avanzar en su tramitación de modo de contar con una normativa interna de aplicación nacional que establezca estándares mínimos obligatorios de enfoque y pertinencia intercultural en la etapa de ejecución de la pena, incluyendo criterios específicos relativos al acceso a prácticas culturales y espirituales, vinculación con comunidades y autoridades tradicionales, alimentación pertinente, uso de lengua indígena, atención de salud con pertinencia cultural y mecanismos de participación colectiva para personas indígenas privadas de libertad. *[Fuente: Informe de Seguimiento Misión de Observación La Araucanía]*

Defensoría Penal Pública

Personas privadas de libertad en recintos penitenciarios

Personas con discapacidad psicosocial o necesidades de atención en salud mental privadas de libertad

76. En lo inmediato, el Comité estima pertinente promover apoyos para la participación informada de la persona defendida, especialmente cuando existan dificultades de comprensión, medicación intensa, desorientación o ausencia de redes de apoyo. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

77. En lo inmediato, el Comité recomienda fortalecer la defensa especializada de personas sujetas a internación provisional o medidas de seguridad, asegurando contacto regular, explicación comprensible del estado de la causa, seguimiento activo de plazos y solicitud oportuna de derivación a establecimientos de salud cuando corresponda. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

78. En el mediano plazo, se sugiere implementar un sistema de alerta temprana y seguimiento prioritario para casos de internación provisional, especialmente en recintos penitenciarios críticos, a fin de prevenir la prolongación de privaciones de libertad arbitrarias y la exposición a situaciones de riesgo, priorizando recintos con alta concentración de casos como el CDP Santiago 1. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

79. En el mediano plazo, el Comité sugiere consolidar una aplicación homogénea del Manual de actuaciones mínimas, incluyendo derivación temprana a defensoría especializada, visitas periódicas y monitoreo reforzado de casos en que existan barreras de comprensión, comunicación o participación procesal. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

80. En el mediano plazo, el Comité considera necesario fortalecer los mecanismos de seguimiento del protocolo de colaboración con Gendarmería, de modo que la coordinación interinstitucional no dependa exclusivamente de arreglos informales o capacidades personales. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

Servicio de Registro Civil e Identificación

Niñas, niños y adolescentes en residencias de protección

81. Se insta, a corto plazo, a establecer estrategias de priorización de búsqueda de familia extensa en lactantes y preescolares, especialmente en el caso de lactantes, niñas y niños extranjeros, permitiendo esto la instalación de un proceso de reunificación familiar y el futuro egreso exitoso. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia de Protección para la Primera Infancia (lactantes y preescolares) (RLP-PER) Natividad, Región de Arica y Parinacota]*

Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil

Jóvenes y adolescentes privados de libertad en centros de justicia juvenil

82. Se insta, a corto plazo, a fortalecer, a través de recursos, apoyo logístico para resolver la incorporación de cámaras en espacios comunes al interior de las casas. *[Fuente: Informe de Visita al Centro de Justicia Juvenil IP-IRC Copiapó, y al Centro de Libertad Asistida Especial con Internación Parcial (LAE–IP), región de Copiapó]*

83. Se insta, a corto plazo, a realizar acciones que garanticen que la medida de separación de grupo sea utilizada bajo estricto cumplimiento del reglamento de la Ley N° 20.084. Es decir, de forma restringida a los casos en que exista seria amenaza a la seguridad de los adolescentes, con una duración máxima de siete días, y asegurando la oferta de actividades diarias, toda vez que se encuentra prohibida la práctica del aislamiento. Esta medida ya que estaría siendo utilizada por más tiempo del establecido debido a la necesidad de resguardar la seguridad del adolescente/joven, no obstante, no se estaría trabajando adecuadamente en la resolución de conflictos y en su reintegración al grupo de pares. *[Fuente: Informe de Visita al Centro de cumplimiento en Internación Provisoria (IP) e Internación en Régimen Cerrado (IRC), de Punta Arenas, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

84. Se insta, a mediano plazo, a establecer mejoras en la forma de supervisión del uso adecuado de buzones de opinión y sugerencias de manera mensual por el Servicio, resguardando el desarrollo de todos los procedimientos correspondientes y las condiciones para garantizar el derecho de adolescentes y jóvenes a ser oídos. *[Fuente: Informe de Visita al Centro de cumplimiento en Internación Provisoria (IP) e Internación en Régimen Cerrado (IRC), de Punta Arenas, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

85. Se recomienda, a mediano plazo y de forma prioritaria, diseñar una política de cuidado de equipo dirigida al personal que se desempeña en los centros privativos de libertad, a fin de evitar el desgaste profesional y reducir así la posibilidad de ocurrencia de malos tratos, tratos crueles, inhumanos o degradantes, y/o tortura. *[Fuente: Informe de Visita al Centro de cumplimiento en Internación Provisoria (IP) e Internación en Régimen Cerrado (IRC), de Punta Arenas, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

Ministerio de Salud

Niñas, niños y adolescentes en residencias de protección

86. Se insta, a corto plazo, a realizar capacitaciones a las/os funcionarias/os de los servicios de salud secundaria y terciaria sobre la Ley de Garantías, sus alcances y la especial protección que tiene esta población que se encuentra bajo el cuidado del Estado, lo cual se traduce en la priorización de atención en salud física y mental de esta población. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota; Informe de Visita a la Residencia de Protección para la Primera Infancia (lactantes y preescolares) (RLP-PER) Natividad, Región de Arica y Parinacota]*

87. Se insta, a mediano plazo, a establecer una oferta especializada asociada a adolescentes con patología dual, correspondiente a unidades de mediana estadía en psiquiatría, a fin de generar un espacio adecuado y especializado para el tratamiento de estas patologías, esto con el fin de procurar a los más altos estándares establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 24, párrafo 1 "Los Estados Parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud" (1990). Además, es relevante que en dichos espacios el personal fomente su adherencia y continuidad de tratamiento. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota; Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Magallanes, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

Personas residentes en establecimientos de salud mental

88. Se insta a la Subsecretaría de Salud Pública y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en el mediano plazo, a elaborar un plan de desinstitucionalización para las personas que se encuentran en servicios de larga estadía, con el propósito de resguardar el derecho a la vida independiente y la inclusión en la comunidad, en coordinación con los centros de atención de salud mental de sus lugares de origen. *[Fuente: Informe de visita Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete]*

Personas privadas de libertad en recintos penitenciarios

Personas con discapacidad psicosocial o necesidades de atención en salud mental privadas de libertad

89. En lo inmediato, el Comité estima necesario reforzar los mecanismos de continuidad de tratamiento, acceso oportuno a evaluación psiquiátrica especializada y derivación prioritaria de personas que presentan descompensaciones severas o necesidades complejas de atención. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

90. En lo inmediato, el Comité plantea la conveniencia de evaluar la habilitación de un dispositivo transitorio de salud mental forense en la Región Metropolitana de Santiago, destinado a personas sujetas a internación provisional o a medidas de seguridad por motivos de salud mental, con el fin de reducir su permanencia en recintos penitenciarios no diseñados para dicha finalidad. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

91. En el mediano plazo, el Comité considera pertinente avanzar en un plan extraordinario de ampliación de cupos de internación psiquiátrica forense, incluyendo camas de corta y mediana estadía destinadas al cumplimiento de órdenes judiciales de internación, con especial atención a la Región Metropolitana de Santiago. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

92. En el mediano plazo, el Comité sugiere fortalecer la capacidad operativa de los dispositivos periciales y asistenciales competentes, a fin de reducir los tiempos de espera para evaluaciones psiquiátricas forenses, derivaciones y hospitalizaciones especializadas. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

93. En el mediano plazo, el Comité estima conveniente establecer mecanismos formales y trazables para la circulación oportuna de antecedentes clínicos entre la red de salud, los establecimientos penitenciarios y los órganos del sistema de justicia, resguardando la confidencialidad conforme a la ley y favoreciendo la continuidad de cuidados. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

94. En el largo plazo, el Comité alienta el fortalecimiento de la red comunitaria de salud mental como componente de desinstitucionalización, incorporando de manera explícita la atención de personas con antecedentes en el sistema de justicia penal o en proceso de egreso de internaciones o medidas de seguridad. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

Poder Judicial

Niñas, niños y adolescentes en residencias de protección

95. Se recomienda, a mediano plazo, a instruir a los tribunales de familia del país la realización de una evaluación integral de las causas de protección de niñas, niños y adolescentes bajo cuidado alternativo residencial, considerando la realidad de los proyectos y territorios donde estos se ubican, de modo de garantizar el acceso a las prestaciones que sean requeridas. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia de protección para madres adolescentes (RMA) Nuestra señora de la visitación. San Felipe, Región de Valparaíso]*

Personas privadas de libertad en recintos penitenciarios

Mujeres gestantes y/o con hijas/os lactantes privadas de libertad

96. Promover que los tribunales con competencia penal y en ejecución de la pena incorporen de manera efectiva la perspectiva de género y un enfoque interseccional en su razonamiento jurídico, ponderando el interés superior de la niña o niño por nacer o en etapa de lactancia en casos de mujeres privadas de libertad. *[Fuente: Informe de Visita Sección Materno Infantil CCP de Coyhaique]*

97. Valorar de manera prioritaria la aplicación de medidas alternativas a la prisión al momento de evaluar medidas privativas de libertad para mujeres embarazadas y lactantes por delitos no violentos o de menor gravedad, revisando periódicamente la sustitución de cautelares. *[Fuente: Informe de Visita Sección Materno Infantil CCP de Coyhaique]*

Personas con discapacidad psicosocial o necesidades de atención en salud mental privadas de libertad

98. En lo inmediato, el Comité propone priorizar la tramitación de audiencias, revisiones y decisiones vinculadas a internaciones, peritajes y egresos, a fin de evitar que la privación de libertad o la internación se prolonguen por inercia procesal o por déficit de coordinación interinstitucional. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

99. En lo inmediato, el Comité estima necesario reforzar el control judicial estricto sobre la internación provisional y las medidas de seguridad, verificando de manera periódica que su cumplimiento no se realice en recintos penitenciarios no adecuados para esa finalidad. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

100. En el mediano plazo, el Comité considera pertinente profundizar la aplicación sistemática de ajustes razonables y apoyos para la participación efectiva, asegurando lenguaje comprensible, tiempos adecuados y condiciones que permitan a la persona comprender e incidir en decisiones relevantes sobre su situación jurídica. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

101. En el mediano plazo, el Comité sugiere requerir información actualizada y suficiente sobre estado clínico, disponibilidad de cupos y justificación de permanencias en recintos penitenciarios, de modo que la revisión judicial opere como una salvaguarda efectiva y no meramente formal. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

Tribunales de Familia

Niñas, niños y adolescentes en residencias de protección

102. Se insta, a corto plazo, a usar la institucionalización como medida de protección de última ratio, cumpliendo los requisitos de ingreso, que incluyen la existencia de una vulneración grave y no de factores de pobreza u otros. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Magallanes, Región de Magallanes y la Antártica Chilena; Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota; Informe de Visita a la Residencia de Protección para la Primera Infancia (lactantes y preescolares) (RLP-PER) Natividad, Región de Arica y Parinacota]*

103. Se insta, a corto plazo, a no cerrar las causas en el ámbito de protección cuando un adolescente se encuentre en simultaneidad, debido a presentar causas tanto en el ámbito proteccional como de justicia juvenil asociadas a la Ley N° 20.084f de Responsabilidad Penal Adolescente. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Alonso Sánchez, Región de Arica y Parinacota; Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Magallanes, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

104. Se insta, a corto plazo, a que los ingresos de lactantes, niñas, niños y adolescentes a las residencias se realicen siempre como última ratio y por medio de una resolución como medio formal, siendo de forma excepcional la utilización de vías secundarias de derivación como serían los llamados telefónicos; y, en caso de ser de este modo, que se formalice por escrito en el menor tiempo posible. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia de Protección para la Primera Infancia (lactantes y preescolares) (RLP-PER) Natividad, Región de Arica y Parinacota; Informe de Visita a la Residencia de Protección de Vida Familiar para Adolescencia Temprana Punta Arenas, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

105. Se insta, en el corto plazo, a establecer estrategias periódicas para darle celeridad a las causas de protección que involucren a lactantes y preescolares, a fin de evaluarlas y realizar acciones que permitan una disminución en los tiempos de permanencia, y con ello restituir su derecho a vivir en familia. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia de Protección para la Primera Infancia (lactantes y preescolares) (RLP-PER) Natividad, Región de Arica y Parinacota]*

Ministerio Público

Niñas, niños y adolescentes en residencias de protección

106. Se insta, a corto plazo, a dar prioridad a las causas en que niñas, niños y adolescentes se encuentren en calidad de víctimas, especialmente las relacionadas con delitos en la esfera de la sexualidad como es la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes (ESNNA), a fin de interrumpir prontamente dichas dinámicas. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Magallanes, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

107. A mediano plazo, evaluar alternativas diferentes al ingreso de adolescentes a residencias de protección con el objetivo de cumplir sanciones, toda vez que el perfil de funcionarios no mantiene expertis en dicha materia. Se considera relevante evaluar la necesidad de oferta especializada. *[Fuente: Informe de Visita a la Residencia Familiar para Adolescentes Magallanes, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

Jóvenes y adolescentes privados de libertad en centros de justicia juvenil

108. Se insta, a corto plazo, a solicitar la medida de "internación provisoria" como última ratio, a la vez de priorizar procesos investigativos de manera que no se extiendan los plazos de esta medida, siguiendo las directrices de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989, art. 37, letra b) y el principio general de intervención mínima del derecho penal, debido al impacto que genera estar en dicho régimen en la etapa del ciclo vital de la adolescencia, donde la persona aún se encuentra en el desarrollo y consolidación de las diferentes esferas de su vida. Esto ya que se conoció el caso de jóvenes que se encontraban por un periodo mayor a ocho meses en esta modalidad procesal. *[Fuente: Informe de Visita al Centro de Justicia Juvenil IP-IRC Copiapó, y al Centro de Libertad Asistida Especial con Internación Parcial (LAE–IP), región de Copiapó; Informe de Visita al Centro de cumplimiento en Internación Provisoria (IP) e Internación en Régimen Cerrado (IRC), de Punta Arenas, Región de Magallanes y la Antártica Chilena]*

Personas privadas de libertad en recintos penitenciarios

Personas con discapacidad psicosocial o necesidades de atención en salud mental privadas de libertad

109. En lo inmediato, el Comité estima conveniente reforzar la coordinación con tribunales, defensa y red de salud cuando se adviertan necesidades urgentes de evaluación, derivación o resguardo, evitando que la investigación penal contribuya por omisión a la prolongación de condiciones de custodia incompatibles con la situación de la persona. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

110. En el mediano plazo, el Comité recomienda fortalecer la aplicación efectiva de las orientaciones institucionales destinadas a facilitar la participación de personas con discapacidad psicosocial o con afectaciones de salud mental en investigaciones penales, incluyendo adecuación de tiempos, prevención de prejuicios y activación de apoyos apropiados. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

111. En el mediano plazo, el Comité considera oportuno implementar mecanismos de registro y monitoreo de casos en que personas sujetas a internación provisional o medida de seguridad permanezcan en recintos penitenciarios, con el objeto de identificar, seguir y contribuir a revertir esa práctica. *[Fuente: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios]*

Anexo 7:
Siglas y acrónimos

A

ACNUR: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

APS: Atención Primaria de Salud

APT: Asociación para la Prevención de la Tortura

B

BCN: Biblioteca del Congreso Nacional

BICRIM: Brigada de Investigación Criminal de la Policía de Investigaciones de Chile

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

C

CADH: Convención Americana sobre Derechos Humanos

CAIS: Centro de Apoyo para la Integración Social

CAT: 1) Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; 2) Centro de Atención Transitoria (Colchane)

CCP: Centro de Cumplimiento Penitenciario

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño

CDP: Centro de Detención Preventiva

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL

CEP: Centro de Estudios Públicos

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CET: Centro de Educación y Trabajo

CGR: Contraloría General de la República

CICR: Comité Internacional de la Cruz Roja

CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª versión

CIP: Centro de Internación Provisoria

CNPT: Comité Nacional para la Prevención de la Tortura (Argentina)

CONAPPREM: Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales

CONAPREV: Comité Nacional de Prevención contra la Tortura, Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes (Honduras)

COP: Control de Orden Público de Carabineros de Chile

Corte IDH: Corte Interamericana de Derechos Humanos

COSAM: Centro Comunitario de Salud Mental

COVID-19: Enfermedad por coronavirus 2019

CP: Complejo Penitenciario

CPF: Centro Penitenciario Femenino

CPP: Código Procesal Penal

CPT o Comité: Comité de Prevención contra la Tortura

CRC: Centro de Régimen Cerrado

CREAD: Centro de Reparación Especializada de Administración Directa

CRS: 1) Centro de Reinserción Social; 2) Centro de Referencia de Salud

CUDYR: Categorización de Usuarios según Dependencia y Riesgo

CVT: Condominio de Viviendas Tuteladas

D

DDN: Defensoría de los Derechos de la Niñez

DEIT: Dispositivo eléctrico de inmovilización temporal

DFL: Decreto con Fuerza de Ley

DHR: Defensoría de los Habitantes de la República (Costa Rica)

DIRECTEMAR: Dirección General del Territorio Marítimo y de Marina Mercante

DIRSOMAR: Dirección de Seguridad y Operaciones Marítimas

E

ELEAM: Establecimiento de Larga Estadía para el Adulto Mayor

ENUSC: Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana

ESFOCAR: Escuela de Formación de Carabineros

ESFORPEN: Escuela de Formación Penitenciaria

ESNNA: Explotación sexual de niñas, niños y adolescentes

F

FAE: Familia de Acogida Especializada

FFAA: Fuerzas Armadas

FN: Fiscalía Nacional

FONASA: Fondo Nacional de Salud

FSE: Fondo Subsidio ELEAM

G

GENCHI: Gendarmería de Chile

I

IGI: Inventario de Gestión de Caso

IND: Instituto Nacional de Deportes

INDDHH: Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (Uruguay)

INDH: Instituto Nacional de Derechos Humanos (Chile)

INE: Instituto Nacional de Estadísticas

IP: Internación provisoria

IPA: Identificador Provisorio del Apoderado

IPE: Identificador Provisorio Escolar

IRC: Internación en régimen cerrado

L

LGBTI: Lesbianas, gais, bisexuales, trans e intersex

M

MEDAI: Mesa de Diálogo y Actuación Intersectorial

MIDESO: Ministerio de Desarrollo Social y Familia

MINJUSTICIA: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos

MINSAL: Ministerio de Salud

MNP: Mecanismo Nacional de Prevención

MNPT o Mecanismo: Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes

MOP: Ministerio de Obras Públicas

N

NIP: Número de Identificación Provisorio

NNA: Niñas, niños y adolescentes

O

OCA: Organismo colaborador acreditado

OEA: Organización de los Estados Americanos

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

OIRS: Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPCAT: Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes

OR: Razón de probabilidades (odds ratio)

P

PACAM: Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor

PACI: Patrulla de Atención a Comunidades Indígenas de Carabineros de Chile

PAES: Prueba de Acceso a la Educación Superior

PAI: 1) Plan de Atención Integral; 2) Programa Ambulatorio Intensivo (PAI MP: en medio privativo; PAI-PR: en programa residencial)

PAP: Primeros auxilios psicológicos

PcD: Persona con discapacidad

PDI: Policía de Investigaciones de Chile

PIEC: Proyectil de impacto de energía cinética

PPL: Personas privadas de libertad

PPN: Procuración Penitenciaria de la Nación (Argentina)

PRAPS: Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud

R

R4V: Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela

RAIA: Residencia de Alta Intensidad de Apoyos

Reglas de Mandela: Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos

RELAPRET: Red Latinoamericana para la Prevención de la Tortura

REM-PER: Residencia de Protección para Mayores con Programa de Protección Especializado de Intervención Residencial

REP: Reglamento de Establecimientos Penitenciarios

REPAS: Recinto Especial Penitenciario de Alta Seguridad

RFA: Residencia Familiar para la Adolescencia

RFAT: Residencia de Vida Familiar para la Adolescencia Temprana

RLP: Residencia de Protección para Lactantes y Preescolares con Programa

RMA: Residencia de Protección para Madres Adolescentes con Programa

RNR: Modelo de Riesgo, Necesidad y Responsividad

RUN: Rol Único Nacional

RVA: Residencia de Vida Familiar para Adolescentes

S

SAG: Servicio Agrícola y Ganadero

SEGPRES: Ministerio Secretaría General de la Presidencia

SENADIS: Servicio Nacional de la Discapacidad

SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor

SENAME: Servicio Nacional de Menores

SENCE: Servicio Nacional de Capacitación y Empleo

SENDA: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol

SEREMI: Secretaria/o Regional Ministerial (cargo) / Secretaría Regional Ministerial (institución)

SERMIG: Servicio Nacional de Migraciones

SERVIU: Servicio de Vivienda y Urbanización

SETA: Servicio de Estabilización y Desintoxicación de Trastornos Adictivos

SIRCAIVI: Sistema de Registro, Comunicación y Atención Integral a Víctimas de Violencia Institucional Carcelaria

SJM: Servicio Jesuita a Migrantes

SMI: Sección Materno Infantil

SNPT: Sistema Nacional de Prevención de la Tortura (Argentina)

SNRSJ: Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil

SPE: Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia

SPT o Subcomité: Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes

SS: Servicio de Salud

T

TEC: Terapia electroconvulsiva

TENS: Técnico en Enfermería de Nivel Superior

U

UC: Pontificia Universidad Católica de Chile

UCAB: Universidad Católica Andrés Bello

UCMS: Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad

UDAC: Unidad de Desintoxicación y Tratamiento para Adolescentes con Trastornos Conductuales Severos

UDP: Universidad Diego Portales

UEAS: Unidad Especial de Alta Seguridad

UEPI: Unidad de Evaluación de Personas Imputadas

UFAC: Unidad Forense de Alta Complejidad

UFMC: Unidad Forense de Mediana Complejidad

UHCE: Unidad Hospitalaria de Corta Estadía

UHCIP: Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos en Psiquiatría

UHLE: Unidad Hospitalaria de Larga Estadía

UHME: Unidad Hospitalaria de Mediana Estadía

UHTIRI: Unidad Hospitalaria de Tratamiento Integral y Rehabilitación Intensiva

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

UPFHI: Unidad de Psiquiatría Forense Hospitalaria Intrapenitenciaria

UPFT: Unidad Psiquiátrica Forense Transitoria

URAVIT: Unidad Regional de Atención a Víctimas y Testigos

USEP: Unidad de Servicios Especiales Penitenciarios

USG: Unidad de Separación de Grupo

V

VIF: Violencia intrafamiliar

Referencias Bibliográficas

Capítulo I

Asociación para la Prevención de la Tortura. (2009). Cuadernillo sobre el monitoreo de lugares de detención. Cuadernillo N° 2. Selección de las personas susceptibles de ser entrevistadas en el contexto del monitoreo preventivo de los lugares de detención.

Asociación para la Prevención de la Tortura y Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2010). El Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas: manual para su implementación.

Asociación para la Prevención de la Tortura y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2014). Realidades de los mecanismos nacionales de prevención de la tortura en América Latina.

Beristain, C. M. (2010). Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos. Instituto Hegoa; Universidad del País Vasco.

Biblioteca del Congreso Nacional. (25 de abril de 2019). Historia de la Ley N° 21.154 que designa al Instituto Nacional de Derechos Humanos como el Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

Comisión de Derechos Humanos, Nacionalidad y Ciudadanía. (29 de mayo de 2017). Designa al Instituto Nacional de Derechos Humanos como el Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Boletín N° 11245-17). Cámara de Diputadas y Diputados.

Comité para la Prevención de la Tortura. (2024). Tercer Informe Anual 2023: Prevención de la tortura y situación de las personas privadas de libertad en Chile. https://mnpt.cl/flipbook

Comité para la Prevención de la Tortura. (2025). Cuarto Informe Anual 2024: Prevención de la tortura y situación de las personas privadas de libertad en Chile. https://mnpt.cl/informe2025/

Congreso Nacional de Chile. (08 de junio de 2007). Ley no. 20.084. Establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal. 07 de diciembre de 2005. https://bcn.cl/2f5e0

Congreso Nacional de Chile. (22 de noviembre de 2016). Ley no. 20.968. Tipifica Delitos de Tortura y de Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes. 22 de noviembre de 2016. https://bcn.cl/2fbiv

Congreso Nacional de Chile. (26 de octubre de 2019). Ley no. 21.154. Designa al Instituto Nacional de Derechos Humanos como el Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. 25 de abril de 2019. https://bcn.cl/2eq0c

Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized. Brunner/Mazel.

Gampel, Yolanda (2002). El dolor de lo social. Psicoanálisis APdeBA (Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires). Volumen: XXIV.

Herman, J. L. (1992). Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence - From Domestic Abuse to Political Terror. Basic Books.

Lira, E. (2010). Trauma, duelo, reparación y memoria. Revista de Estudios Sociales, (36), 14-28.

McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. Journal of Traumatic Stress, 3(1), 131-149.

Organización de las Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (2001). Manual de capacitación para la fiscalización de los derechos humanos. Serie de Capacitación Profesional N° 7. HR/P/PT/7. 1 de enero de 2001.

Organización Mundial de la Salud (2015). Quality Rights: instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/67a98f95-b316-4076-afe7-68a1846eb45c/content

Referencias Bibliográficas

Capítulo II

Niñez y Adolescencia

Congreso Nacional de Chile. (08 de junio de 2007). Ley N° 20.084. Establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal. 07 de diciembre de 2005. https://bcn.cl/2f5e0

Congreso Nacional de Chile. (18 de abril de 2018). Ley N° 21.090. Crea la Subsecretaría de la Niñez, Modifica la Ley N° 20.530, sobre Ministerio de Desarrollo Social, y Modifica Cuerpos Legales que Indica. 18 de abril de 2018. https://bcn.cl/24ll0

Congreso Nacional de Chile. (Entrada en vigencia el 30 de junio de 2018). Ley N° 21.067. Crea la Defensoría de los Derechos de la Niñez. Publicada el 29 de enero de 2018. https://bcn.cl/24usr

Congreso Nacional de Chile. (15 de marzo de 2022). Ley N° 21.430. Sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. 15 de marzo de 2022. https://bcn.cl/2yieq

Congreso Nacional de Chile. (30 de septiembre de 2022). Ley N° 21.302. Crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y Modifica Normas Legales que Indica. 05 de enero de 2021. https://bcn.cl/2n1dz

Congreso Nacional de Chile. (13 de enero de 2026). Ley N° 21.527. Crea el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil e introduce modificaciones a la Ley N° 20.084, sobre Responsabilidad Penal de Adolescentes, y a Otras Normas que Indica. 12 de enero de 2023. https://bcn.cl/3b733

Corte Suprema. (2021). Protocolo para la protección de niñas, niños y adolescentes no acompañados y separados en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional. 13 de diciembre de 2021. https://www.pjud.cl/prensa-y-comunicaciones/docs/download/30475

Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. A/RES/44/25. 20 de noviembre de 1989.

Organización de las Naciones Unidas. Comité de los Derechos del Niño. (2020). Investigación relacionada con Chile en virtud del artículo 13 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones – Informe del Comité. CRC/C/CHL/IR/1. 6 de mayo de 2020.

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2023). El poder de cuidar en cifras: diciembre de 2023. Unidad de Estudios. https://www.servicioproteccion.gob.cl/601/articles-1949_archivo_01.pdf

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2024). El poder de cuidar en cifras: diciembre 2024. Unidad de Estudios. https://www.servicioproteccion.gob.cl/601/articles-2834_archivo_01.pdf

Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2025). El poder de cuidar en cifras: diciembre 2025. Unidad de Estudios. https://www.servicioproteccion.gob.cl/601/articles-4067_archivo_01.pdf

Personas Mayores

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL. (2021, 29 de diciembre). Etapas del proceso de envejecimiento demográfico de los países de América Latina y el Caribe y desafíos respecto del cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo [Enfoques]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://www.cepal.org/es/enfoques/etapas-proceso-envejecimiento-demografico-paises-america-latina-caribe-desafios-respecto

Congreso Nacional de Chile. (22 de noviembre de 2016). Ley no. 20.968. Tipifica Delitos de Tortura y de Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes. 22 de noviembre de 2016. https://bcn.cl/2fbiv

Congreso Nacional de Chile. (06 de junio de 2017). Ley no. 21.013. Tipifica un Nuevo Delito de Maltrato y Aumenta la Protección de Personas en Situación Especial. 06 de junio de 2017. https://bcn.cl/2kgro

Congreso Nacional de Chile. (16 de febrero de 2026). Ley no. 21.805. Reconoce el Derecho al Cuidado y crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados. 16 de febrero de 2026. https://bcn.cl/ScST2S

Congreso Nacional de Chile. (01 de junio de 2026). Ley no. 21.822. Ley Integral de las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento Digno, Activo y Saludable. 01 de junio de 2026. https://bcn.cl/9zZEFP

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2025). El Contenido y el alcance del Derecho al Cuidado y su interrelación con otros derechos. Opinión Consultiva OC-31/25 de 12 de junio de 2025. Serie A No. 31.

Instituto Nacional de Estadísticas (2022). Cerca de un tercio de la población de Chile en 2050 estaría compuesta por personas mayores. Obtenido de la pagina web: https://www.ine.gob.cl/sala-de-prensa/prensa/general/noticia/2022/09/27/cerca-de-un-tercio-de-la-poblaci%C3%B3n-de-chile-en-2050-estar%C3%ADa-compuesta-por-personas-mayores

Instituto Nacional de Estadísticas. (2026). Estimaciones y proyecciones de población base 2024. https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/proyecciones-de-poblacion/publicaciones-y-anuarios/proyecci%C3%B3n-base-2024/estimaciones-y-proyecciones-de-poblaci%C3%B3n-1992-2070_base-2024_presentaci%C3%B3n-de-resultados.pdf

Ministerio de Desarrollo Social. (22 de junio de 2013). Decreto 15. Aprueba Reglamento del Fondo Concursable de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, Establecido en la Partida 21, Capítulo 08, Programa 01, Subtítulo 24, Ítem 03, Asignación 721, Glosa Nº 10, de la Ley Nº 20.641 de Presupuestos del Sector Público para el Año 2013. https://bcn.cl/3h80d

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2019). Monitoreo y Seguimiento Oferta Pública 2019: Camas Socio Sanitarias. Dirección de Presupuestos (DIPRES). dipres.gob.cl

Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2025). Camas Sociosanitarias. Obtenido de la página web: https://www.ventanillaunicasocial.gob.cl/ficha/296/camas-sociosanitarias#ficha-Caracter%C3%ADsticas-Destacadas.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2026). Viviendas Tuteladas. Obtenido de la página web: https://www.ventanillaunicasocial.gob.cl/ficha/229/condominios-viviendas-tuteladas

Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos (2024). Evaluación Focalizada de Ámbito Programa Fondo de Subsidio Eleam y Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores. Informe Final. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-383668_informe_final.pdf

Salud mental

Ministerio de Salud. (30 de septiembre de 2022). Decreto 20. Aprueba el Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEAM). https://bcn.cl/36fyp.

Observatorio del Envejecimiento UC – Confuturo (2025). Chile Envejece: dinámicas demográficas recientes y desafíos para el futuro, sobre la base del Censo de Población y Vivienda 2024, Instituto Nacional de Estadísticas.

Servicio Nacional de la Discapacidad. (2023). III Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/7442/documento

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2026). *SENAMA inaugura en Pozo Almonte el primer eleam público de Tarapacá*. Publicado el viernes 06 de marzo de 2026. En: https://www.senama.gob.cl/noticias/senama-inaugura-en-pozo-almonte-el-primer-eleam-publico-de-tarapaca

Comité de Prevención contra la Tortura (2022). Resumen Ejecutivo del Informe Diagnóstico de caracterización y vulneraciones a los derechos humanos en el Área de Salud Mental. https://mnpt.cl/wp-content/uploads/2022/03/Resumen-Ejecutivo-Area-Salud-Mental-1.pdf

Congreso Nacional de Chile. (26 de octubre de 2019). Ley no. 21.154. Designa al Instituto Nacional de Derechos Humanos como el Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. 25 de abril de 2019. https://bcn.cl/2eq0c

Congreso Nacional de Chile. (11 de mayo de 2021). Ley no. 21.331. Del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental. 11 de mayo de 2021. https://bcn.cl/2p863

Congreso Nacional de Chile. (11 de julio de 2025). Ley no. 20.285. *Sobre Acceso a la Información Pública*. 20 de agosto de 2008. https://bcn.cl/25bya

Congreso Nacional de Chile. (16 de febrero de 2026). Ley no. 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud. 24 de abril de 2012. https://bcn.cl/25b3z

Congreso Nacional de Chile. (02 de abril de 2026). Ley no. 19.696. Establece el Código Procesal Penal. 12 de octubre de 2000. https://bcn.cl/24new

Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* Amorrortu editores.

Foucault, M. (2015). Historia de la locura en la época clásica (J. Utrilla, Trad.). Fondo de Cultura Económica.

Ministerio de Desarrollo Social y familia. (2024). Informe de cuidados. Observatorio social 2024. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cuidados/Informe_de_Cuidados-2024.pdf

Ministerio de Salud. (2000a). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/MINSAL_2001_Plan-Nacional-de-Salud-Mental.pdf

Ministerio de Salud. (2000b). Resolución Exenta N° 2279 que aprueba Norma General Técnica N° 53 sobre Hogares Protegidos.

Ministerio de Salud. (2006). Resolución Exenta N° 392 que aprueba Norma General Técnica N° 87 sobre Residencias Protegidas.

Ministerio de Salud. (13 de enero de 2010). Decreto 4. Aprueba el Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol Y/o Drogas. https://bcn.cl/2ovho

Ministerio de Salud. (2016). *Modelo de Gestión Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infanto Adolescente (UHCIP)*. Aprobado por Resolución Exenta N.º 417, de 5 de febrero de 2016, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf

Ministerio de Salud. (29 de diciembre de 2021). Circular 6. Instruye sobre Hospitalización Involuntaria de Personas Afectadas por Enfermedades Mentales Dejando sin Efecto Circular que Indica. https://bcn.cl/2zqlp

Ministerio de Salud. (16 de mayo de 2024). Resolución Exenta 676. Aprueba el Documento Denominado "Construyendo Salud Mental" del Ministerio de Salud. https://bcn.cl/3k444

Ministerio de Salud. (03 de octubre de 2025). Decreto 9. Reglamento sobre Hospitalización Psiquiátrica. https://bcn.cl/MeAUjN

Ministerio de Salud. (s.f.). Plan de inversiones en salud mental. Recuperado el 21 de julio de 2026, de https://plandeinversionesensalud.minsal.cl/salud-mental/

Ministerio de Salud Pública. (31 de enero de 1968). DFL 725. Código Sanitario. https://bcn.cl/24us4

Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. A/RES/61/106. 24 de enero de 2007.

Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General (2013). Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez – Formas de abusos presentes en entornos de atención de la salud que pueden trascender el mero maltrato y equivaler a tortura o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. A/HRC/22/53. 1 de febrero de 2013.

Organización de las Naciones Unidas. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2016). Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile. CRPD/C/CHL/CO/1. 13 de abril de 2016.

Organización de los Estados Americanos. Organización Panamericana de Salud. (1990). Declaración de Caracas. 14 de noviembre de 1990.

Organización Mundial de la Salud (2015). Quality Rights: instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/67a98f95-b316-4076-afe7-68a1846eb45c/content

Personas detenidas en unidades policiales

Carabineros de Chile. Dirección Nacional de Orden y Seguridad. (11 de marzo de 2024). Circular N° 1883. Acciones ante descompensación o autolesión de personas privadas de libertad o en custodia de Carabineros: imparte instrucciones.

Centro de Estudios Públicos. (2026). Estudio Nacional de Opinión Pública. Encuesta CEP N° 96, abril-mayo 2026. https://static.cepchile.cl/uploads/cepchile/2026/06/17-221439_xp7w_Encuesta-CEP-96_con-anexos2.pdf

Congreso Nacional de Chile. (05 de febrero de 2025). Ley N° 21.730. Crea el Ministerio de Seguridad Pública. Diario Oficial N° 44.067, 05 de febrero de 2025. https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2025/02/05/44067/01/2605553.pdf

Subsecretaría de Prevención del Delito e Instituto Nacional de Estadísticas. (2026). Encuesta Nacional Urbana de Seguridad Ciudadana 2025. Presentación de resultados nacional. Julio de 2026. https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/seguridad-ciudadana/publicaciones-y-anuarios/2025/nacional/sintesis-nacional---enusc-2025.pdf

Personas privadas de libertad en recintos penitenciarios

Baier, A., Fritsch, R., Ignatyev, Y., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2016). The course of major depression during imprisonment – A one year cohort study. Journal of Affective Disorders, 189, 207–213.

Baranyi, G., Scholl, C., Fazel, S., Patel, V., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2019). Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis of prevalence studies. The Lancet Global Health, 7(4), e461–e471. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30539-4

Brugha, T., Singleton, N., Meltzer, H., Bebbington, P., Farrell, M., Jenkins, R., Coid, J., Fryers, T., Melzer, D., & Lewis, G. (2005). Psychosis in the community and in prisons: A report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity. American Journal of Psychiatry, 162(4), 774–780. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.774

Ceballos-Espinoza, F., Chávez-Hernández, A. M., Padilla-Gallegos, G. M., & Leenaars, A. (2016). Suicidio en las cárceles de Chile durante la década 2006-2015. Revista Criminalidad, 58(3), 101–118. https://www.aacademica.org/fceballose/11

Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento. (2018). Modifica diversos textos legales en materia de ejecución de sanciones penales. Boletín N° 12213-07. Cámara de Diputadas y Diputados. 18 de octubre de 2018.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2011). Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 64). Organización de los Estados Americanos.

Comité Internacional de la Cruz Roja. (2012). Agua, saneamiento, higiene y hábitat en las cárceles: Guía complementaria (Ref. 4083). https://www.icrc.org/sites/default/files/external/doc/es/assets/files/publications/ icrc-002-4083.pdf

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2023). Mujeres privadas de libertad en las Américas (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 202/23). Organización de los Estados Americanos. https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/2023/informe-mujeres-privadas-libertad.pdf

Comité de Prevención contra la Tortura de Chile. (2022). Primer Informe Anual. Período: mayo de 2020 – mayo de 2022. Santiago de Chile. Disponible en: https://mnpt.cl/informe-anual-2021/

Comité de Prevención contra la Tortura de Chile. (2023). Segundo Informe Anual. Período: junio de 2021 a agosto 2022. Santiago de Chile. Disponible en: https://mnpt.cl/informe-anual-2022/

Comité de Prevención contra la Tortura de Chile. (2024). Tercer Informe Anual. Período: septiembre de 2022 – julio de 2023. Santiago de Chile. Disponible en: https://mnpt.cl/flipbook

Comité de Prevención contra la Tortura de Chile. (2026). Informe Temático: Internación provisional y medidas de seguridad en recintos penitenciarios. Prevención de riesgos de tortura y malos tratos respecto de personas con necesidades de atención en salud mental. Disponible en: https://mnpt.cl/wp-content/uploads/2026/04/Informe-tematico_-internacion-provisional-y-medidas-de-seguridad-en-recintos-penitenciarios.docx-2.pdf

Congreso Nacional de Chile. (2023). Ley no. 21.575. Modifica Diversos Cuerpos Legales con el Objeto de Mejorar la Persecución del Narcotráfico y Crimen Organizado, Regular el Destino de los Bienes Incautados en Esos Delitos y Fortalecer las Instituciones de Rehabilitación y Reinserción Social. 23 de mayo de 2023. https://bcn.cl/3dbxz

Congreso Nacional de Chile. (2023). Ley no. 21.594. Modifica el Código Penal, para Sancionar la Tenencia de Elementos Tecnológicos que Permitan a las Personas Privadas de Libertad Comunicarse con el Exterior. 08 de septiembre de 2023. https://bcn.cl/3f1b9

Congreso Nacional de Chile. (2023). Ley no. 21.635. Modifica el Código Procesal Penal para Incorporar Nuevos Criterios de Procedencia de la Medida Cautelar de Prisión Preventiva. 16 de diciembre de 2023. https://bcn.cl/3h2ct

Congreso Nacional de Chile. (2024). Ley no. 21.694. Modifica los Cuerpos Legales que Indica para Mejorar la Persecución Penal en Materia de Reincidencia y Delitos de Mayor Connotación Social. 04 de septiembre de 2024. https://bcn.cl/3tq0e

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2022). Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad (Opinión Consultiva OC-29/22, Serie A No. 29). https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_29_esp.pdf

Daniel, A. E. (2006). Preventing suicide in prison: A collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 34(2), 165–175. http://jaapl.org/content/34/2/165.

Declaración de Estambul sobre la utilización y los efectos de la reclusión en régimen de aislamiento (2007) . Aprobada el 9 de diciembre de 2007 en el Simposio Internacional sobre el trauma psicológico en Estambul.

Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2026). Bases de datos de defunciones 1990-2023 (cifras oficiales) y 2024-2026 (corte 20 de octubre de 2026). Ministerio de Salud. https://deis.minsal.cl/

Favril, L., Shaw, J., & Fazel, S. (2022). Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison. Clinical Psychology Review, 97, 102190. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102190

Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. The Lancet, 359(9306), 545–550. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1

Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. The Lancet Psychiatry, 3(9), 871–881. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0

Gendarmería de Chile. (2008). *Decesos en el sistema penitenciario: una descripción preliminar por tipo de muerte.* Revista de Estudios Criminológicos y Penitenciarios.

Gendarmería de Chile. (2019). *Oficio N° 612/2019. Manual Operativo de Prevención de Suicidio en personas privadas de libertad*. 28 de agosto de 2019.

Gendarmería de Chile (2021b). Catastro Nacional de Establecimientos Penitenciarios, marzo de 2021. Santiago de Chile.

Gendarmería de Chile (2021). Circular N° 402/2021. Reinstruye medidas y acciones destinadas a evitar conductas suicidas de internos en recintos penitenciarios. 24 de noviembre de 2021.

Gendarmería de Chile. (2020). Compendio Estadístico Penitenciario 2020. Departamento de Estadísticas y Estudios Penitenciarios. Subdirección de Reinserción Social. Consultado en julio de 2026 en: https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/estadisticas/Compendio_Estadistico_Penitenciario2020.pdf

Gendarmería de Chile. (2021). Compendio Estadístico Penitenciario 2021. Departamento de Estadísticas y Estudios Penitenciarios. Subdirección de Reinserción Social. Consultado en julio de 2026 en: https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/estadisticas/compendio_estadistico_2021.pdf

Gendarmería de Chile. (2022). Compendio Estadístico Penitenciario 2022. Departamento de Estadísticas y Estudios Penitenciarios. Subdirección de Reinserción Social. Consultado en julio de 2026 en: https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/estadisticas/Compendio_Estadistico_2022.pdf

Gendarmería de Chile. (2023). Compendio Estadístico Penitenciario 2023. Departamento de Estadísticas y Estudios Penitenciarios. Subdirección de Reinserción Social. Consultado en julio de 2026 en: https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/estadisticas/Compendio_Estadistico_2023.pdf

Gendarmería de Chile. (2024). Compendio Estadístico Penitenciario 2024. Departamento de Estadísticas y Estudios Penitenciarios. Subdirección de Reinserción Social. Consultado en julio de 2026 en: https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/estadisticas/Compendio_Estadistico_2024.pdf

Gendarmería de Chile. (2025). Compendio Estadístico Penitenciario 2025. Departamento de Estadísticas y Estudios Penitenciarios. Subdirección de Reinserción Social. Consultado en julio de 2026 en: https://html.gendarmeria.gob.cl/doc/estadisticas/Compendio_Estadistico_2025.pdf

Gendarmería de Chile. (s. f.). Capacidad y uso de régimen de control cerrado y semiabierto: Estadística. Consultado en julio de 2026, de https://www.gendarmeria.gob.cl/uso_capacidad.html

Gendarmería de Chile. (s. f.). Caracterización personas privadas de libertad: Estadística. Consultado en julio de 2026, de https://www.gendarmeria.gob.cl/car_personas_pp.html

Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) (2018). Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile 2016-2017. Santiago de Chile.

Instituto Nacional de Derechos Humanos (2020). Estudio de las Condiciones Carcelarias en Chile 2018. Santiago de Chile.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2026). Estimaciones y proyecciones de población 1992-2070, base 2024: tabulados.

Ley N.° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. (2012). Diario Oficial de la República de Chile.

Marzano, L., Fazel, S., Rivlin, A., & Hawton, K. (2010). Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: Case-control study. British Journal of Psychiatry, 197(3), 219–226. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075424

Mellizo, L., & Moreno, C. (2006). Familias de internos e internas de cárceles: Una revisión de la literatura. III Congreso Latinoamericano Virtual de Psicología Jurídica y Forense. http://psicologiajuridica.org/psj222.html

Mundt, A. P., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S., & Priebe, S. (2013). Prevalence rates of mental disorders in Chilean prisons. PLoS ONE, 8(7), e69109. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069109

Mundt, A. P., Cifuentes-Gramajo, P. A., Baranyi, G., & Fazel, S. (2024). Worldwide incidence of suicides in prison: A systematic review with meta-regression analyses. The Lancet Psychiatry, 11(7), 536–544. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00134-2

Mundt, A. P., Kastner, S., Larraín, S., Fritsch, R., & Priebe, S. (2016). Prevalence of mental disorders at admission to the penal justice system in emerging countries: A study from Chile. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25(5), 441–449. https://doi.org/10.1017/S2045796015000554

Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales , Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de 16 de diciembre de 1966.

Naciones Unidas. Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de 10 de diciembre de 1984.

Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 16 de diciembre de 1966.

Naciones Unidas. (2015). Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela). Asamblea General, Resolución 70/175, 17 de diciembre de 2015.

Nazar, G., Gatica-Saavedra, M., Provoste, A., Leiva, A. M., Martorell, M., Ulloa, N., Petermann-Rocha, F., Troncoso-Pantoja, C., & Celis-Morales, C. (2021). Factores asociados a depresión en población chilena. Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. *Revista Médica de Chile, 149*, 1430–1439.

Opinión Consultiva OC-29/22 de la Corte interamericana de Derechos Humanos. Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad de 30 de mayo de 2022.

Organización de Estados Americanos (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos. Adoptada el 22 de noviembre de 1969.

Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2011). Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas. OEA/Ser.L/V/II. Doc.64. 31 de diciembre de 2011.

Ruiz, J. (2007). Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. Revista Latinoamericana de Psicología, 39(3), 547–561.

Shaw, J., Baker, D., Hunt, I. M., Moloney, A., & Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners: National clinical survey. British Journal of Psychiatry, 184(3), 263–267. https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.263

Subcomité para la Prevención de la Tortura (2017). Informe sobre Chile. Ginebra, Suiza.

Universidad Diego Portales (UDP) (2019). Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2019. Santiago: UDP. Disponible en: https://derechoshumanos.udp.cl/informe-anual/informe-anual-sobre-derechos-humanos-en-chile-2019-2/

UNODC (2014b). Manual sobre estrategias para reducir el hacinamiento en las prisiones, Serie de Guías de Justicia Penal, Viena, Austria.

Zhong, S., Senior, M., Yu, R., Perry, A., Hawton, K., Shaw, J., & Fazel, S. (2021). Risk factors for suicide in prisons: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health, 6(3), e164–e174. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30233-4.

Personas indígenas

Castro Lucic, M., y Albornoz Guzmán, P. (2018). Sistematización y análisis de experiencias del ejercicio del derecho de consulta previa desde la institucionalidad en Chile. Ministerio de Desarrollo Social; Universidad de Chile;

Comité contra la Tortura. (2018). Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Chile (CAT/C/CHL/CO/6);

Comité de Derechos Humanos. (2024). Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Chile (CCPR/C/CHL/CO/7). Organización de las Naciones Unidas;

Corte IDH. (2014, 29 de mayo). Caso Norín Catrimán y otros vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Serie C No. 279;

De Cea, M., y Peralta, C. (2018). Consulta indígena en dos sectores del aparato estatal en Chile: Desarrollo Social y Cultura. Culturales, 6, e341. https://doi.org/10.22234/recu.20180601.e341;

Fuentes S., C., Carril, F., y Valenzuela, P. (2026). Análisis empírico de la consulta indígena en Chile. Perfiles Latinoamericanos, 34(67), 143-167. https://doi.org/10.18504/pl3467-006-2026

Gendarmería de Chile. (2025). Compendio Estadístico Año 2025. Departamento de Estadísticas y Estudios Penitenciarios;

Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2020). Informe de observación de consulta indígena: Informe de observación sobre el proceso de consulta previa desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Social referido a la creación del Ministerio de Pueblos Indígenas y del Consejo o Consejos de Pueblos Indígenas.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, y Gendarmería de Chile. (2025). Informe de sistematización: Consulta indígena para la adecuación del Reglamento de establecimientos penitenciarios (Decreto 518/1998, Ministerio de Justicia). Gobierno de Chile.

Stavenhagen, R. (2003). Informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas: Adición: Misión a Chile (E/CN.4/2004/80/Add.3). Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

Personas migrantes

ACNUR. (2024, 6 de diciembre). Una nueva estrategia para apoyar la estabilización e integración de las personas refugiadas y migrantes en América Latina y el Caribe [Comunicado de prensa]. https://www.acnur.org/noticias/comunicados-de-prensa/una-nueva-estrategia-para-apoyar-la-estabilizacion-e-integracion-de-refugiados-y-migrantes

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y Universidad Católica Andrés Bello. (2024, julio). Cambios en el perfil de la migración reportada desde los hogares venezolanos (2017-2023). Proyecto ACNUR - UCAB. acnur.org

Bío Bío Chile (2026). Fiscalía crea una unidad exclusiva para delitos en pasos fronterizos de Arica y Parinacota. Martes 26 mayo de 2026. En: https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-de-arica-y-parinacota/2026/05/26/fiscalia-crea-una-unidad-exclusiva-para-delitos-en-pasos-fronterizos-de-arica-y-parinacota.shtml

Boletines legislativos n°15.261-25, n°16.836-06 y n°17.474-06.

CEPAL y OIM. Segunda Revisión Regional del Pacto Mundial para la Migración en América Latina y el Caribe. Santiago, 18 a 20 de marzo de 2025. Disponible en: https://www.cepal.org/es/eventos/segunda-revision-regional-pacto-mundial-la-migracion-segura-ordenada-regular-america-latina

Comité de Prevención contra la Tortura de Chile. Informe Misión de Observación Migrante (2023); Informe C.P. Alto Hospicio (2023); Informe Complejo Penitenciario de Arica (2023); Informe sobre ingesta de ovoides en Tarapacá (2023); Informe de visitas a Colchane y Huara (2022); Informe R.E.P.A.S. (2024); Informe a CEDAW (2024); Informe de Seguimiento de la Misión Migrante (2025); Informe de Expulsiones Administrativas (2025); Informe Misión de Observación Migrante – Niñez, Arica (2026).

Declaración de Cartagena sobre los Refugiados (1984); Ley N° 20.430 (2010), art. 2; Proceso Cartagena+40, Declaración y Plan de Acción de Chile 2024-2034 (CEPAL, diciembre de 2024). Disponible en: https://www.acnur.org/cartagena40

Fiscalía Nacional. (2023). Oficio FN N.° 298/2023: Instrucción general que imparte criterios de actuación respecto de imputados sujetos a audiencia de control de detención que no cuenten con un documento identificatorio. 10 de abril de 2023. https://www.fiscaliadechile.cl/sites/default/files/documentos/FN_298_FISCALES_REGIONALES_TODO_PAIS_NO_HAY_Criterio_Valencia.pdf

Gendarmería de Chile. (2024). Resolución Exenta N.° 1400, de 27 de febrero de 2024, que regula los documentos de identidad exigibles en los procedimientos de enrolamiento e ingreso de visitas a establecimientos penitenciarios.

Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2025). Informe Anual 2025: Situación de los derechos humanos en Chile. https://bibliotecadigital.indh.cl/items/4b63c532-1e32-4601-815d-9b3ae162a855

Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 2002; Censo de Población y Vivienda 2017; Síntesis de resultados Censo 2024. https://censo2024.ine.gob.cl/resultados/

Instituto Nacional de Estadísticas [INE] y Servicio Nacional de Migraciones [SERMIG]. (2024). Estimación de la población extranjera residente en Chile al 31 de diciembre de 2023: Informe de resultados. Santiago de Chile: INE-SERMIG. ine.gob.cl

Instituto Nacional de Estadísticas. (2025a). Síntesis de resultados Censo 2024. https://censo2024.ine.gob.cl/wp-content/uploads/2025/12/sintesis_resultados_censo2024.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas. (2025b). Censo de Población y Vivienda 2024: Inmigración internacional [Tabulados D4]. 30 de abril de 2025.

Ley N° 21.542 (2023) y DFL N° 1 de 2023 (Ministerio de Defensa Nacional), resguardo de zonas fronterizas por las Fuerzas Armadas; Boletín 17.925-07 (reforma constitucional, 2025). Disponible en: https://www.senado.cl/comunicaciones/noticias/reforma-para-el-despliegue-militar-en-resguardo-de-zonas-fronterizas-llego

Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Ley N° 21.325 de Migración y Extranjería (2021) y Decreto 296/2022 (Reglamento). Disponible en: https://bcn.cl/4VQCMv

Norambuena, C., Navarrete, B. & Matamoros, R. (2018). Política migratoria chilena desde comienzos del siglo XX. Revista Austral de Ciencias Sociales, (34), 217–237.

OIM, Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2024.

Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular (Marrakech, 2018); Chile no lo adoptó. Disponible en: https://prensa.presidencia.cl/comunicado.aspx?id=88452

Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela [R4V]. (2025). R4V América Latina y el Caribe, refugiados y migrantes venezolanos en la región – noviembre 2025. https://www.r4v.info/es/document/r4v-america-latina-y-el-caribe-refugiados-y-migrantes-venezolanos-en-la-region-noviembre-4

Servicio Jesuita a Migrantes. (2024). Informe: Monitoreo del estado de la movilidad humana y la protección internacional en Chile. https://sjmchile.org/wp-content/uploads/2024/03/informe-monitoreo-de-movilidad-humana.pd

Servicio Nacional de Migraciones (2026). Estadísticas generales de la migración en Chile desde registros administrativos. Servicio Nacional de Migraciones: Cifras de enero 2016 a diciembre 2025. Santiago, Chile. Recuperado de: https://serviciomigraciones.cl/estudios-migratorios/analisis-sermig/.

5 Quinto Informe anual

A cinco años del establecimiento del Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes en Chile

2025

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 21.154, el Comité de Prevención contra la Tortura pone a disposición de la ciudadanía y autoridades, su Quinto Informe Anual, que da cuenta de los hallazgos del monitoreo y labores realizadas entre los años 2021 y 2025, en torno a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en contextos de cuidado y custodia del Estado.



CPT Comité de Prevención contra la Tortura

INDH INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES (MNPT)