Comité para la Prevención de la Tortura

INFORME DE EVALUACIÓN DE UNIDAD HOSPITALARIA DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRÍA (UHCIP) DEL HOSPITAL BASE REGIONAL DE VALDIVIA

Comisión Técnica de la visita:

Dra. Javiera Canessa Cordero

Juan Carlos Cea Madrid

Paula Cornejo Abarca

María Jesús Fernández Gumucio

Abril, 2021

Comité para la Prevención de la Tortura

Contenido

ABREVIATURAS: 3

I- INTRODUCCIÓN: 4

II- METODOLOGÍA 5

2.1 Definición visita ejecutada: 7

2.2 Metodología utilizada para selección del establecimiento visitado: 7

2.3 Selección, composición de roles y responsabilidades del equipo: 9

2.4 La visita 11

2.5 Reuniones posterior a la visita 12

III- ANÁLISIS DE RESULTADOS 13

Tema 1. El derecho a un nivel de vida adecuado (Artículo 28 de la CDPD) 14

Tema 2. El derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible (Artículo 25 de la CDPD) 17

Tema 3. El derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona. (Artículos 12 y 14 de la CDPD) 21

Tema 4. Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (Artículos 15 y 16 de la CDPD) 24

Tema 5. El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (Artículo 19 de la CDPD) 29

IV- BUENAS PRÁCTICAS DE LA UHCIP 30

V- CONCLUSIONES 31

VI- RECOMENDACIONES 33

5.1 Recomendaciones Ministerio de Salud: 33

5.2 Recomendaciones UHCIP Hospital Base Valdivia por tema abordado: 34

5.2.1 Recomendaciones a corto plazo 34

5.2.2 Recomendaciones a mediano plazo 36

5.2.3 Recomendaciones a largo plazo 36

VI- PLAN DE TRABAJO 37

VII- ANEXOS 38

Anexo n° 1: Documentos y registros a solicitar UHCIP Hospital Regional Valdivia Visita Mecanismo Nacional de Prevención Contra la Tortura, Febrero, 2021 38

Anexo n° 2: Personal que trabaja en la UHCIP 47

Anexo n°3: Niveles de logro por tema, criterio y estándar. 48

Anexo n°4: Fotografías de observación 68

Comité para la Prevención de la Tortura

ABREVIATURAS:

CPT	Comité de Expertos del Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura en Chile
MNPT	Mecanismo Nacional de Prevención Contra la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos
UHCIP	Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos en Psiquiatría
OMS	Organización Mundial de la Salud
CDPD	Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
ELEAM	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores
UEPI	Unidad de Evaluación de Personas Imputadas

Comité para la Prevención de la Tortura

I- INTRODUCCIÓN[1]:

El presente informe tiene por objetivo sistematizar la información obtenida en la visita exhaustiva realizada por el Comité de Expertos del Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura en Chile (CPT) al Hospital Base de la ciudad de Valdivia, específicamente a la Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), realizada entre los días miércoles 24 de febrero y domingo 28 de febrero del año 2021.

La Ley 21.154[2] designa al Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) como el Mecanismo Nacional de Prevención Contra la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes (MNPT); institucionalidad que busca reforzar el sistema de protección y promoción de los derechos humanos en Chile.

Para dar cumplimiento a su mandato, la Ley 21.154 dispone que el INDH actuará exclusivamente a través del Comité de Prevención contra la Tortura (CPT), cuya misión es dar aplicación a lo dispuesto en la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de las Naciones Unidas en su Protocolo Facultativo, los tratados internacionales en la materia ratificados por Chile que se encuentren vigentes, la Constitución Política de la República y la demás normativa vigente.

Entre las principales funciones asignadas al Comité se encuentran:

- Examinar periódicamente las condiciones de las personas privadas de libertad y el trato que reciben;
- Realizar visitas periódicas preventivas no programadas y de monitoreo a los lugares de privación de libertad que determine libremente;
- Reunirse con las personas que se encuentren en el lugar objeto de su visita y efectuar las entrevistas personales o grupales que estime pertinente;
- Realizar las recomendaciones pertinentes a las autoridades competentes del servicio responsable del lugar de privación de libertad.
- Proponer al Consejo del INDH modificaciones legales o reglamentarias en materia de tortura, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, con el fin de adecuar la normativa existente a los estándares internacionales en la materia, para que sean sometidas a la consideración del Presidente de la República por medio del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Se debe destacar que la labor del MNPT contempla un rol preventivo, es decir, su trabajo está orientado a la anticipación de hechos de tortura, así como la detección y modificación

[1] Se hace presente que para facilitar la lectura del informe, se decide la utilización del masculino para referirse tanto a mujeres y hombres, con excepción de situaciones que tienen el objetivo de relevar problemáticas propias del género femenino.

[2] Publicada el 25 de abril del año 2019.

de los factores que inciden en la generación y reproducción de este tipo de delitos. Lógicamente, si la situación de un individuo o grupo es motivo de preocupación especial, puede ser necesaria una acción inmediata, sin embargo, el objetivo principal de las visitas debe ser lograr un cambio sistémico[3] (APT, 2013). Otro objetivo clave del monitoreo preventivo es proporcionar recomendaciones concretas a través del diálogo constructivo con las autoridades, para mitigar o eliminar los factores de riesgo y proponer medidas preventivas.

También debe considerarse que la Ley 21.154 incluye una noción amplia del concepto "lugar de privación de libertad" definiéndolo como: *todo lugar, inmueble o mueble, incluidos los medios de transporte, administrados o dirigidos por el Estado o por particulares que cumplan una función pública, en que se encuentren o pudieren encontrarse personas privadas de libertad, sea por orden de autoridad pública o a instigación suya o con su consentimiento expreso o tácito, como resultado de una orden de arresto, detención, en tránsito, prisión preventiva, cumplimiento de penas privativas de libertad, internación voluntaria o forzosa, sea administrativa o judicial, como medida de protección, custodia o cualquier otra medida que impida su libre desplazamiento físico o que no se le permita abandonar libremente*[4].

De esta forma el MNPT tiene a su cargo el monitoreo permanente de unidades policiales, centros penitenciarios, centros de internación psiquiátricos, Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) y residencias para menores de edad bajo custodia del Estado, entre otros.

De esta forma, el presente informe es el resultado del monitoreo realizado por el CPT a la UHCIP del Hospital Base de Valdivia, con el objetivo de transmitir los resultados de la visita y entregar recomendaciones a las autoridades correspondientes en relación a la protección de derechos humanos de las personas privadas de libertad.

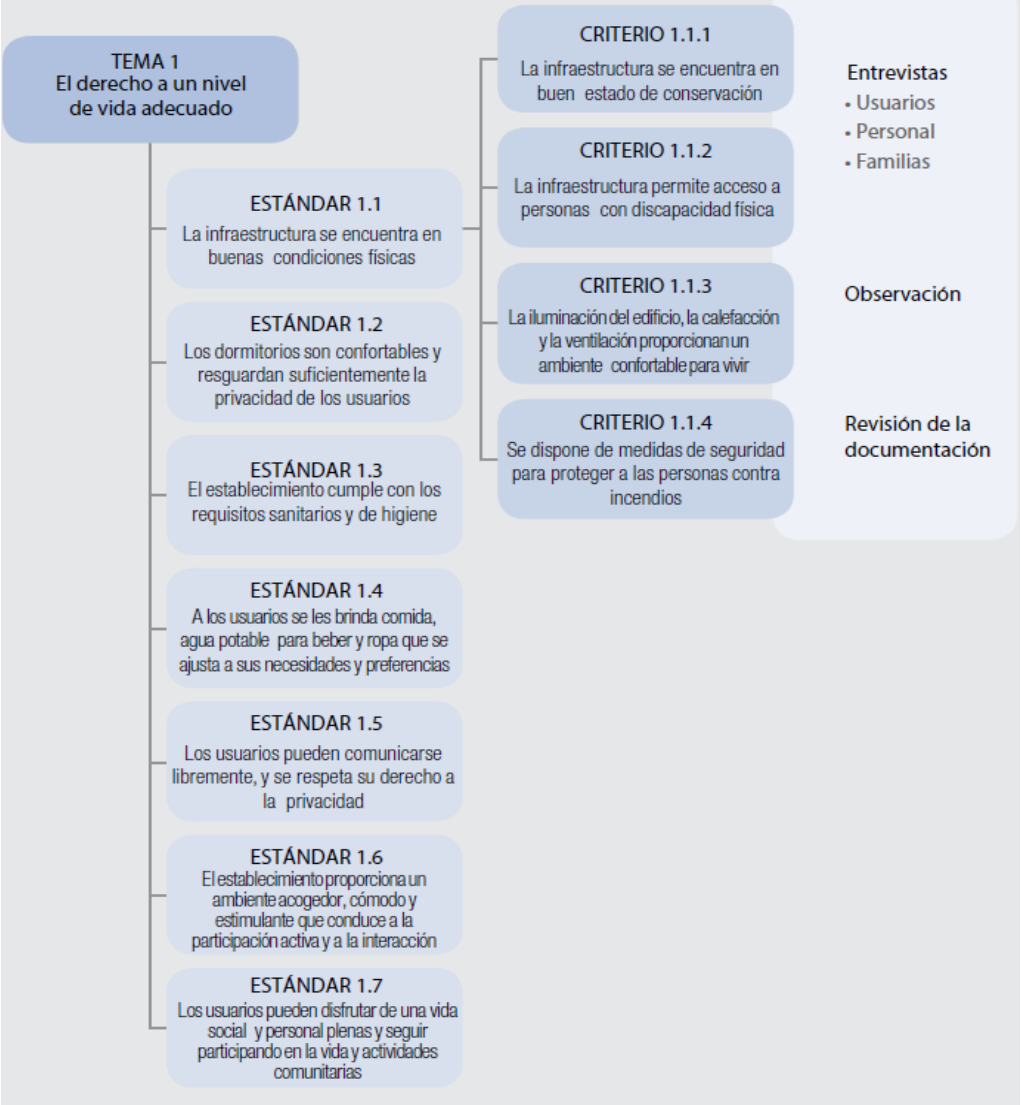
II- METODOLOGÍA

La metodología utilizada para esta visita está basada en el *Instrumento de calidad y derechos* de *la OMS* que evalúa 5 temas extraídos de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada por Chile en el año 2008:
1.- El derecho a un nivel de vida adecuado y a la protección social (artículo 28 de la CDPD).
2.- El derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible (artículo 25 de la CDPD).
3.- El derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona (artículos 12 y 14 de la CDPD).
4.- Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (artículos 15 y 16 de la CDPD).

[3] Asociación para la Prevención de la Tortura, 2013. *Equilibrando la seguridad y la dignidad en las prisiones: un marco de trabajo para el monitoreo preventivo.* https://www.apt.ch/es/resources/publications/equilibrando-la-seguridad-y-la-dignidad-en-las-prisiones-un-marco-de-trabajo
[4] Ley 21.154, Art. 2 letra d). Diario Oficial de la República de Chile. Publicada el 25 de abril 2019. Chile.

5.- El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (artículo 19 de la CDPD).

Cada uno de estos temas se subdivide en una serie de "estándares", los que a su vez se dividen en un conjunto de "criterios". La situación de cada establecimiento es evaluada en comparación con estos criterios, a través de entrevistas, observaciones y revisión de documentos. Por consiguiente, "*la evaluación de cada uno de los criterios permite a los evaluadores determinar si se cumple con un estándar determinado o no, asociándolo a un nivel de logro determinado. A su vez, los estándares ayudan a determinar el cumplimiento del tema global*"[5]. Esta división se representa, a modo de ejemplo con el primer tema, en la siguiente figura:



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS, 2015, p.14.

[5] Organización Mundial de la Salud (OMS). Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS, 2015, p. 13-14.

Por otra parte, el *Instrumento de calidad y derechos* de *la OMS* establece 4 pasos para el proceso de evaluación: (1) selección, composición, roles y responsabilidades del equipo de evaluación; (2) reuniones preliminares del equipo de evaluación; (3) la visita y (4) reunión del comité después de una visita. A continuación, se presentan algunos de estos pasos, junto a la explicación del tipo de visita ejecutado a partir del Manual General de Visitas Preventivas construido por el área de Protocolos del MNPT. Luego, se detalla la metodología utilizada para seleccionar el lugar a visitar.

2.1 Definición de la visita ejecutada:

Se realizó una visita preventiva, exhaustiva y piloto. Este tipo de visita tiene por objetivo obtener un conocimiento detallado y profundo sobre el lugar visitado, sin que existan denuncias o motivos particulares que las motiven. Se define como exhaustiva o en profundidad, porque se analiza de manera holística el funcionamiento del recinto, contemplando materias diversas como alimentación, recursos humanos, procedimientos administrativos y condiciones de salud, entre otros. El principal objetivo es documentar su situación de manera exhaustiva, identificando posibles factores de riesgo, así como buenas y malas prácticas. En este caso se le agregó el carácter piloto, debido a que es una de las primeras visitas ejecutadas por el CPT y por ser también primera vez que se aplica el *Instrumento calidad y derechos de la OMS* en un establecimiento de hospitalización en Chile. Además, las visitas exhaustivas pueden ser anunciadas o no anunciadas, correspondiendo en este caso a una visita no anunciada. El criterio fundamental para decidir realizar una visita en profundidad fue que, conforme recomendaciones internacionales, todas las instalaciones de un país deben ser objeto de una visita en profundidad al menos una vez, y según la información recolectada previamente, la UHCIP Valdivia no había tenido una visita de este tipo en su historia de funcionamiento.

2.2 Metodología utilizada para selección del establecimiento visitado:

Para la selección del establecimiento, en primer lugar, se definieron los objetivos generales y específicos de la visita, establecidas en consideración al mandato del CPT, el momento de instalación en que se encuentra, los recursos disponibles y criterios de selección, que se detallan a continuación.

Objetivo general de la visita: Examinar las condiciones en que se encuentran las personas con diagnósticos de salud mental bajo custodia estatal con base en la implementación del *Instrumento de calidad y derechos de la OMS*, relevando aspectos claves en materia de prevención de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Criterios de selección:

1. Ubicación geográfica al exterior de la Región Metropolitana.
2. Región del país de la que no se tenga información respecto a la implementación de acciones de supervisión realizadas por organismos públicos.

3. Unidad de atención psiquiátrica cerrada de población adulta, en la que se utilicen procedimientos con alto riesgo de transgresión de los derechos humanos como uso de salas de aislamiento, Terapia Electroconvulsiva, contenciones mecánicas o farmacológicas.
4. Tamaño de unidad con una capacidad igual o menor a 20 plazas.

Explicación criterios de selección:

1. Se decidió seleccionar una unidad fuera de la RM debido a la alta centralización de los servicios de salud mental que existe en nuestro país, que deriva en un desigual acceso para las personas que residen en regiones. Asimismo, el número de supervisiones y monitoreos realizados se han concentrado en la RM y zona central del país (dos visitas realizadas por el INDH a unidades de larga estadía en Hospitales psiquiátricos de Santiago y Valparaíso el año 2017 y el 2020). Por lo tanto, se detecta una ausencia de acciones con fines preventivos en temas de tortura y malos tratos en el campo de la salud mental en otros lugares del territorio nacional.

2. En el proceso de recopilación de información para el diagnóstico del área de salud mental, las SEREMI de Salud de la Región Metropolitana y de la Región de los Ríos, así como los Servicios de Salud Concepción, Metropolitano Sur y Valdivia, fueron los únicos organismos públicos a nivel nacional de los cuales no se obtuvo respuesta a las solicitudes vía Ley de Transparencia realizadas en diciembre del 2020. Estas requerían datos de diversa índole, entre ellas, el número de actividades de supervisión a establecimientos de salud mental, indicando frecuencia, tipo de visitas, protocolos e informes de visitas, así como antecedentes de sistematización de recepción de reclamos y malos tratos en las unidades de salud mental que se encuentran en sus territorios.

3. Con base en la información recopilada a nivel nacional al mes de enero del 2021, en las Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) se registran internaciones involuntarias, medidas de contención física, aplicación de Terapia Electroconvulsiva y uso de salas de aislamiento, todas prácticas que presentan un alto riesgo de vulnerar los derechos humanos de los pacientes. Junto con ello, estas unidades de atención psiquiátrica cerradas han recibido una menor cantidad de visitas por parte de las Comisiones Regionales de Protección con relación a los Hospitales Psiquiátricos y Hogares y Residencias Protegidas a nivel nacional. De acuerdo con la información recopilada a enero de 2021, sólo 4 de las 10 Comisiones Regionales de Protección de las que se obtuvo respuesta, habían realizado visitas a UHCIP en los últimos 3 años. De éstas, solamente una Comisión compartió la pauta de evaluación y el informe de visita realizado en agosto del año 2019 a una UHCIP de la zona sur-austral del país, en la que se evaluaron aspectos estructurales y administrativos del recinto, sin un énfasis en la protección de los derechos humanos y la prevención de la tortura.

4. Se plantea la realización de una visita de carácter preventivo a una UHCIP de 20 camas o menos, con el objetivo de realizar una aplicación exhaustiva del *Instrumento calidad y derechos de la OMS*. Considerando las diversas dimensiones que presentan los establecimientos de salud mental, se estimó que dicho tamaño haría posible que un equipo de visita de entre tres a cuatro personas pudiera aplicar la totalidad de instrumentos, conforme a las recomendaciones de la OMS. Asimismo, se tuvo en consideración la situación actual de pandemia y las precauciones que el equipo del Comité debe adoptar en este contexto.

De esta manera, con base en los criterios de selección planteados anteriormente: UHCIP fuera de la Región Metropolitana, de la cual no se hubiera obtenido información previa por Ley de Transparencia y tuviera una cobertura de 20 camas o menos, la Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) del Hospital Base de Valdivia, cumplía con los requisitos para la realización de una visita de carácter exhaustivo. Además, el recinto seleccionado tiene la particularidad de ser la única unidad de atención psiquiátrica cerrada de carácter público en toda la región de Los Ríos.

2.3 Selección, composición de roles y responsabilidades del equipo:

El equipo conformado para la visita tiene una formación multidisciplinar, compuesto por la experta en Salud del CPT (Javiera Canessa, médico familiar), por el equipo del área de Salud Mental (Paula Cornejo, cientista familiar y Juan Carlos Cea, psicólogo) y por una analista de estudios del área de protocolos (María Jesús Fernández, abogada). Los roles asignados a cada miembro del equipo fueron las siguientes:

Tabla n° 1. Funciones y actividades visita

Actividades y unidades de observación	Instrumento necesario	Responsable	Razón
Encargada de visita	Reuniones, cronograma visita, actas.	María Jesús	Manejo de la metodología de la visita exhaustiva
Preparación instrumentos	Pautas de observación, pautas de entrevista, pauta de revisión de documentos	Todas/os	Complementariedad y preparación interdisciplinaria
	Adaptación pauta observación	Javiera	Conocimiento de establecimientos y

Observación instalaciones y dinámicas			dinámicas hospitalarias
	Aplicación pauta observación	María Jesús y Paula	Dos visiones complementarias reducen sesgo de observación
Ficha clínica	Adaptación y aplicación pauta revisión de ficha clínica	Javiera	Formación médica
Pacientes	Pautas entrevista (y c.i.)	Todas/as	Distribución de tiempos y experiencia previa
Psiquiatra			
Psicólogo/a			
Enfermero/a			
Terapeuta ocupacional			
Trabajador/a social			
TENS			
Personal aseo			
Personal seguridad			
Familiares			
Representantes sociedad civil	Pauta entrevista	Juan Carlos y Paula	Contactos previos con organizaciones de la sociedad civil y manejo de la pauta de entrevista
Documentación y registros del recinto	Listado escrito para su solicitud	María Jesús	Manejo metodología
	Solicitud a la autoridad	Javiera	Interacción con autoridades en calidad de Experta

2.4 La visita

La visita realizada por el CPT a la UHCIP del Hospital Base de Valdivia, tuvo una duración de 5 días consecutivos. Comenzó el miércoles 24 de febrero hasta el sábado 27 de febrero del año 2021.

Con relación a los instrumentos utilizados, la pauta de observación se aplicó durante todos los días que duró la visita, incluyendo un registro fotográfico. La revisión de documentos implicó la lectura exhaustiva de 9 fichas clínicas conforme los 8 consentimientos obtenidos para este fin, sumado a la ficha de una usuaria que se encontraba imposibilitada de otorgar su consentimiento y se consideró relevante su revisión. Otros registros complementarios se solicitaron vía correo electrónico a la enfermera jefa de la UHCIP.[6]

Respecto a las entrevistas, estas se realizaron durante los cuatro primeros días de visita de forma paralela a otras actividades de monitoreo. Todas las entrevistas se realizaron con el consentimiento libre e informado de las personas consultadas y en condiciones de privacidad, para resguardar la confidencialidad de las opiniones emitidas. A continuación, se presenta el número total de entrevistas realizadas durante el proceso de visita.

Tabla n° 2. Entrevistas realizadas durante la visita

Nombre y ubicación del establecimiento	Número de personal	Número de usuarios	Fecha visita	Entrevista Personal	Entrevista usuarios	Entrevista Familiares (amigos/as o cuidadores)
Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos de Psiquiatría (UHCIP) del Hospital Base de Valdivia	38[7]	20	24, 25, 26 y 27 de febrero del año 2021	19 planeadas y 12[8] realizadas	10 planeadas y 9 realizadas	5 planeadas y 2 realizadas[9]

[6] Se adjunta el listado con de documentos solicitados con fechas de entrega y otros detalles otorgados por la enfermera jefe de la unidad. Esto corresponde al anexo nº 1.

[7] Anexo n° 2 se detalla el personal que trabaja en la unidad junto a sus jornadas

[8] Se aplicó entrevistas a 3 TENS, la enfermera jefe, 2 enfermeros/as, 1 personal de aseo, 1 trabajadora social, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Psicólogo, 1 Psiquiatra médico jefe, 1 estudiante becado de Psiquiatría.

[9] Se intentó contactar por vía telefónica a todos los familiares de los/as usuarios que mediante el consentimiento informado permitieron dicho contacto. Sin embargo, no se tuvo éxito con dos de los contactos recibidos.

2.5 Reuniones posterior a la visita

Esta etapa constó de tres reuniones. Interesa destacar la tercera reunión, dado que fue una jornada extensa de revisión y puntuación de los Niveles de logro de cada uno de los criterios establecidos en el *Instrumento de calidad y derechos de la OMS*. Para la evaluación de cada criterio se siguieron los siguientes pasos: 1) lectura del tema y estándar, 2) lectura del criterio en cuestión, 3) revisión de cada uno de los niveles de logro establecidos según la información proveniente de las entrevistas, la revisión de la documentación y las observaciones realizadas por los miembros del equipo y 4) definición de los niveles de logro con base en la discusión y proceso de consenso deliberativo por cada criterio, estándar y tema.

Es importante destacar que tal como señala el *Instrumento de calidad y derechos de la OMS*, "*no existe una fórmula matemática para combinar las puntuaciones de criterios para un estándar, ya que hay varias combinaciones de puntuaciones, y el resultado podría depender de la ponderación subjetiva de ciertos criterios*"[10]. La puntuación de cada uno de los criterios, estándares y temas se realizó en función de los 5 niveles de logro del *Instrumento de calidad y derechos de la OMS* que se presentan en la tabla nº3.

Tabla n°3. Niveles de Logro

Niveles de Logro	Descripción
Logro en su Totalidad (L/T)	Hay evidencia de que el criterio, estándar o tema se ha cumplido plenamente
Logrado Parcialmente (L/P)	Hay evidencia de que el criterio, estándar o tema se ha cumplido, pero se necesita una cierta mejora
Logro Iniciado (L/I)	Hay evidencia de que el criterio, estándar o tema se ha cumplido, pero se necesita una mejora significativa
No Iniciado (N/I)	No hay evidencia de intentos o pasos hacia el cumplimiento del criterio, estándar o tema
No Aplica (N/A)	El criterio, estándar o tema no es aplicable al establecimiento en cuestión

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Informe de evaluación de un establecimiento. 2015, p.3.

[10] Organización Mundial de la Salud (OMS). Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Informe de evaluación de un establecimiento. 2015, p.3

III- ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este apartado, se presenta la puntuación obtenida en cada uno de los cinco temas abordados en la evaluación del establecimiento, junto con la información cualitativa recopilada sobre la base de observaciones, entrevistas y revisión de documentación entregada por la unidad[11]. Estas puntuaciones se hicieron a partir de los niveles de logro presentados en la tabla nº3. Es importante señalar que cada uno de los temas analizados integran cada uno de los estándares y criterios del *Instrumento de calidad y derechos de la OMS*. En la tabla nº4, se exponen los niveles de logro por tema, y en el anexo n° 3 se encuentran las tablas con el detalle de niveles de logro por tema, criterios y estándares.

Tabla n° 4. Síntesis niveles de logro

N°	**Nombre temas evaluados**	**Niveles de Logro**
Tema 1	El derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 28 de la CDPD)	**L/P**
Tema 2	El derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible (artículo 25 de la CDPD)	**L/P**
Tema 3	El derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona (artículos 12 y 14 de la CDPD)	**L/I**
Tema 4	Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (artículos 15 y 16 de la CDPD)	**L/I**
Tema 5	El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (artículo 19 de la CDPD)	**L/I**

Tema 1. El derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 28 de la CDPD)

En términos generales las condiciones físicas del establecimiento son buenas. Se destaca como un aspecto positivo la iluminación del edificio, tanto natural como artificial, que permite un ambiente confortable para el desarrollo de actividades de rehabilitación. Sin embargo, se observan algunas paredes descascaradas y conexiones eléctricas sin

[11] De los 49 documentos solicitados se entregaron 41, ya que 8 de ellos no existen en la unidad *(Reglamento de privacidad, Registro de negación del alta, Política de Capacitación de DDHH, Políticas sobre Planes de Recuperación, Políticas sobre instrucciones/decisiones anticipadas, Capacitación del personal sobre herramientas y técnicas, registros y capacitación sobre Políticas de experimentación médica, políticas de inserción a la comunidad de los usuarios).*

mantenimiento. Por otro lado, al interior de la unidad se observa la utilización de patios interiores como espacios de bodega, restringiendo el uso de posibles lugares de recreación para usuarios y funcionarios. También preocupa la presencia de desechos materiales peligrosos en un sector del jardín, como vidrios quebrados, clavos, metales, entre otros. Si bien se hizo presente que los usuarios tienen prohibido acercarse a esa zona (tras el invernadero) constituye un evidente riesgo para su seguridad, además de pérdida de espacio útil.

Respecto a la accesibilidad del establecimiento para personas con discapacidades físicas, se observa que el edificio permite el ingreso y salida de personas en sillas de ruedas. Sin embargo, las salas de baños no permiten el acceso de personas con discapacidad física y no hay barras de apoyo que garanticen el resguardo de su seguridad durante su uso. Tampoco se advierte señalización adecuada para personas con discapacidades visuales y auditivas.

Por otro lado, se destaca el correcto mantenimiento de redes secas y extintores, acordes a los protocolos de seguridad y emergencia[12]. No obstante, las salidas de emergencia se encuentran frecuentemente con llave, por motivos de seguridad de los pacientes que ahí residen, lo que puede establecer barreras para un cumplimiento efectivo del plan de evacuación. Por otra parte, en las entrevistas los usuarios manifiestan que no tienen información respecto a qué hacer ante este tipo de situaciones de emergencia, y se observa un desconocimiento sobre el uso de extintores por parte de los funcionarios. También se observó que no se ha realizado mantención a los detectores de humo, los cuales, si bien no se testearon, no tienen la luz encendida y conforme diversas declaraciones, se aprecia que nunca se han probado ni mantenido. Lo anterior se suma a la constatación de que las alarmas de emergencia son antiguas y no funcionan. Adicionalmente, la triangulación de información obtenida de relatos y la revisión de protocolos asociados a esta temática, permite observar deficiencias en capacitaciones, simulacros y/o simulaciones del personal y de usuarios en la materia, junto a la ausencia de actividades de promoción preventivas, acciones que forman parte de los protocolos en cuestión. Si bien existen algunas señaléticas sobre vías de evacuación y zonas de seguridad, estas no son suficientes.

En relación a la temperatura del lugar, se percibe positivamente al momento de la visita (verano). No obstante, al parecer las temporadas frías son un problema. En las entrevistas con funcionarios aparece que las condiciones de calefacción no son las óptimas al interior de la unidad, "*en el invierno es bastante frío, es considerablemente helado y no prendemos mucho la calefacción porque suena mucho y los pacientes se alteran*". Por otra parte, en el verano un usuario manifiesta que "*por la tarde hace mucho calor, faltan espacios ventilados y libres*".

[12] Protocolo de Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos (Servicio de Salud de Valdivia-SS, 2016), Circular n° 37 (SS. Valdivia, 2020), el Plan de Prevención de Incendios, (SS. Valdivia), el Plan de Evacuación (SS. 2021) y el Plan de Contingencia frente a corte de suministro eléctrico y red de agua asociado a la mantención preventiva de los grupos electrógenos y sistema de provisión de agua del Hospital Base Valdivia (SS Valdivia, 2016).

Otro aspecto del funcionamiento de la unidad refiere a la existencia de horarios establecidos para levantarse en la mañana y acostarse en la noche, por lo tanto, los usuarios no pueden elegir cuándo hacerlo. Al respecto, un usuario refiere que "*en las mañanas nos levantan, nos toman la presión, nos mandan a la ducha, es muy temprano*". La obligatoriedad de levantarse a una hora determinada es conveniente para el personal en la medida que los usuarios "*deben estar listos en la entrega de turnos*", según refiere un entrevistado. También los funcionarios declaran que se hace esto para favorecer el tratamiento de los usuarios. Además, sobre el uso de las áreas para dormir durante el día, si bien estas se encuentran abiertas, sorprende la situación de una usuaria que "*le sacan el colchón durante el día*" de la cama para evitar que se acueste si así lo deseara. Las razones del establecimiento también se sustentan en motivos de salud de la usuaria. Finalmente, la hora para dormir se asocia a la ingesta de medicamentos y al uso de fármacos inyectables para conciliar el sueño en determinadas ocasiones. El horario de la UHCIP enviado por la unidad permite confirmar que la hora de inicio del día de los usuarios es a las 7 am para controlar los signos vitales, levantarse y ducharse. A su vez, en el documento se establece que "*el horario de la ducha será a las 20:30 horas y si el paciente lo prefiere será a las 07:00 horas, considerando que debe estar listo a las 08:00 horas*"[13] debido a que en ese horario es la entrega de turno.

La unidad dispone de dormitorios separados para hombres y mujeres, pero no existe separación por tramos etarios dentro de los espacios disponibles. Se observó que personas adolescentes y adultas comparten dormitorios. Así también, si bien los dormitorios ofrecen espacio suficiente para cada usuario, no permiten condiciones de privacidad en la medida que las áreas para dormir son compartidas. Esta falta de privacidad se justifica "*considerando el riesgo de los usuarios y que deben ser observados*", señala un funcionario. En las entrevistas también se refiere que los usuarios no cuentan con armarios cerrados con llave para guardar sus pertenencias personales, y durante le época de invierno no se cuenta con suficiente ropa de cama, teniendo que suplir esta necesidad con familiares u otras unidades hospitalarias.

Durante la visita, se observa que las salas de baño e inodoros están separadas entre hombres y mujeres, permitiendo privacidad, se limpian durante el día y noche[14] y se constata la disposición a toda hora de agua caliente. Sin embargo, se observan filtraciones de agua, olor a humedad y no presentan una adecuada ventilación. La mayor parte de los inodoros no tienen tapas ni asientos de baño. Con relación a los útiles de aseo, estos deben ser suministrados por familiares[15], por lo que en los casos en que usuarios no tienen redes de apoyo, los funcionarios destinan esfuerzo e incluso recursos personales para suplirlos. Además, el baño destinado a personas con discapacidad física no tiene barreras de apoyo ni bandas antideslizantes, ya que no está construido ni adaptado para estas condiciones.

---

[13] Documento "Horarios rutina Unidad Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría".

[14] Corroborado por observación y entrega de horarios de turnos de auxiliares encargados de aseo y limpieza.

[15] En el formulario de "Información a familiares al ingreso de la UHCIP", se les solicita jabón líquido, shampoo, cepillo y pasta de dientes, peine, toalla, zapatillas de casa o hawaianas, confort, toalla nova, colonia, toallas higiénicas, máquinas para afeitar, 2 mudas de ropa de calle, 2 mudas de ropa interior y pijamas, cigarrillos, encendedores, desodorante.

Con relación a la alimentación, se destaca positivamente debido a que la comida es fresca, el menú observado en almuerzos y cenas es balanceado y se adapta a las necesidades y preferencias individuales[16]. Por su parte, las colaciones dependen de la provisión de parte de familiares[17], produciéndose diferencias entre usuarios y nuevamente, en caso de pacientes sin redes de apoyo son los mismos funcionarios quienes destinan recursos personales para suplirlas. La organización del comedor responde a un diseño institucional en que se separan en mesas distintas a hombres y mujeres para cada comida del día. Respecto a la vestimenta, la mayoría de los usuarios elige su propia ropa, que es proporcionada por sus familiares o en su defecto, los funcionarios destinan esfuerzo y recursos para conseguirla. Sin embargo, en las entrevistas se describe la situación de un usuario que utiliza camisa de dormir durante el día por alto riesgo de fuga.

Respecto a las comunicaciones en la unidad, los usuarios no tienen acceso a internet ni correo electrónico, porque no hay computadores disponibles. El uso de celulares no está permitido hasta que tengan su alta hospitalaria. Los usuarios pueden realizar una llamada telefónica de 5 minutos después de la cena, sumado a la posibilidad de recibir una llamada de sus familiares en el teléfono de la estación de enfermería[18]. Estas llamadas son autorizadas por los médicos y supervisadas por las enfermeras. En las entrevistas se refiere que los usuarios "*pueden hablar solamente acompañados, por motivos de seguridad*". En cuanto a la disponibilidad de intérpretes para otras lenguas, durante la visita se obtuvo información que para el ingreso de una usuaria de nacionalidad haitiana se gestionó un intérprete para facilitar la comunicación en su idioma de origen, sin embargo, este funcionario no estuvo presente en la unidad durante la visita y confirman que hay sólo uno para todo el Hospital. Con relación a las visitas de familiares, estas se encuentran suspendidas hace un año por motivo de la pandemia, generando un vacío en la comunicación durante la estadía de los usuarios. De acuerdo con el protocolo de la unidad, las visitas se realizaban "*según la condición del paciente y lo establecido en la indicación médica*" en horarios establecidos (lunes a viernes de 16:00 a 17:00 hrs. y sábados, domingos y festivos de 10:30 a 12:00 hrs. y de 16:00 a 17:00 hrs.)[19]. Finalmente, en el establecimiento los usuarios pueden circular libremente sólo dentro de la unidad y en los patios bajo supervisión, por el riesgo de fuga.

Con relación al entorno del establecimiento, la disposición de espacios permite una adecuada interacción entre los usuarios. Se destaca positivamente la iniciativa del huerto de parte de los funcionarios para el beneficio y bienestar de los usuarios, así como los talleres del equipo

[16] Se complementa esta afirmación con la revisión del menú semanal enviado por la unidad.

[17] Información corroborada por medio de observación, entrevistas y revisión del documento sobre "Información a Familiares al ingreso de la UHCIP".

[18] De acuerdo a declaraciones de usuarios y funcionarios por medio de entrevistas y a la revisión de la Guía de internación Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) (Servicio de Salud Valdivia, Hospital Base Valdivia, Servicio de psiquiatría, 2020).

[19] Guía de internación Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) (Servicio de Salud Valdivia, Hospital Base Valdivia, Servicio de psiquiatría, 2020).

de Salud Mental, "*como parte del tratamiento integral de cada persona, los cuales son dirigidos, consensuados y acomodados a las condiciones de cada paciente*"[20]. Sin embargo, algunos materiales y equipamiento para desarrollar actividades de recreación son escasos y antiguos. El mobiliario es igualmente antiguo, poco acogedor y estimulante. Se cuenta con una sala multiuso que se emplea para ver televisión, jugar a las cartas u otros juegos disponibles, y para realizar talleres. Si bien la unidad cuenta con un jardín extenso, un huerto y una multicancha, un usuario señala que el ambiente "*no es amplio ni acogedor. No es bonito. Debería haber más áreas verdes y más lugares recreativos para que la gente salga porque esto es como una cárcel*".

Finalmente, los usuarios pueden interactuar entre sí y con miembros del sexo opuesto al interior de la unidad. Sin embargo, uno señala que "*se puede interactuar, pero sin contacto físico, las enfermeras siempre están viendo. Si andas muy juntos, te separan*". Las relaciones afectivas están prohibidas en la unidad por motivos de salud de acuerdo a lo declarado por los funcionarios. Por otra parte, en el establecimiento se otorgan permisos de salida al hogar "*siempre acompañados por un familiar o tutor responsable*" así como "*otros permisos para la realización de trámites u otras actividades, según el contexto de cada caso*"[21]. Actualmente estos permisos se encuentran suspendidos por la pandemia. Respecto a los apoyos otorgados para que los usuarios continúen participando en la vida social luego del ingreso, se menciona que este tipo de iniciativas se han visto asimismo restringidas por la pandemia. Antes de esta situación, un funcionario destaca que "*se realizaban actividades en navidad, año nuevo, celebración de los cumpleaños y los familiares podían traer una torta*". De esta manera, actualmente los talleres y actividades programadas que se ejecutan de lunes a viernes, se realizan completamente al interior de la unidad.

Tema 2. El derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible (artículo 25 de la CDPD)

Respecto a la disponibilidad de tratamiento y apoyo, en la unidad sólo se atienden personas con previsión FONASA y en los criterios de exclusión para el ingreso se encuentran personas menores de 15 años[22]. Por otra parte, los funcionarios mencionan que frecuentemente los jueces derivan a imputados acompañados de gendarmes, para evaluación en la unidad, lo que es disruptivo para los demás pacientes y el equipo de salud, además de ocupar las pocas plazas disponibles, por tiempos prolongados en ciertas oportunidades. En relación a esto, es necesario mencionar que no existe UHCIP infanto-juvenil ni Unidad de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI) en la Región de los Ríos, por lo que la Unidad visitada hace grandes esfuerzos para poder responder a la demanda asistencial de la región. Al momento de la visita, no se encuentran personas imputadas, pero sí tres personas menores de edad en

[20] Guía de internación Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) (Servicio de Salud Valdivia, Hospital Base Valdivia, Servicio de psiquiatría, 2020).
[21] Guía de internación Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) (Servicio de Salud Valdivia, Hospital Base Valdivia, Servicio de psiquiatría, 2020).
[22] Guía de internación Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) (Servicio de Salud Valdivia, Hospital Base Valdivia, Servicio de psiquiatría, 2020).

la unidad (mayores de 15 años), de las cuales se entrevistó a una de ellas. En las entrevistas, funcionarios mencionan que se realizan las derivaciones a otros establecimientos y servicios disponibles si no se corresponden a los criterios de ingreso a la unidad: "*trastorno mental en etapa o condición de crisis que no puede ser tratado en forma ambulatoria, y conductas y/o alteraciones psicopatológicas que impliquen riesgo vital*"[23]. Cuando no hay cupos disponibles se establece una lista de espera, ya que la unidad corresponde al nivel más alto de complejidad de la región. Con relación a los egresos de la unidad, los usuarios reciben el alta cuando hay una oferta específica de atención en otro establecimiento y/o cuentan con una red de apoyo, por lo tanto, estas barreras son algunos de los motivos por los cuales se extiende el tiempo de permanencia en la unidad para algunos usuarios.

En cuanto al personal de la unidad, los usuarios refieren que son amigables, están disponibles para conversar y se encuentran bien calificados, lo cual también se confirmó por medio de la observación realizada por el CPT durante la visita. Respecto a la información que maneja el personal sobre la provisión de servicios y recursos comunitarios para promover la vida independiente y la inclusión en la comunidad, en las entrevistas se menciona que desde el Hospital de día y el policlínico se gestionan esas redes, por lo tanto, son aspectos no priorizados en la unidad. Por otra parte, se menciona que los usuarios pueden solicitar hablar con el equipo de salud cuando lo requieran, y el equipo responde a esta solicitud cuando están disponibles. En los horarios y rutinas en la unidad, "*de lunes a viernes está contemplado un horario de 45 minutos para Terapia individual/proyecto personal y de 30 minutos para atención familiar para todos los usuarios de la unidad*"[24]. Sobre este punto, una familiar de un paciente menciona que "*falta orientación para la ayuda y cómo abordar las crisis en casa*". Al interior de la unidad, los becados de psiquiatría son los profesionales con mayor tiempo de atención y se encuentran autorizados para prescribir y revisar la medicación psicotrópica. Respecto a capacitación, funcionarios refieren que han tenido formación en la Ley de derechos y deberes de pacientes[25] y buen trato. La revisión de los cursos implementados en la unidad, da cuenta de que no se registran cursos de formación en normas internacionales de derechos humanos, incluyendo la CDPD. Sobre este punto, un integrante del personal refiere que "*yo creo que sería muy bueno tener una capacitación de derechos humanos, donde se establezca lo que se debe hacer, lo que está permitido y lo que se está vulnerando*". Finalmente, el establecimiento cuenta con un "Protocolo de definición y procedimientos de gestión de reclamos"[26] que regula la formulación de solicitudes ciudadanas: solicitudes, consultas, reclamos, sugerencias y felicitaciones por parte de los usuarios de cada unidad, en el marco del cumplimiento de la Ley Nº 20.584. Sin embargo, los usuarios entrevistados no mencionan haber sido informados sobre los mecanismos para expresar su opinión sobre la prestación y mejora de los servicios. En

[23] Guía de internación Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) (Servicio de Salud Valdivia, Hospital Base Valdivia, Servicio de psiquiatría, 2020).

[24] Documento Horarios Rutina UHCIP.

[25] Ley 20.584 regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

[26] Protocolo de definición y procedimientos de gestión de reclamos. Departamento de Satisfacción Usuaria, Hospital Base Valdivia, 2016.

contrapunto, los funcionarios refieren que los usuarios son informados al momento del ingreso del buzón OIRS, por vía verbal y escrita, tienen acceso continuo a él e incentivan su uso, se cuenta además con un libro de sugerencias y pueden expresar directamente su opinión al equipo de salud.

Los usuarios cuentan con un plan de tratamiento integral e individualizado revisado continuamente en una instancia de "reunión clínica multidisciplinaria" semanal, en la que participan los profesionales y Tens de la unidad, donde se "*evalúa el caso de todos los pacientes hospitalizados en la unidad y se toman las decisiones para ellos*"[27]. En base a estas orientaciones, en la revisión de las fichas clínicas se observa que los planes no se basan en un modelo de *recuperación*, ya que generalmente no registran elecciones y preferencias de atención de los usuarios, no consideran información respecto a programas sociales, médicos, laborales, rehabilitación o educacionales en vinculación con la comunidad, así como tampoco se encuentra el registro de *instrucciones anticipadas*.

Por otra parte, al interior de la unidad se desarrollan actividades grupales orientadas a promover habilidades de vida y autocuidado, en las que se pudo observar que los usuarios participan activamente. La duración de los talleres es de un tiempo acotado al día y los fines de semana no se realiza ningún tipo de actividad. En relación a las redes de apoyo social, desde la unidad se incentiva principalmente la vinculación en el ámbito familiar, no integrando otras organizaciones comunitarias para facilitar la vida independiente. Finalmente, sobre la vinculación con otras redes de atención de salud y apoyo social, en las entrevistas los funcionarios declaran que se prioriza en modalidad ambulatoria, no en la hospitalización y que todos los pacientes, una vez que egresan, quedan vinculados a esta modalidad, sea a través del policlínico u hospital de día.

Respecto a la medicación psicotrópica, al momento de la visita se constata que el establecimiento cuenta con este tipo de tratamiento, se dispone de un suministro otorgado por el hospital y en cantidades suficientes para su prescripción. No obstante, en las entrevistas, funcionarios refieren que en algunas circunstancias han faltado medicamentos, teniendo que pedir a otras unidades o cambiando la prescripción, lo cual no sería habitual: "*salvo muy puntuales casos, siempre hay abastecimiento*", refiere un funcionario. En cuanto al uso de medicamentos en la unidad, las prescripciones son apropiadas para los diagnósticos. Los funcionarios refieren que "*hay un protocolo de registro (stock semanal de medicamento) y se registra la administración*". Así también, un funcionario menciona que existe "*un protocolo de error de medicación y de eventos adversos*", información que no se encuentra dentro de la documentación enviada por la unidad y que "*a veces hay errores en la entrega de los medicamentos a los pacientes, pero nunca ha habido consecuencias relevantes*". Respecto a la información sobre el propósito de los medicamentos y sus efectos secundarios, en las entrevistas funcionarios mencionan que "*ha habido situaciones adversas en cuanto a la administración de medicamentos, pero cuando ocurre se notifican*" y que "*los efectos adversos se monitorean por observación. Hay vigilancia y seguimiento estricto y permanente*".

[27] Documento "Reuniones de equipo UHCIP, Servicio de psiquiatría, Hospital Base Valdivia".

En la unidad, se observa que la medicación es administrada de forma individual y se registra cada dosis de la medicación entregada. Sin embargo, la observación e interacción diaria del CPT con los usuarios, da cuenta de cambios en algunos de ellos, lo que los dificulta en su participación activa en actividades de rehabilitación, ya que algunos presentan hipersalivación, movimientos involuntarios o somnolencia, otros sentían la boca dormida y les costaba hablar. Al respecto, se percibe una baja información en cuanto al tratamiento farmacológico por parte de los usuarios: "*no me han dicho nada, la verdad me los tomo y tampoco he preguntado*", "*me dan un remedio blanquito, con amarillo y azul. Sirven para muchas cosas, para todo*", "*no me han preguntado si quiero tomar medicamentos, simplemente me los dan*". Por otra parte, un familiar señala que luego de un cambio de medicamentos "*al principio estaba bien y luego vino una recaída*". Por último, los usuarios señalan que no han sido informados sobre opciones de tratamiento, alternativas a la medicación y la mayoría no recibe psicoterapia individual.

Respecto a la disponibilidad de cuidados de salud general y reproductiva, en la revisión de las fichas clínicas se observa y destaca positivamente la realización de exámenes generales a todos los usuarios al ingreso, según grupo etario y comorbilidades. Así también, se constatan buenas prácticas para dar respuesta a la situación sanitaria actual. Se realiza aislamiento preventivo en las salas de aislamiento a todos los usuarios que ingresan a la unidad hasta que el examen PCR para el virus SARS Cov-2 resulte negativo y además se vuelve a tomar en caso de que abandonen la unidad, como, por ejemplo, para asistir a pabellón a realización de TEC[28] o cuando algún usuario refiere síntomas sugerentes de COVID-19. Además, el equipo de salud utiliza elementos de protección personal permanentemente, al contrario de los usuarios, quienes no los utilizan, para asegurar su comodidad durante la estadía y porque se los retiraban constantemente. Se derivó solamente a una enfermera de la unidad a la UCI del hospital debido a la pandemia, sin embargo, se contrató a otra enfermera vía honorarios para cubrir el cargo. El resto del personal se mantiene estable y en funciones en la unidad, con distintos sistemas de turnos. Se suspendieron todas las visitas y actividades grupales externas desde abril del año 2020, sin embargo, los pacientes pueden comunicarse con familiares a través del teléfono diariamente o gestionar videollamadas con la terapeuta ocupacional, las cuales, según lo reportado en las entrevistas, serían infrecuentes. Además, los familiares pueden traer suministros a los pacientes, los que se sanitizan y entregan a través del Hospital Amigo. A través de este mismo sistema también se realiza el lavado de ropa. Hasta el momento de la visita, no habían tenido pacientes contagiados con COVID-19, pero sí tres funcionarios contagiados extrahospitalariamente. Sin embargo, el último día de la visita se obtiene una PCR positiva de un paciente que dos veces a la semana recibía TEC en pabellón. El CPT mantuvo contacto con la unidad para observar el manejo del caso, comprobando que se aisló al paciente inmediatamente junto a su compañero de habitación, y que no hubo otros usuarios contagiados.

[28] Al respecto, este usuario había sido entrevistado por uno de los funcionarios del Comité, con el uso apropiado de elementos de protección personal y resguardo de la distancia social establecida, acorde al protocolo de prevención de COVID-19 elaborado por el CPT. Esta persona cumplió con la cuarentena obligatoria decretada por la SEREMI de Salud, al ser indicado como contacto estrecho y ningún miembro del CPT posterior a la visita resultó contagiado.

Por otra parte, funcionarios refieren que se controlan las patologías de base de usuarios que se quedan un tiempo prolongado en la unidad y todos los años se implementan campañas de vacunación. A su vez, cuando se necesitan procedimientos quirúrgicos o médicos especialistas, se derivan de forma interna al mismo hospital. Sin embargo, los tiempos de espera en algunas ocasiones se extienden y el usuario egresa de la unidad sin recibir atención. Por otra parte, en las entrevistas no se menciona la realización de exámenes preventivos y se señala que las temáticas de educación y promoción de salud se incluyen en actividades de autocuidado en los talleres de Terapia Ocupacional. Finalmente, en relación a derechos sexuales y reproductivos, en la unidad un funcionario refiere que "*siempre se ofrecen métodos anticonceptivos, con el consentimiento informado de las usuarias*". En la misma línea, se aclara que, durante el período de hospitalización, las personas no pueden tener relaciones íntimas y ser sexualmente activas. Respecto a los motivos, un funcionario señala: "*imposible que un usuario tenga pareja, está prohibido, para mejorar el correcto procedimiento del tratamiento se espera que se mantengan emocionalmente estables*".

Tema 3. El derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona (artículos 12 y 14 de la CDPD)

Primero que todo, se destaca el esfuerzo del personal por el bienestar de cada usuario, pero se observa una baja participación de las personas en sus propios tratamientos, lo cual se condice con el modelo médico chileno actual. Respecto a las preferencias de los usuarios en cuanto al lugar donde desean recibir atención de salud mental, se menciona que la oferta de establecimientos residenciales es muy limitada en la región y que luego del alta se favorece la atención ambulatoria más cercana a su domicilio. Sin embargo, un funcionario señala que "*el equipo siempre favorece el alta de los usuarios, si están en condiciones y tienen redes adecuadas*", por lo tanto, cuando no se cumplen las condiciones no se da el alta y se solicita la internación administrativa. Esta situación contribuye a una extensión del tiempo de internación y limita que los usuarios puedan volver a vivir en la comunidad.

Respecto a las preferencias de los usuarios en sus decisiones sobre el tratamiento, se percibe un bajo nivel de participación. Las reuniones multidisciplinarias mencionadas en el tema N° 2, se da cuenta de esta situación por medio de afirmaciones como: "*se toman las decisiones para ellos*"[29]. En estas reuniones también se revisan y/o determinan los planes individuales de tratamiento integral de cada usuario, como la condición clínica de este respecto a la semana anterior, el tratamiento farmacológico actual y sus posibles variaciones, definen y contactan redes de apoyo, intervenciones a realizar con cada uno, entre otras acciones. Asimismo, un funcionario menciona que "*la visión del médico sobre todo es lo que prima sobre la continuidad del tratamiento*", limitando el desarrollo de un plan integral y participativo de *recuperación*.

[29] Reuniones equipos UHCIP (Hospital Base Valdivia, Servicio de Psiquiatría, s/f).

Sobre el uso de consentimiento libre e informado en la Unidad[30], se establece que, para efectos del tratamiento médico, este se entiende como "*el derecho de toda persona que tiene de denegar u otorgar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento asociado a su atención de salud*", por lo que sí existiría la posibilidad de negarse al tratamiento de parte de los usuarios. Además, el mismo documento destaca que "*este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible*". En esta línea, en la revisión de fichas clínicas se observa que todos los pacientes firmaron el consentimiento respecto a la hospitalización y el tratamiento, al momento del ingreso a la unidad. También se observa que siempre firman un consentimiento distinto para las Terapias Electroconvulsivas (TEC) y para el uso de Clozapina, tanto el paciente como un miembro de familia o persona responsable. A pesar de ello, en la entrevista a un usuario que ingresó con su consentimiento, menciona que fue internado de forma involuntaria en la unidad: "*simplemente me trajeron. No firmé el consentimiento. No me preguntaron en ningún momento si quería estar aquí*". Por otra parte, se observó la situación de una usuaria que había ingresado de forma involuntaria a la unidad y no quería tomar medicamentos, frente a ello, el equipo tratante planteó la opción de "molerlos" lo que constituye una práctica que no garantiza el derecho a rechazar el tratamiento. Finalmente, el marco normativo a nivel nacional no establece que se debe informar de las internaciones involuntarias[31] a una autoridad legal, por lo tanto, no está garantizado el derecho de los usuarios a realizar apelaciones si han sido hospitalizados o tratados en contra de su voluntad, así como acceder a representantes legales para realizar dichas apelaciones.

En cuanto a la interacción respetuosa entre el personal y los usuarios, el reconocimiento de los usuarios en su capacidad de comprender la información y tomar decisiones, en las entrevistas ellos mencionan que han recibido orientación frente a sus problemas y se sienten escuchados en la unidad, sin embargo, un funcionario refiere que en algunas situaciones "*hay una manera muy asistencial e infantilizan mucho a las personas*". Respecto a la entrega de información a los usuarios sobre sus derechos, la mayoría de ellos manifiesta que no han recibido información y los funcionarios señalan que solo lo realizan de manera verbal, no por escrito. Se pudo corroborar que la entrega de información respecto a la Ley 20.584 se entrega en el documento firmado por familiares cuando el usuario ingresa a la unidad[32]. Al respecto, un

[30] Guía de internación Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) (Servicio de Salud Valdivia, Hospital Base Valdivia, Servicio de psiquiatría, 2020)

[31] Importante aclarar los tres tipos de internación definidos en la Guía de internación Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) (Servicio de Salud Valdivia, Hospital Base Valdivia, Servicio de psiquiatría, 2020):

- Internación voluntaria: es aquella que nace de un acuerdo libre e informado entre el paciente y/o familiares de éste, y su médico tratante basado en la comprensión de la indicación médica y/o solicitud de la propia persona. Puede ser de urgencia o programada.
- Internación no voluntaria: Es aquella de carácter no voluntario, pudiendo ser de urgencia no voluntaria, administrativa y judicial.
- Autoridad Sanitaria: Es el Secretario Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de la región.

[32] Documento sobre Información a familiares al ingreso de la UHCIP.

funcionario menciona: "*pocas veces se da el espacio para que el paciente esté al tanto de sus derechos, hay pacientes que se han ido disconformes por el trato de funcionarios*".

Sobre la entrega de información para que los usuarios puedan tomar decisiones en cuanto a la atención recibida, un funcionario señala que "*creo que no se hace lo suficiente porque muchas veces solamente se explica y no se pregunta al paciente si entendió*", contraponiéndose a la claridad mencionada en el consentimiento libre e informado señalado anteriormente. Por otra parte, un funcionario señala que la entrega de información sobre el diagnóstico, evaluación y tratamiento al momento del alta "*se realiza de forma verbal y escrita, en la epicrisis médica y de enfermería, firmada por usuario o familiar, según sea el diagnóstico*". En cuanto al resguardo del derecho de los usuarios a nombrar a una persona o a una red de personas de apoyo para tomar decisiones sobre su tratamiento o asuntos personales, un funcionario menciona que "*la idea es trabajar con los equipos y la familia, trabajar con la red de apoyo más cercana*". De esta manera, para la unidad las principales redes de apoyo se limitan principalmente al entorno familiar. Al respecto, un funcionario señala que "*se respeta la decisión de un familiar o cercano porque es crucial en el tratamiento del paciente*", pero no se consideran otras personas o redes comunitarias que pudieran apoyar a los usuarios a tomar sus propias decisiones, evitando la toma de decisiones sustitutivas.

Finalmente, respecto al derecho de los usuarios a la confidencialidad y acceso a su información de salud personal, cabe señalar que todos los usuarios tienen fichas clínicas individuales desde el ingreso y se mantienen en un estante abierto, en la estación de enfermería. Sobre el acceso por parte de los usuarios de la información contenida en sus fichas clínicas, un usuario refiere "*eso lo maneja el funcionario, no tengo acceso a ello*". Al respecto, un funcionario aclara que los usuarios pueden solicitar su ficha clínica por medio de OIRS, donde se tramita la solicitud para dar acceso a ellos o sus representantes legales. En relación al derecho de los usuarios sobre agregar opiniones o comentarios a sus fichas clínicas, no se observa ninguna ficha donde los pacientes hubieran agregado información escrita, a pesar que un funcionario declara que se les permite agregar dibujos.

Tema 4. Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (artículos 15 y 16 de la CDPD)

Sobre la manera en que el personal trata a los usuarios se retrata que predomina un trato respetuoso y digno. Al respecto, los usuarios mencionan: "*me parece que hay un buen trato, de buscarle la buena a los pacientes*", "*los tíos tienen buen genio, no se enojan*", "*nos tratan a todos bien, nos tratan a todos por igual se podría decir*". Sin embargo, también mencionan situaciones en que han recibido maltrato verbal: "*si nos da una crisis, a veces nos gritan y dicen que la cortemos*", "*los tíos a veces gritan*". A su vez, el uso de malas palabras y actitudes de menosprecio también se manifiesta en las entrevistas con funcionarios: "*hay funcionarios que no les hablan bien a los usuarios*", "*de repente hay un trato despectivo y eso igual es violento*", "*hay colegas que tienen un concepto un*

poco arcaico del trato, a veces refieren apreciaciones personales con poco tacto hacia los pacientes", "*hay personas que infantilizan y tienen poca paciencia*".

Sumado a lo anterior, se mencionan situaciones en que se habría utilizado la administración de medicamentos como una forma de control. Al respecto, un funcionario relata: "*Hay pacientes que llegan con orden judicial de hospitalización, en muchas ocasiones son pacientes de alto riesgo y de difícil manejo, para garantizar la seguridad se opta por medidas farmacológicas*". A su vez, otro miembro del personal relata que "*varias veces una funcionaria amenazó a un par de pacientes que si no se comportaban los iba a tener que inyectar, pero con un tono de amenaza, no de diálogo*".

Se tomó conocimiento de dos situaciones graves contra usuarias por parte de funcionarios de la Unidad: La primera trata de un abuso sexual reiterado contra una menor de edad, cuyo sumario se encontraba terminado por sobreseimiento, y conforme a lo informado en las entrevistas, el funcionario habría sido únicamente cambiado de servicio. No se recibió información del estado de la investigación llevada por parte de la fiscalía, a la cual se denunció vía oficio con fecha 23 de junio de 2020, habiendo ocurrido los hechos aproximadamente un año antes, el 24 de septiembre de 2019.

Se hace presente que la información proveída por parte del hospital es confusa e incompleta y no permite comprender el orden en que ocurrieron los hechos, en particular, la fecha de los abusos, el sumario y la denuncia. Asimismo, tampoco se informan acciones reparatorias para la denunciante o de prevención de futuros abusos, tomando en consideración que es una usuaria que ha vuelto a la Unidad en diversas oportunidades, encontrándose internada al momento de la visita.

La segunda situación se refiere a una funcionaria que habría encerrado con llave y sin acompañante a una usuaria en la sala de terapia durante una noche en septiembre del año 2020. En entrevista con funcionarios se toma conocimiento de otras situaciones graves que involucran a la misma persona: "*Trataba a los pacientes de manera despectiva, no tenía paciencia, los trataba mal*", "*El caso de la enfermera yo si la he visto tratar mal a los usuarios, de manera despectiva…*", "*También por ejemplo la misma enfermera le administraba PRN*[33] *doble cuando algún usuario estaba muy demandante*". De acuerdo con los antecedentes recopilados, la denunciada continuó trabajando posterior al hecho de aislamiento denunciado por un grupo de funcionarios a la jefatura, y al momento de la visita estaba ausente por licencia médica. Según lo comunicado por el Hospital, la funcionaria se incorporó a la unidad el día 6 de marzo del 2021 y al momento del cierre de este informe se encontraba en proceso la solicitud de cambio de servicio a otra unidad del Hospital, realizada tanto por la Jefatura del Servicio de Psiquiatría, como por la misma funcionaria. Respecto este caso, de acuerdo a lo comunicado por la unidad correspondiente, ante la denuncia de los funcionarios se inicia un proceso de sumario administrativo, el cual se encuentra en estado de *reapertura* con fecha 16 de marzo de 2021,

[33] PRN: Medicamento de rescate, según necesidad, administrado como contención farmacológica.

es decir, este se encontraba cerrado al momento de la vista y solo con posterioridad a ésta se habría re abierto. Respecto a una eventual denuncia penal por parte del Hospital, según lo reportado, se encuentran en espera de resultados de las investigaciones sumarias para determinar los pasos a seguir. El CPT considera grave la ausencia de denuncia penal puesto que, independiente de los resultados, se trataría de hechos de maltrato que podrían llegar a constituir el delito de apremios ilegítimos u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Así también, resulta preocupante para el CPT que en este último caso no se recibieron las carpetas de las investigaciones sumarias, sino únicamente una planilla Excel en que se describe de manera superficial información sobre el órgano que instruye el sumario, una breve descripción de los hechos y el estado en que se encuentra. Por tanto, se desconoce si efectivamente se realizaron las diligencias pertinentes o no, la celeridad de las investigaciones y cualquier otra información al respecto. Finalmente, los funcionarios en las entrevistas dan cuenta que la jefatura no ha tomado una actitud crítica y activa respecto a estas situaciones y no se han abordado fórmulas para prevenir estos abusos en el futuro, con los miembros del personal y los usuarios del establecimiento.

Por otro lado, durante la visita, se percibió una situación de descuido físico y emocional en el caso de una usuaria recién ingresada a la unidad, que se encontraba gritando en la sala de aislamiento y con contención física. Por intervención de la experta del Comité, se comprueba que el motivo de sus gritos se debía principalmente a que tenía sed, efecto secundario común para el tipo de medicación empleada en el recinto. En esta situación, se observa cierta naturalización de los gritos y despreocupación por las necesidades de los usuarios. Frente a este tipo de situaciones de descuido físico y emocional, un funcionario refiere "*me consta que ha ocurrido por la falta de personal*" y un usuario relata lo que ha percibido en la unidad: "*jóvenes que lloran, que están abrumados, piden ayuda y los paramédicos los amarran, los inyectan*".

Respecto a las medidas para prevenir y afrontar abusos, una funcionaria refiere que *"incentivan a escribir todo a través de OIRS, además si se recibe una denuncia, la jefatura la investiga a través de distintas fuentes, siempre se solicitan sumarios y se asesoran con el departamento jurídico del hospital, quien lleva las denuncias y juicios*". De esta manera, los funcionarios refieren que hay un protocolo establecido ante situaciones de abuso y descuido, donde se informa a la jefatura de unidad y se siguen los lineamientos desde asesoría jurídica. Al cierre de este informe, no se ha recibido la política del establecimiento sobre el manejo de incidentes de abuso o descuido en la unidad. Al respecto, un funcionario describe el procedimiento utilizado: "*se hace un sumario, hay un sumario administrativo, donde se entrevista a las personas que fueron testigos de lo que pasó y también se sigue una resolución en relación a la condición en que va a quedar la persona que cometió al acto, gente que también participó en el acto y si se les considera que fueron responsables, se les desvincula del servicio*".

Respecto a las medidas tomadas para apoyar a los usuarios que han sido víctimas de abuso, se menciona que en la situación de abuso sexual se entregó apoyo a la usuaria afectada y como medida de protección se impidió que el funcionario tomara contacto con ella siendo

removido de la unidad. Adicionalmente, funcionarios señalan un impacto del caso de abuso físico/psicológico en relación al clima laboral, tensionando relaciones entre ellos mismos, afectando a algunos emocional y psicológicamente, sumado a la falta de apoyo de la jefatura hacia el personal, lo cual es delicado, tanto para la salud mental de los funcionarios, como un posible factor de riesgo en cuanto al trato hacia los usuarios.

En relación a las medidas de contención y de aislamiento al interior de la unidad, se mencionan diversas situaciones en que se han utilizado, siendo una práctica institucionalizada y habitual. Según información proporcionada por la unidad, 233 usuarios recibieron contención física durante el año 2020[34]. Desde la voz de los usuarios, se menciona el uso de contenciones como una práctica común en los ingresos: "*cuando yo llegué me amarraron injustamente, me inyectaron igual, después a los tres días me soltaron*", "*cuando desperté y estaba lúcido estaba amarrado, ni sé por qué estaba amarrado a la cama, pero desperté así. Luego me volvieron a atar, a pesar de que estaba lúcido, estaba consciente. Después como al día después me sacaron para que yo fuera libre, pero no sé por qué me amarraron en primer lugar*". Una situación similar es relatada por un familiar: "*yo la vi y la tenían amarrada de manos y pies, estaba completamente drogada. Me dio rabia verla así, ¿por qué no la sacaban para comer?, tenía sed así que pedí que le trajeran agua. A uno como madre le duele, la impotencia, llevarla al baño para lavarla, me dijeron que no podían hacer nada. La tenían igual que un animal, dos días ahí amarrada*".

Del mismo modo, los usuarios mencionan el uso de las contenciones como mecanismo de amenaza, para el control conductual y como medida de castigo: "*ha habido personas que quieren su alta y lloran, les dan pastillas y se aburren, yo no puedo hacer nada, los (...) hay que tener buena conducta sí. El que se porta bien no lo amarran, hacerle caso al tío, participar de las terapias, estar tranquilito, relajarse, tomar sus remedios, portarse bien y eso, portarse bien no lo amarran nada a uno*", "*me amarran porque me porto mal, me amarran con las dos manos de la camisa y los pies amarrados, en la cama, hasta que el doctor diga*", "*la del llaverito me amarra, me afirma las manos, me dicen que no haga esto, que me porte bien, que no sea insolente*". También algunos funcionarios mencionan el uso de las salas de aislamiento para fines de contención ambiental pero que, como se mencionó anteriormente, actualmente se están utilizando como parte de las medidas sanitarias producto de la pandemia y si hay alguna disponible, se usan para casos que requieren mayor supervisión, como trastornos alimentarios graves.

La unidad cuenta con un "Protocolo de Contención Física de Pacientes en Agitación Psicomotora"[35], que establecen indicaciones generales, contraindicaciones y abordaje alternativo, procedimientos para la contención física de pacientes, medidas de prevención de eventos adversos asociados a la contención física, consecuencias perjudiciales de la inmovilización de los pacientes con contención física, así como el programa de supervisión

[34] Documento "Indicadores de calidad contención física 2020" UHCIP, Hospital Base Valdivia.

[35] Protocolo de Contención Física de Pacientes en Agitación Psicomotora. Unidad de Calidad y Seguridad del paciente, Hospital Base Valdivia, 2015.

de cumplimiento de protocolo de contención física de pacientes. Al consultar sobre las medidas de contención, un funcionario señala que "*siempre se usa la física, sobre todo ahora para poder tranquilizar a los pacientes, pero con todos los protocolos*". Al respecto, otro funcionario menciona que el protocolo establece que "*lo primero es la contención verbal, alejarlo de la presencia de otros pacientes, luego la contención ambiental, llevarlo a un espacio seguro. Después en caso de que sea necesario, contención farmacológica. En último caso, contención física. Por protocolo ese es el orden, pero no siempre se cumple*". Sobre este punto, un funcionario señala que cuando la alteración del paciente es mucha "*se pasa directo a la contención física y después a la farmacológica*". Con relación al registro de los casos de aislamiento y contención, los funcionarios señalan que por protocolo tienen la obligación de hacerlo y todas deben ser registradas antes del fin de la jornada. En la ficha interna de cada usuario, se observa el registro de los aislamientos y contenciones físicas o farmacológicas entregadas, incluyendo fecha, hora, duración y motivos. Este registro es manual, lo cual dificulta la sistematización de la misma y se envía un registro mensual a la SEREMI solo del uso de contenciones físicas. Respecto a este procedimiento, se completa un protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con contención física y una hoja de registro, en los que se incluye la naturaleza y duración. En la revisión de esta documentación del mes de enero de 2021, doce usuarios recibieron contención física, de los cuales destaca uno que se encuentra hace más de 4 años en la unidad con diagnóstico de "*retardo mental severo y psicosis secundaria*", que recibió contención durante todo el mes, 31 días (intermitente), por el riesgo de hetero o autoagresiones[36]. Otro usuario con "*policonsumo: paciente imputado por homicidio*" recibió contención durante 8 días, 18 horas y 40 minutos. Finalmente, otra usuaria que ingresó de manera involuntaria por hospitalización administrativa bajo resolución de SEREMI, recibió contención durante 3 días, 1 hora y 15 minutos.

Respecto a la sustitución del uso de aislamiento y contención con herramientas y técnicas para *atenuar el escalamiento*, dos funcionarios señalan que el personal no se encuentra capacitado para implementar esta política: "*creo que la contención física se usa como en primera instancia y la contención verbal, que debería ser la primera, no se está llevando a cabo. Creo que es porque no saben llevarla a cabo y por eso se procede al tiro a la física o farmacológica*", "*hay muchos que no saben bien cómo aplicar la contención verbal. Y esto podría evitar mucho llegar a las otras contenciones. A veces por no esperar cinco o diez minutos acompañando a las personas, se pasa a la contención farmacológica y después a la física*".

Respecto a las medidas orientadas a aprender de los usuarios sobre los posibles gatillantes y estrategias para atenuar las crisis, no se han implementado mayormente en la unidad. En la revisión de documentación sobre contenciones del mes de enero 2021, destaca el uso de este procedimiento en 9 ocasiones con una usuaria y en 4 oportunidades con otro usuario, en la que incluso una contención física fue implementada durante 2 días. De esta manera, se observa la ausencia de una política de orientación firme para discontinuar el uso del aislamiento y la contención, en que el usuario pueda identificar posibles gatillantes de crisis,

[36] Funcionarios mencionan que es "la única manera" de evitar que se dañe a sí mismo o a los demás.

así como los factores que considera útiles para aminorar dichas situaciones. Al respecto, si bien un usuario menciona que ha solicitado que lo inyecten cuando se siente mal, siendo acogida por el personal y otro funcionario menciona que ha conversado con algunos usuarios métodos preferidos de intervención en crisis, no se trabaja de manera personalizada o sistemática en la unidad, ni se deja un registro en sus planes de recuperación para que la información esté disponible para todo el personal.

Sobre el uso de Terapia Electroconvulsiva (TEC) en el establecimiento, este procedimiento se aplica en conformidad con las orientaciones de la Norma Técnica TEC[37], el Protocolo de prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos[38] y el Protocolo de Evaluación Preanestésica[39]. Al momento de la visita, un usuario ingresó a su quinta sesión de TEC y se constató el uso de consentimiento y su realización en pabellón, con anestesia y relajante muscular. En cuanto al consentimiento libre e informado (CI) para la aplicación de TEC, un funcionario sostiene que "*siempre se firma el CI y se le explica a los usuarios y familiares el procedimiento, los riesgos y efectos secundarios, por protocolo*". Con todo, otro funcionario señala que "*hay un protocolo y un formato de consentimiento, cuando el paciente no puede responder, autoriza el familiar. No siempre se pide el consentimiento del usuario*". A su vez, según la documentación proporcionada por la unidad, desde el año 2017 a la fecha, la TEC solo se ha utilizado en mayores de edad. Al respecto, es importante señalar que en la norma técnica de TEC del Ministerio de Salud proporcionada por el establecimiento corresponde al año 2000 y en ella se establece que se puede aplicar este procedimiento con el consentimiento del familiar o tutor, por lo tanto, no garantiza que no se administre TEC sin consentimiento informado del paciente. Por otra parte, en el documento no se señala que no se puede administrar TEC a menores de edad y no existen directrices claras, ya que no constituye una guía basada en evidencia y sólo incluye criterios clínicos generales respecto a la administración de TEC. Finalmente, respecto al uso de psicocirugía u otros tratamientos irreversibles, así como abortos y esterilizaciones, en las entrevistas se señala de forma uniforme que estos procedimientos no se realizan al interior de la unidad.

Con relación a la realización de experimentos médicos o científicos, el establecimiento cuenta con un "Procedimiento para autorizar la ejecución de investigaciones en seres humanos en el Hospital Base Valdivia"[40]. Al interior de la unidad, un funcionario señala que "*siempre se firma CI, actualmente no existe ningún estudio clínico en curso*" y cuando se han realizado, han contado con la aprobación previa del comité de ética del hospital y del Servicio de Salud.

---

[37] Norma Técnica Terapia electroconvulsivante modificada. Ministerio de Salud, 2000.

[38] Protocolo de prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos. Unidad de calidad y seguridad del paciente, Hospital Base Valdivia, 2016.

[39] Protocolo de evaluación pre-anestésica. Subdirección de gestión clínica asistencial, Hospital Base Valdivia, 2018.

[40] Procedimiento para autorizar la ejecución de investigaciones en seres humanos en el Hospital Base Valdivia. Unidad de calidad y seguridad del paciente, HBV, 2020.

Finalmente, con relación a los procedimientos para que los usuarios puedan presentar apelaciones y reclamos acerca de violaciones de derechos que ocurren en el establecimiento, en las entrevistas los usuarios señalan no tener mayor información respecto a este tema y los funcionarios mencionan el buzón de la OIRS y la opción de hablar directamente con el médico tratante. En este sentido, un funcionario indica que este procedimiento administrativo es el que predomina en la unidad: "*al paciente se le da papel, lápiz y sobre, se informa de la existencia de OIRS, en caso de que algún paciente indique instancia de abuso y maltrato, se les informa de los mecanismos para denuncias, pero uno no la acoge, solo he facilitado materiales*". Sin embargo, en este caso los reclamos no se presentan a un organismo legal externo e independiente y los procedimientos no son confidenciales. Con relación a los mecanismos de protección para los usuarios que presentan reclamos, una funcionaria señala que cuando han ocurrido situaciones de denuncias graves "*se gestiona reemplazo de funcionario denunciado y se traslada y el fiscal define si se abre sumario*". Al respecto, al cierre de este informe no se ha obtenido por parte de la unidad la política del establecimiento sobre medidas para prevenir los malos tratos o abusos contra los usuarios y las medidas de protección frente a repercusiones negativas en caso de presentar reclamos. Por otra parte, los usuarios no tienen acceso a representación legal u organizaciones de derechos humanos que les ayuden a defender sus derechos y presentar apelaciones. Finalmente, se confirma que la Unidad no había recibido supervisiones por parte de autoridades independientes con el objetivo de detectar y prevenir violaciones de derechos en contra de los usuarios y para promover los derechos humanos.

Tema 5. El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (artículo 19 de la CDPD)

Respecto a la información y apoyos que han recibido los usuarios para acceder a opciones de vivienda y recursos económicos para vivir en la comunidad, en las entrevistas los funcionarios señalan que informan sobre opciones de vivienda, aunque no hay muchas alternativas debido a la escasez de hogares y residencias en la región. Del mismo modo, otra funcionaria enfatiza que "*cuando el paciente se va de alta la idea es que siempre tenga una red, independiente que sea de la tía, de la abuela, pero debe tener una situación sobre todo de vivienda y de red de apoyo*". También reportan que se entregan orientaciones para obtener la credencial de discapacidad y recibir la pensión básica solidaria por esa condición. En esta línea, se tomó conocimiento de trámites y gestiones diversos que un usuario requirió y que fueron realizados por una funcionaria.

Con relación a la información y apoyo que han recibido los usuarios para acceder a oportunidades de educación y empleo en la comunidad, los funcionarios señalan en las entrevistas que "*acá se empieza el trabajo y apoyo, pero se continua en el policlínico o CESAMCO, cuando son dados de alta*". De esta manera, es un aspecto que no se prioriza en la unidad, en relación a la relevancia que le otorgan los usuarios, quienes enfatizan que les gustaría seguir estudiando o volver a trabajar: *"yo iba a entrar a estudiar en el Centro de Formación Técnica, pero estoy aquí perdiendo el tiempo*", "*me gustaría trabajar, pero en algo que me entretenga*". Incluso un usuario

menciona que no le han preguntado sobre el desarrollo de una carrera laboral o la posibilidad de retomar los estudios: "*a nadie le interesa eso, creo que me han preguntado una sola vez*".

Respecto a la información y apoyo que han recibido los usuarios para participar plenamente en la vida política y pública, así como ejercer su libertad de asociación, los funcionarios señalan que en los talleres de rehabilitación analizan las noticias semanales y que se han implementado modalidades de apoyo y asistencia para que los usuarios puedan salir a votar, pero para el plebiscito del 2020 no se implementó a causa de la pandemia. Ahora bien, respecto a la participación en organizaciones políticas y religiosas, es algo que no está contemplado en la unidad, al respecto, un funcionario señala que "*no están permitidas las biblias o todo lo que tenga que ver con política o terror, porque aumenta el delirio sobre todo de tipo religioso*".

Finalmente, con relación a la información y apoyo que han recibido los usuarios para participar en actividades sociales, culturales, religiosas o de recreación de su preferencia, en general se plantea que es información que se entrega en la modalidad ambulatoria. A su vez, un funcionario comenta que por la pandemia no pueden ingresar ni salir personas del exterior, pero antes de la pandemia tenían actividades programadas, como salidas a parque. Por último, un usuario comenta que "*no se puede tener ningún artículo religioso, pero si pongo una canción cristiana me lo respetan*".

IV- BUENAS PRÁCTICAS DE LA UHCIP

A continuación, se destacan buenas prácticas de la Unidad, las cuales conversan directamente o se acercan a lo propuesto por la CDPD:

- En relación al funcionamiento y prácticas de la UHCIP, se destaca, primero que todo, el hecho de que en la Unidad no se ejecuten psicocirugías ni esterilizaciones forzosas. En cuanto a la alimentación, se destaca la existencia de un menú balanceado y adaptado a las necesidades de los usuarios. En relación a la prevención de enfermedades, se destaca positivamente la realización de exámenes generales a todos los usuarios al ingreso, según grupo etario y comorbilidades.

- En relación a los funcionarios que trabajan en la UHCIP, se destaca la limpieza de la Unidad, el buen trato hacia los usuarios observado durante la visita, la dedicación y esfuerzo por otorgarles una mejor calidad de vida. Ejemplos de ello son la organización de celebraciones en cumpleaños y festivos, así como también la creación de un huerto en el jardín de la unidad. En cuanto a los talleres ejecutados por el equipo de Salud Mental, se destaca la participación activa de los usuarios durante las actividades.

- En cuanto al manejo y control de la situación sanitaria actual, se destaca el buen uso de protocolos y prácticas de prevención y manejo, por parte de los funcionarios de la Unidad.

V- CONCLUSIONES

El presente informe da cuenta de los pasos y aspectos involucrados en una visita exhaustiva e integral de carácter preventivo en el área de Salud Mental. Como una primera conclusión en relación a la visita y el pilotaje de los instrumentos y protocolos empleados, se puede señalar que el *Instrumento de calidad y derechos de la OMS* es una herramienta que junto a las recomendaciones elaboradas por el área de Protocolos del MNPT, permiten conocer y analizar las fortalezas y debilidades de la unidad visitada en relación al respeto de los derechos humanos de los usuarios. Este conjunto de herramientas permitió en este caso relevar tanto buenas prácticas, como vulneraciones a los derechos humanos, en relación a lo establecido en la CDPD.

Se destaca el buen cumplimiento de los primeros dos temas abordados, ***el derecho a un nivel de vida adecuado*** y ***el derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible***, los cuales, a partir del análisis y triangulación de la información y evidencia recolectada, obtienen ambos un nivel L/P (Logrado Parcialmente). Esto significa que hay evidencia de que ambos temas se han cumplido, pero necesitan una cierta mejora. No se trata de mejoras significativas, sino que son de posible alcance a corto plazo. Es un hecho reconocido que muchas de estas mejoras no dependen de la unidad ni del hospital en cuestión, sino más bien corresponden a temas estructurales del sistema de salud mental chileno y/o a la falta de financiamiento. Es por esto que las recomendaciones elaboradas se dirigen a las autoridades de niveles diversos que tienen responsabilidad en el trato y servicio recibido por los usuarios, involucrando por tanto a las autoridades de la Unidad, la administración del Hospital Base Valdivia y a las autoridades gubernamentales. Resulta urgente que todas ellas tomen conocimiento del monitoreo en relación al respeto y garantía de los derechos humanos y prevención de la tortura, para visibilizar una problemática que afecta de forma transversal a los servicios de salud del país y con fuerte impacto en la calidad de atención recibida por los usuarios. De esta forma, se destaca el esfuerzo de la unidad y sus funcionarios por cumplir con estos temas propuestos por la OMS de la mejor manera posible dentro de su realidad y recursos disponibles. A pesar de ello, hay aspectos mejorables relacionados con gestión o implementación de los recursos, así como de favorecer la implementación y práctica del enfoque de derechos humanos al interior de la unidad, acciones que se mencionan en el apartado de recomendaciones.

Por otro lado, los temas con niveles de logro más bajos corresponden al tema 3 (***El derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona***), el tema 4 (**P*rotección contra la tortura y tratos o penas crueles,***

***inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso*)** y el tema 5 **(*El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad*)**, obteniendo un nivel de logro L/I (Logrado Inicialmente). Esto quiere decir que hay evidencia de que el tema se ha cumplido, pero se necesita una mejora significativa. En el apartado de recomendaciones nos referiremos a sugerencias específicas para cada uno de estos temas. No obstante, es importante mencionar que si bien se comprende que el reglamento de funcionamiento de las UHCIP a nivel nacional no favorece el desarrollo de estos elementos- especialmente del tema 3 y el 5- esto no debe significar replicar la lógica institucional y estructural, sino que debe ser un incentivo para cambiar y mejorar las prácticas de manera significativa a nivel nacional. Desde esta perspectiva, el tema que más preocupa al CPT es el bajo nivel de logro obtenido en el tema 4, relativo al buen trato y la protección contra la tortura.

Resultan particularmente graves los casos de abuso sexual reiterado contra una menor de edad y el encierro de una usuaria, ambos casos atentan directamente contra la dignidad de los usuarios y la protección de la tortura y tratos o penas crueles inhumanos o degradantes. Como se señaló, el CPT recibió información insuficiente respecto al segundo caso, lo que impidió conocer tanto el detalle de los hechos, como de las acciones emprendidas, pero conforme lo conocido, la reacción de las autoridades ante ambos hechos parece insuficiente y no propenden a sancionar, reparar y prevenir futuros abusos de forma adecuada. En cuanto al caso del encierro se considera grave la ausencia de denuncia penal y una errada señal de tolerancia hacia este tipo de delitos. Esto es especialmente grave si se considera que, según la señalado el Comité contra la Tortura, órganos a cargo de la supervisión de la Convención contra la Tortura, *"El Estado es responsable y sus funcionarios deben ser considerados autores, cómplices o responsables por otro concepto en virtud de la Convención por consentir o tolerar esos actos inaceptables"*[41]. A esto se suma que la información recolectada da cuenta de consecuencias negativas en el entorno laboral y bienestar de los funcionarios, existiendo gran preocupación entre ellos.

Llama también la atención la alta naturalización de prácticas que pueden ser prevenidas y modificadas con una mejor formación y capacitación del personal para enfrentar las crisis de los pacientes, tales como el uso de salas de aislamiento, aplicación de contenciones farmacológicas y utilización frecuente de contenciones mecánicas. Preocupa especialmente el caso de un usuario con diagnóstico de "retardo mental severo y psicosis secundaria", el cual se encuentra en la unidad hace más de cuatro años debido a la ausencia de redes de apoyos y entornos inclusivos, lo que ha derivado en contenciones mecánicas prolongadas, y preventivas, por los riesgos de auto y hetero agresión; lo cual da cuenta también de la escasez de redes y servicios adecuados a las necesidades de los usuarios y a la protección de derechos humanos de los mismos. De esta forma, la falta de recursos y la ausencia de preparación del personal desde un enfoque de derechos, ha tenido como consecuencia la naturalización de este tipo de prácticas. Al respecto, el Comité sobre los Derechos delas Personas con

[41] Comité contra la Tortura. Observación General N°2 de 24 de enero de 2008. UN Doc. CAT/C/GC/2, párr. 18.

Discapacidad, ha solicitado expresamente que los Estados partes *"protejan la seguridad y la integridad de las personas con discapacidad privadas de libertad, entre otras cosas, eliminando el recurso a los tratamientos forzosos, el aislamiento y los diversos métodos de inmovilización en establecimientos médicos, con inclusión de las medidas de contención física, farmacológica y mecánica"*[42], de acuerdo con la prohibición y prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes establecida en el artículo 15 de la CDPD. En esta misma línea, se identifica un déficit de preparación y educación en materia de derechos humanos al interior de la unidad, así como la necesidad de promover espacios de participación social y ejercicio de ciudadanía en los usuarios e instancias de autocuidado y fomento del buen clima laboral en los funcionarios

VI- RECOMENDACIONES

El apartado de recomendaciones contiene dos secciones: la primera corresponde a las "recomendaciones al Ministerio de Salud" dirigidas a la autoridad gubernamental a nivel central y la segunda "Recomendaciones UHCIP Hospital base Valdivia", se encuentran dirigidas al establecimiento visitado. Las recomendaciones están orientadas a establecer un diálogo colaborativo con las instituciones mencionadas para evaluar y definir en conjunto las condiciones y plazos de implementación de estas medidas.

5.1 Recomendaciones al Ministerio de Salud:

- Desarrollar e implementar una política integral para la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, así como de medidas de apoyo y protección a las víctimas de abuso al interior de los establecimientos de salud mental.
- Elaborar un diagnóstico a nivel nacional de las unidades de atención psiquiátrica cerrada de población adulta que reciben población infanto-juvenil, personas en conflicto con la justicia, personas migrantes y personas en situación de discapacidad en sus dependencias, con el objetivo de disminuir brechas de acceso, garantizar un abordaje intersectorial y mejorar las redes de atención de salud mental, de manera de que los grupos sociales mencionados sean atendidos en entornos que resguarden sus derechos y respondan a sus necesidades.
- Establecer un programa de capacitación y educación en temas de derechos humanos dirigido a personal de establecimientos de atención psiquiátrica, que promueva un acercamiento integral a la CDPD, poniendo énfasis en el ejercicio de *consentimiento libre e informado*, la elaboración de planes de *recuperación* y el diseño de *instrucciones anticipadas*.
- Promover el acceso de organismos independientes, representantes legales y defensores de derechos humanos a los establecimientos de atención psiquiátrica cerrada con el objetivo de proporcionar a los usuarios sistemas de apoyo en la toma

[42] Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad. En: Informe del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Asamblea General de Naciones Unidas, Documentos oficiales, septuagésimo período de sesiones, suplemento núm. 55 (A/72/55), p. 20.

de decisiones, información sobre sus derechos y mecanismos de apelación en cuanto a condiciones de hospitalización y tratamiento involuntario.

- Promover sistemas y redes de apoyo que garanticen el acceso a recursos financieros, oportunidades de educación y empleo, participación en la vida política y social a los usuarios durante su estadía en establecimientos de atención psiquiátrica cerrada, con el objetivo de garantizar el derecho a la vida independiente y la inclusión en la comunidad.
- Actualizar la norma técnica de Terapia Electroconvulsiva y establecer una política de implementación de métodos alternativos al aislamiento y contención para *"atenuar el escalamiento"* de crisis potenciales de acuerdo con las orientaciones del *Instrumento de calidad y derechos de la OMS*.

5.2 Recomendaciones UHCIP Hospital Base Valdivia por tema abordado:

Si bien todas las recomendaciones mencionadas a continuación son necesarias y urgentes de aplicar de acuerdo con los estándares internacionales de derechos humanos, se propone una separación entre recomendaciones para el corto, mediano y largo plazo según los recursos y gestiones necesarias para su implementación, definiendo los plazos adecuados para ello en Plan de Trabajo estipulado en el último apartado. En términos generales, se plantea que las medidas de corto plazo pueden abordarse desde la organización y gestión interna de la unidad, las de mediano plazo implican coordinaciones con otras unidades y estamentos del Hospital, finalmente, las de largo plazo requieren colaboración de otras redes institucionales a nivel local o podrán implementarse plenamente una vez superada la emergencia sanitaria.

5.2.1 Recomendaciones a corto plazo

- En cuanto a los dormitorios, separar por tramos etarios (especialmente entre NNA y adultos) y no exceder de tres camas por pieza, de manera que sean espacios confortables y permitan implementar un área para cambiarse de ropa en privado.
- Organizar horarios para levantarse y para ir a dormir que respondan a las necesidades individuales. Garantizar que las áreas para dormir estén disponibles para descansar durante el día para todos los usuarios si así lo desean.
- En los horarios de comida, establecer una distribución de las mesas que permita estimular la participación e interacción entre hombres y mujeres, posibilitando un ambiente hogareño.
- Promover la libertad de uso de ropa para todos los usuarios de la unidad, sin condición.
- Aumentar la duración de las comunicaciones telefónicas durante el periodo de pandemia y suspensión de visitas, y junto con ello destinar un dispositivo en la unidad para videollamadas por al menos media hora al día para cada usuario.

- Informar de forma periódica, y cada vez que sea necesario, al usuario sobre el propósito de los medicamentos y sus posibles efectos adversos, resguardando el derecho a rechazar el tratamiento.
- Establecer instancias participativas en que los usuarios puedan expresar sus opiniones, críticas y preocupaciones sobre la organización del servicio prestado, así como plantear mejoras, por ejemplo, a través de asambleas.
- Proveer información clara y completa sobre los derechos de los usuarios en forma escrita y verbal durante toda su estadía. Así también proporcionar información clara y completa sobre la evaluación, diagnóstico, opciones de tratamiento y *recuperación*, permitiéndoles tomar decisiones libres e informadas. Asimismo, se recomienda elaborar mecanismos para formular observaciones y/o reclamos independientes de la OIRS.
- Promover la participación del usuario en la construcción de su plan de *recuperación* orientado a garantizar el ejercicio de su capacidad jurídica. Para ello, se recomienda la construcción de *instrucciones anticipadas* que especifiquen la identificación de posibles gatillantes de crisis de parte de los usuarios, además de factores que logren aminorarlas y determinar sus métodos preferidos de intervención. Del mismo modo, incluir los proyectos de vida independiente en las áreas de educación, trabajo y participación en la comunidad.
- Adaptar la ficha de ingreso para que contemple aspectos de salud integral (exámenes de salud preventivos, cuidado de la salud sexual y reproductiva, metas y proyectos de vida, entre otros). Incluir en la ficha clínica la firma del consentimiento libre e informado en la entrega de métodos anticonceptivos.
- Facilitar el acceso a la información de las fichas clínicas de los usuarios cuando la soliciten. Adicionalmente, se recomienda agregar un apartado destinado a ideas, opiniones, comentarios y sugerencias de los usuarios, de manera de promover su participación activa en los planes de *recuperación*. A su vez, se sugiere mantener las fichas clínicas en un mueble cerrado en la estación de enfermería.
- Desarrollar un protocolo de prevención de las distintas formas de maltrato o abuso físico, psicológico, sexual o verbal, descuido físico o emocional al interior de la unidad, así como de actuación frente a temas relacionados y otras materias relevantes, que permitan adoptar medidas apropiadas y garantizar la protección de los usuarios que han sido víctimas de abuso o descuido al interior de la unidad.
- Realizar denuncia penal de forma inmediata, toda vez que se tome conocimiento de hechos que puedan constituir delitos, situación aún más urgente tratándose de delitos que afectan la dignidad de las personas.

5.2.2 Recomendaciones a mediano plazo

- Adaptar el Plan de Evacuación del Hospital al contexto de la UHCIP, ya que dicho manual no se refiere al manejo de personas en situación de discapacidad o con diagnósticos de salud mental, con especial atención a las ayudas que deben recibir personas sedadas, contenidas o en salas de aislamiento. En la misma línea, revisar el funcionamiento de las alarmas de humo, mejorar señalética adaptándola a diferentes discapacidades y realizar simulacros de carácter preventivo.
- Mejorar la calefacción para la temporada de invierno, contar con mayor cantidad de frazadas, instalar bases y tapas de baño en los inodoros y arreglar filtraciones de agua en los baños. Además, obtener implementos de higiene personal para personas sin redes de apoyo familiar y adaptar los baños para personas en situación de discapacidad física.
- Disponer de mayor cantidad y diversidad de materiales de lectura, implementos lúdicos y computadores en la sala de talleres.
- Desarrollar un programa de capacitación sobre salud mental y derechos humanos en conformidad con las normas internacionales, incluida la Convención sobre los Derechos para Personas con Discapacidad (CDPD), haciendo especial énfasis en la implementación de alternativas al aislamiento y contención con base en la aplicación de técnicas para "atenuar el escalamiento", motivando al personal en el uso adecuado de estas herramientas y un plan de educación continua para ir mejorando estas competencias.
- Garantizar el acceso a consejería individual de forma periódica a todos los usuarios de la unidad con el objetivo de desarrollar habilidades para la vida independiente y la inclusión en la comunidad.
- Eliminar desechos peligrosos del jardín y patios interiores de la unidad. Adaptar y dar uso a estos espacios con opciones de recreación a disposición de los usuarios y mayores actividades al aire libre (música, juegos, ejercicio físico, lectura, etc.).
- Implementar un entorno de Sala Gesell o "espejo", que permita garantizar la privacidad e intimidad de los usuarios en sus llamadas telefónicas.

5.2.3 Recomendaciones a largo plazo

- Articular un abordaje intersectorial para evitar la institucionalización de personas en situación de discapacidad en la unidad. Para ello, se sugiere la colaboración con el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) y otros organismos públicos que contribuyan a establecer estrategias de inserción en la comunidad, considerando aspectos de vivienda, educación, empleo y asistencia personal, por medio de la generación colaborativa de redes interinstitucionales y asignación presupuestaria.
- Establecer mesa de trabajo con el INDH regional y la Defensoría Penal Pública, que permita garantizar el acceso a la justicia para los usuarios, toda vez que lo requieran, como, por ejemplo, en la apelación sobre tratamientos o internaciones involuntarias.

- Aumentar la frecuencia de actividades comunitarias al interior del establecimiento, elaborando un plan de acción para la unidad en esta materia, incentivando la generación de convenios con redes de apoyo local.
- Implementar horarios de visita flexibles que permitan a los usuarios compartir con parejas, familia y amigos en más de un momento al día y en horarios adecuados, para aquellas personas que trabajan.
- Promover y facilitar la participación social de los usuarios en actividades políticas, culturales, religiosas y recreativas de su preferencia, así como en organizaciones de personas con discapacidad y defensa de derechos.

VI- PLAN DE TRABAJO

A continuación, se expone una lista de acciones a desarrollar por parte del CPT y de la UHCIP del Hospital Base Valdivia durante el año 2021:

- Realizar seguimiento bimensual al caso de funcionaria que se encuentra con sumario administrativo, posterior a la entrega del informe a la UHCIP.
- Coordinar mesa de trabajo con Jefe del departamento de Salud mental del Ministerio de Salud para abordar las recomendaciones acerca de la mejora del trato, las condiciones y la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en establecimientos de salud mental a nivel nacional.
- Coordinar mesa de trabajo con Director del Hospital Base Valdivia, Jefaturas de la UHCIP y Servicio de Salud de la Región de Los Ríos para la elaboración de un plan de mejoras que incluya las recomendaciones y utilice un proceso participativo que involucre a usuarios, familiares, personal y organizaciones de la sociedad civil.
- Comunicación trimestral con la unidad para realizar seguimiento de las recomendaciones estipuladas en el apartado de recomendaciones.
- Capacitación sobre obligación de denuncia y mecanismos de protección a víctimas de delitos en conjunto con instituciones especializadas en la materia.
- Apoyo en coordinación intersectorial con SENADIS y otros organismos públicos para evitar la institucionalización de personas con discapacidad.
- Entrega de material sobre derechos humanos y salud mental toda vez que la unidad lo solicite.

Comité para la Prevención de la Tortura

VII- ANEXOS

Anexo n° 1: Documentos y registros a solicitar UHCIP Hospital Regional Valdivia Visita Mecanismo Nacional de Prevención Contra la Tortura, Febrero, 2021

N°	DOCUMENTOS	SOLICITADO/ NO EXISTE	ENTREGA/ NO ENTREGA	OBSERVACIONES
1	Protocolo seguridad ante emergencias		ENTREGA 18/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en amarillo
2	Política /registro de mantención		ENTREGA 18/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en verde
3	Políticas que rigen convivencia		ENTREGA 24/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en calipso
4	Reglamento visitas		ENTREGA 24/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en calipso

5	Reglamento comunicación con exterior		ENTREGA 24/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en calipso
6	Reglamento rutinas /prohibiciones/ "de recreación"		ENTREGA 24/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en calipso
7	Reglamento privacidad	No existe		
8	Reglamento permisos para salidas		ENTREGA 24/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en calipso
9	Política de alimentación y limpieza		ENTREGA 24/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en fucsia
10	Menú semanal		ENTREGA 24/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en fucsia

11	Lista de turnos de limpieza del establecimiento		ENTREGA 24/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en fucsia
12	Políticas de ocupación del recinto (admisión/derivación/alta de pacientes)		ENTREGA 25/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en rojo
13	Registro ocupación actual del recinto		ENTREGA 25/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en rojo
14	Registro hospitalización administrativa; involuntaria posterior a urgencia; involuntaria posterior a voluntaria		ENTREGA 25/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en rojo

15	Listado de espera al establecimiento		ENTREGA 25/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en rojo
16	Políticas de alta		ENTREGA 25/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en rojo
17	Registro de alta		ENTREGA 25/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en rojo
18	Registro de negación de alta	No existe		
19	Registro funcionarios y forma de contratación		ENTREGA 25 y 26/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en rojo
20	Políticas capacitación en DDHH	No existe		

21	Políticas sobre planes de recuperación	No existe		
22	Políticas sobre instrucciones/decisiones anticipadas	No existe		
23	Políticas prevención, promoción en salud (ej. Vacunación, educación, solicitud de exámenes)		ENTREGA 26/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en gris
24	Políticas de respeto y promoción del consentimiento de los/as usuarios/as		ENTREGA 25/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en verde
25	Pautas de consentimiento (tratamientos y otros)		ENTREGA 25/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en verde

26	Registro de consentimiento para tomar medicamentos		ENTREGA 25/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en verde
27	Protocolo para informar a usuarios sobre tratamientos y alternativas		ENTREGA 25/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en verde
28	Registros de consentimiento de tratamientos		ENTREGA 25/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en verde
29	Protocolos información a usuarios sobre derechos y procedimientos de reclamo/denuncias /apelación		ENTREGA 25/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en verde
30	Políticas de prevención, detección, investigación y sanción de abusos, malos tratos y tortura			

31	Protocolos de reclamos y denuncias		ENTREGA 26/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en amarillo
32	Sumarios cursados y resolución		ENTREGA 26/03/21	Enviados directamente por la Abogado Rosset Duarte
33	Registros			Abogado Rosset Duarte los enviará el lunes.
34	Capacitación personal		ENTREGA 26/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en amarillo
35	Políticas sobre el uso de mecanismos de aislamiento y contención			
36	Protocolos		ENTREGA 23/03/21	
37	Registros		ENTREGA 23/03/21	

38	Capacitación del personal en herramientas y técnicas de uso de aislamiento, contención; "atenuar el escalamiento".		ENTREGA 23/03/21	
39	Políticas sobre Terapia Electroconvulsiva /Psicocirugía y cualquier otro procedimiento irreversible			En el Hospital Base Valdivia no se realiza Psicocirugía. Esterilización quirúrgica se realiza con Consentimiento informado o se puede recurrir al Comité de Ética del hospital.
40	Protocolos		ENTREGA 23/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en naranjo
41	Registros (consentimiento y procedimientos realizados)		ENTREGA 23/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en naranjo
42	Capacitación del personal en	No existe		Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el

	herramientas y técnicas			nombre destacado en naranjo
43	Políticas sobre experimentación médica			
44	Protocolos		ENTREGA 23/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en celeste
45	Registros	No existe		No hay estudios que se estén ejecutando en el Servicio de Psiquiatría.
46	Capacitación	No existe		
47	Políticas de inserción en la comunidad de usuarios	No existe		Se realiza inserción de los pacientes en la comunidad sobretodo una vez que se derivan a la atención ambulatoria o aquellos que son derivados a Hospital Diurno

48	Lista de medicamentos disponibles (últimos 4 meses)		ENTREGA 23/03/21	Los documentos se enviaron por correo en una carpeta con el nombre destacado en morado
49	Documentos COVID-19		ENTREGA 26/03/21	Los documentos se enviaron por correo en 5 carpetas con el nombre destacado en naranjo

Anexo n° 2: Personal que trabaja en la UHCIP

Número de funcionarios/as según profesión	**Número**	**En funciones**
Psiquiatras	2 jornadas parciales. Rotan cada 7 días	Sí
Psicólogos/as	1 por 44 horas semanales con rotación de psicólogo diurno	Sí
Médicos clínicos / Médicos Generales	3 becados, estudiantes de primer año de Psiquiatría de la Universidad Austral	Sí
Enfermeras/os	6 en total. Una jefa de servicio de psiquiatría, un enfermero coordinador de la UHCIP y 4 enfermeras de turno	Sí
Técnicos en enfermería / Paramédicos	13	Sí

Terapeutas Ocupacionales	Una rotación semanal con una terapeuta ocupacional del policlínico	Sí
Kinesiólogos	0	No
Fonoaudiólogos	0	No
Otros	2 asistentes sociales con rotación semanal y 4 auxiliares	Sí

Anexo n°3: Niveles de logro por tema, criterio y estándar.

Tema 1. El derecho a un nivel de vida adecuado (Artículo 28 de la CDPD)

- Puntuaciones Generales por estándar: L/I – L/I – L/P – L/P – L/P - L/P – L/I
- Promedio Tema 1: L/P

Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 1.1. La infraestructura se encuentra en buenas condiciones físicas	**L/I**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 1.1.1 La infraestructura se encuentra en buen estado de conservación (por ejemplo, las ventanas no están rotas, la pintura no se está descascarando de las paredes).	L/P
Criterio 1.1.2. La infraestructura permite acceso a personas con discapacidad física.	L/I

Criterio 1.1.3. La iluminación del edificio (natural y artificial), la calefacción y la ventilación proporcionan un ambiente confortable para vivir.	L/P
Criterio 1.1.4. Se dispone de medidas de seguridad para proteger a las personas contra incendios.	L/I
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 1.2 Los dormitorios son confortables y resguardan suficientemente la privacidad de los usuarios.	**L/I**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 1.2.1. Los dormitorios ofrecen suficiente espacio para cada usuario y sin hacinamiento.	L/T
Criterio 1.2.2. Los hombres y las mujeres, así como los niños y las personas mayores, disponen de dormitorios separados.	L/P
Criterio 1.2.3. Los usuarios son libres de elegir cuándo levantarse y cuándo ir a la cama.	N/I
Criterio 1.2.4. Los dormitorios permiten la privacidad de los usuarios.	N/I
Criterio 1.2.5. Existe ropa de cama limpia y en cantidad suficiente disponible para los usuarios.	L/P
Criterio 1.2.6. Los usuarios pueden mantener pertenencias personales y disponen de suficiente espacio para guardarlas con llave.	L/P
Estándar	**Puntuaciones Estándar**

Estándar 1.3 El establecimiento cumple con los requisitos sanitarios y de higiene.	**L/P**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 1.3.1. La infraestructura de la sala de baño e inodoros está limpia y funciona adecuadamente.	L/P
Criterio 1.3.2. La infraestructura de la sala de baño e inodoros otorga privacidad y separación para hombres y mujeres.	L/T
Criterio 1.3.3. Los usuarios tienen acceso regular a la sala de baño e inodoro.	L/P
Criterio 1.3.4. Existen medidas para las necesidades de baño e inodoro de los usuarios que se encuentran postrados en cama, o que tienen una movilidad reducida u otras discapacidades físicas.	L/I
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 1.4 A los usuarios se les brinda comida, agua potable para beber y ropa que se ajusta a sus necesidades y preferencias.	**L/P**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 1.4.1. Existe suministro suficiente de alimentos y agua potable, los que son de buena calidad y satisfacen las preferencias culturales de los usuarios y las necesidades de su salud física.	L/P

Criterio 1.4.2. La comida es preparada y servida en condiciones satisfactorias, y las zonas para comer son culturalmente apropiadas y reflejan las costumbres alimentarias de la comunidad.	L/P
Criterio 1.4.3. Los usuarios pueden usar su propia ropa y zapatos (ropa para el día y la noche).	L/P
Criterio 1.4.4. Cuando los usuarios no tienen su propia ropa, se les facilita ropa de buena calidad que cumple con sus preferencias culturales y es adecuada para el clima.	L/P
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 1.5 Los usuarios pueden comunicarse libremente, y se respeta su derecho a la privacidad.	**L/P**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 1.5.1. Las comunicaciones a través de teléfono, cartas, correos electrónicos e internet están disponibles gratuitamente para los usuarios, sin censura	L/I
Criterio 1.5.2. Se respeta la privacidad en las comunicaciones de los usuarios.	N/I
Criterio 1.5.3. Los usuarios pueden comunicarse en el idioma de su elección, y el establecimiento proporciona apoyo (por ejemplo, traductores) para garantizar que ellos puedan expresar sus necesidades.	L/P
Criterio 1.5.4. Los usuarios pueden recibir visitas, elegir a quienes quieren ver y compartir con sus visitas en cualquier horario razonable.	L/P

Criterio 1.5.5. Los usuarios pueden circular libremente por el establecimiento.	L/P
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 1.6 El establecimiento proporciona un ambiente acogedor, cómodo y estimulante que conduce a la participación activa y a la interacción.	**L/P**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 1.6.1. Existe mobiliario amplio, cómodo y en buen estado.	L/I
Criterio 1.6.2. La disposición del establecimiento es propicia para la interacción entre los usuarios, el personal y los visitantes.	L/P
Criterio 1.6.3. El establecimiento proporciona los recursos necesarios, incluido el equipamiento, para garantizar que los usuarios tengan la oportunidad de interactuar y participar en actividades de recreación.	L/I
Criterio 1.6.4. Dentro del establecimiento hay habitaciones que están específicamente designadas como zonas de recreación para los usuarios.	L/T
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 1.7 Los usuarios pueden disfrutar de una vida social y personal plenas y seguir participando en la vida y actividades comunitarias.	**L/I**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**

Criterio 1.7.1. Los usuarios pueden interactuar con otros usuarios, incluidos miembros del sexo opuesto.	L/T
Criterio 1.7.2. El personal hace posible las peticiones personales, tales como asistir a bodas o funerales.	L/T
Criterio 1.7.3. Se ofrece una serie de actividades programadas y organizadas con regularidad, tanto en el establecimiento como en la comunidad, que son pertinentes y adecuadas para la edad.	L/I
Criterio 1.7.4. El personal proporciona información a los usuarios sobre las actividades de la comunidad y facilitan su acceso a dichas actividades.	N/I
Criterio 1.7.5. El personal facilita a los usuarios el acceso a actividades de entretenimiento fuera del establecimiento, como también llevan actividades de entretenimiento de la comunidad al establecimiento.	L/I

Tema 2. El derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible (Artículo 25 de la CDPD)

- Puntuaciones Generales por estándar: L/I – L/P – L/I – L/P – L/P
- Promedio Tema 2: L/P

Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 2.1 Los establecimientos están disponibles para todo aquel que requiera tratamiento y apoyo.	**L/I**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 2.1.1. A ninguna persona se le niega el acceso a los establecimientos o a tratamiento sobre la base de factores económicos o de su raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o de otro tipo,	L/I

nacionalidad, origen étnico, indígena o social, propiedad, discapacidad, lugar de nacimiento, edad u otra condición.	
Criterio 2.1.2. Todos los que solicitan tratamiento de salud mental reciben atención en este establecimiento o son referidos a otros establecimientos donde se les pueda proporcionar atención.	L/I
Criterio 2.1.3. Ningún usuario será admitido, tratado o mantenido en el establecimiento basándose en su raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o de otro tipo, nacionalidad, origen étnico, indígena o social, propiedad, discapacidad, lugar de nacimiento, edad u otra condición.	L/I
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 2.2 El establecimiento cuenta con personal calificado y ofrece servicios de salud mental de buena calidad.	**L/P**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 2.2.1. El establecimiento cuenta con personal que posee competencias suficientemente diversas para proporcionar consejería, rehabilitación psicosocial, información, educación y apoyo a los usuarios y a sus familias, amigos o cuidadores, con el fin de promover la vida independiente y la inclusión en la comunidad.	L/P
Criterio 2.2.2. El personal está bien informado acerca de la disponibilidad y el papel de los servicios y recursos comunitarios para promover la vida independiente y la inclusión en la comunidad.	L/P

Criterio 2.2.3. Los usuarios pueden consultar con un psiquiatra u otro integrante del personal de salud mental especializado cuando así lo deseen.	L/P
Criterio 2.2.4. El personal del establecimiento está capacitado y autorizado para prescribir y revisar la medicación psicotrópica.	L/T
Criterio 2.2.5. Al personal se le capacita y se le da información escrita sobre los derechos de las personas con discapacidades mentales y está familiarizado con las normas internacionales de derechos humanos, incluyendo la CDPD.	N/I
Criterio 2.2.6. Los usuarios están informados sobre los mecanismos para expresar sus opiniones sobre la prestación y mejora de servicios, y tienen acceso a ellos.	L/I
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 2.3 El tratamiento, la rehabilitación psicosocial y los enlaces a redes de apoyo y otros servicios son elementos de un plan de "recuperación" conducido por el usuario, y contribuyen a su capacidad para vivir con independencia en la comunidad.	**L/I**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 2.3.1. Cada usuario cuenta con un plan integral e individualizado de "recuperación", el cual incluye sus metas y objetivos sociales, médicos, laborales y educacionales para la "recuperación".	L/P
Criterio 2.3.2. Los planes de "recuperación" son conducidos por el usuario, reflejando sus opciones y preferencias para la atención, los cuales son puestos en práctica y son revisados y actualizados periódicamente por el usuario y un miembro del personal.	L/I

Criterio 2.3.3. Como parte de sus planes de "recuperación", se motiva a los usuarios a desarrollar instrucciones anticipadas que especifiquen las opciones de tratamiento y de "recuperación" que desean tener, así como aquellas que no, las que se utilizarán si se encuentran incapacitados de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro.	N/I
Criterio 2.3.4. Cada usuario tiene acceso a programas psicosociales para el cumplimiento de las funciones sociales de su elección mediante el desarrollo de las habilidades necesarias para el empleo, la educación u otras áreas. El desarrollo de habilidades se adapta a las preferencias de "recuperación" de la persona y puede incluir la mejora de habilidades de vida y de autocuidado.	L/I
Criterio 2.3.5 Se motiva a los usuarios a establecer una red de apoyo social y/o mantener el contacto con los miembros de su red para facilitar la vida independiente en la comunidad. El establecimiento proporciona asistencia para contactar a los usuarios con familiares y amigos, de acuerdo con sus deseos.	L/P
Criterio 2.3.6. Los establecimientos vinculan a los usuarios con el sistema general de atención de salud, otros niveles de servicios de salud mental, tales como la atención secundaria, y con servicios de la comunidad, tales como apoyo económico, alojamiento, agencias de empleo, centros de día y atención residencial asistida.	L/P
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 2.4 La medicación psicotrópica está disponible, es asequible y se usa apropiadamente.	**L/P**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**

Criterio 2.4.1. El establecimiento dispone de la medicación psicotrópica adecuada (especificada en la lista nacional de medicamentos esenciales) o es posible recetarla.	L/T
Criterio 2.4.2. Se dispone de un suministro constante de medicamentos psicotrópicos esenciales, en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de los usuarios.	L/P
Criterio 2.4.3. El tipo y la dosis del medicamento siempre son apropiados para los diagnósticos clínicos de los usuarios y se revisan con regularidad.	L/T
Criterio 2.4.4. Los usuarios están informados sobre el propósito de los medicamentos que se ofrecen y sus potenciales efectos secundarios.	L/P
Criterio 2.4.5. Los usuarios están informados sobre las opciones de tratamiento que son posibles alternativas a la medicación o podrían complementarla, tales como la psicoterapia.	N/I
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 2.5 Existe disponibilidad de servicios adecuados para la salud general y reproductiva.	**L/P**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 2.5.1. Se ofrece a los usuarios exámenes de salud física y/o detección de enfermedades específicas al ingresar en el establecimiento y, posteriormente, con regularidad.	L/T
Criterio 2.5.2. El tratamiento para los problemas generales de salud, incluyendo vacunas, está a disposición de los usuarios en los establecimientos o a través de derivación a otro establecimiento.	L/T

Criterio 2.5.3. Cuando se necesitan procedimientos quirúrgicos o médicos que no pueden ser proporcionados en el establecimiento, existen mecanismos de referencia para asegurar que los usuarios reciban estos servicios de salud en forma oportuna.	L/I
Criterio 2.5.4. En el establecimiento se ofrece educación y promoción de salud en forma regular.	L/I
Criterio 2.5.5. Los usuarios son informados y asesorados sobre asuntos de salud reproductiva y planificación familiar.	L/P
Criterio 2.5.6. A los usuarios se les proporcionan servicios de salud general y reproductiva con el consentimiento libre e informado.	L/P

Tema 3. El derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona. (Artículos 12 y 14 de la CDPD)

- Puntuaciones Generales por estándar: L/I – N/I – L/I – L/P
- Promedio Tema 3: L/I

Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 3.1 Las preferencias de los usuarios en cuanto al lugar y forma de tratamiento son siempre una prioridad.	**L/I**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 3.1.1. Las preferencias de los usuarios tienen prioridad en todas las decisiones sobre dónde van a recibir los servicios.	N/I
Criterio 3.1.2. Se hacen todos los esfuerzos para facilitar el alta de la hospitalización, de modo de que los usuarios puedan vivir en sus comunidades.	L/T

Criterio 3.1.3. Las preferencias de los usuarios tienen prioridad en todas las decisiones sobre sus planes de tratamiento y "recuperación".	L/I
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 3.2 Existen procedimientos y resguardos para evitar la detención y el tratamiento sin el consentimiento libre e informado.	**N/I**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 3.2.1. La hospitalización y el tratamiento se basan en el consentimiento libre e informado de los usuarios.	L/P
Criterio 3.2.2. El personal respeta las instrucciones anticipadas de los usuarios cuando proveen el tratamiento.	N/I
Criterio 3.2.3. Los usuarios tienen el derecho a rechazar el tratamiento.	L/T
Criterio 3.2.4. Todo caso de tratamiento y detención en un establecimiento sin el consentimiento libre e informado se documenta y se informa rápidamente a una autoridad legal.	N/I
Criterio 3.2.5. A las personas que reciban tratamiento o sean detenidas en un establecimiento sin su consentimiento informado se les informa acerca de los procedimientos para apelar sobre su tratamiento o detención.	N/I
Criterios 3.2.6. Los establecimientos apoyan el acceso de las personas a procedimientos de apelación y representación legal cuando se les da tratamiento o se les mantiene en el establecimiento sin su consentimiento informado.	N/I
Estándar	**Puntuaciones estándar**

Estándar 3.3 Los usuarios pueden ejercer su capacidad jurídica y se les da el apoyo que puedan necesitar para ejercer su capacidad jurídica.	**L/I**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 3.3.1. En todo momento, el personal interactúa con los usuarios de una manera respetuosa, reconociendo su capacidad para comprender la información, tomar decisiones y poder elegir.	L/P
Criterio 3.3.2. Se proporciona información clara y completa sobre los derechos de los usuarios en forma escrita y verbal.	L/P
Criterio 3.3.3. Se entrega a los usuarios información clara y completa sobre la evaluación, diagnóstico, opciones de tratamiento y "recuperación" en una forma que entiendan y que les permita tomar decisiones libres e informadas.	L/P
Criterio 3.3.4. Los usuarios pueden designar y consultar con una persona o red de personas de apoyo de su propia y libre elección en la toma de decisiones sobre la hospitalización, tratamiento y asuntos personales, legales, financieros y otros, y las personas seleccionadas serán reconocidas como tales por el personal.	L/I
Criterio 3.3.5. El personal respeta la autoridad de la persona o red de personas de apoyo que han sido designadas por el usuario para comunicar sus decisiones con apoyo.	L/I
Criterio 3.3.6. La toma de decisiones con apoyo es el modelo predominante, y se evita la toma de decisiones sustitutiva.	N/I
Criterio 3.3.7. Cuando un usuario carece de una persona o una red de personas de apoyo y desea designar una, el establecimiento ayudará al usuario a acceder al apoyo adecuado.	N/I

Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 3.4 Los usuarios tienen el derecho a la confidencialidad y al acceso a su información de salud personal.	**L/P**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 3.4.1. Se crea una ficha médica personal y confidencial para cada usuario.	L/T
Criterio 3.4.2. Los usuarios tienen acceso a la información contenida en sus fichas médicas.	L/P
Criterio 3.4.3. Se resguarda la confidencialidad de la información sobre los usuarios.	L/T
Criterio 3.4.4. Los usuarios pueden agregar información escrita, opiniones y comentarios a sus fichas médicas sin censura.	N/I

Tema 4. Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (Artículos 15 y 16 de la CDPD)

- Puntuaciones Generales: L/I – L/I – L/T – L/T – L/I
- Promedio Tema 4: L/I

Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 4.1 Los usuarios tienen el derecho a estar libres de abuso verbal, mental, físico y sexual y de descuido físico y emocional.	**L/I**

Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 4.1.1. Los miembros del personal tratan a los usuarios con humanidad, dignidad y respeto.	L/P
Criterio 4.1.2. Ningún usuario es sometido a abuso verbal, físico, sexual o mental.	L/P
Criterio 4.1.3. Ningún usuario es sometido a descuido físico o emocional.	L/I
Criterio 4.1.4. Se han adoptado medidas apropiadas para prevenir todas las formas de abuso.	L/I
Criterio 4.1.5. El personal apoya a usuarios que han sido víctimas de abuso para que puedan acceder a la ayuda que puedan desear.	L/I
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 4.2 Se utilizan métodos alternativos al aislamiento y contención para "atenuar el escalamiento" de crisis potenciales.	**L/I**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 4.2.1. Los usuarios no son sometidos a aislamiento o a contención.	N/I
Criterio 4.2.2. Se han implementado alternativas al aislamiento y contención en el establecimiento, y el personal está capacitado en técnicas de "atenuar el escalamiento" para intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a los usuarios o al personal.	L/I

Criterio 4.2.3. Se realiza una evaluación de "atenuación del escalamiento" consultando al usuario, con el objetivo de identificar los gatillantes y los factores que él o ella considera que logran aminorar sus situaciones de crisis y para determinar sus métodos preferidos de intervención en crisis.	L/I
Criterio 4.2.4. Los métodos preferidos de intervención identificados por el usuario están disponibles para ser utilizados en una situación de crisis y se integran en el plan individual de "recuperación" del usuario.	N/I
Criterio 4.2.5. Se registra cualquier caso de aislamiento o de contención (por ejemplo, tipo, duración) y se informa al director del establecimiento, así como a un organismo externo pertinente.	L/P
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 4.3 No se debe abusar de la terapia electroconvulsiva, psicocirugía y otros procedimientos médicos que puedan tener efectos permanentes o irreversibles, sean estos realizados en el establecimiento o referidos a otro establecimiento, y pueden ser administrados solamente con el consentimiento libre e informado del usuario.	**L/T**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 4.3.1. No se administra ninguna terapia electroconvulsiva sin el consentimiento libre e informado de los usuarios.	L/T
Criterio 4.3.2. Existe disponibilidad y cumplimiento de guías clínicas claras, basadas en la evidencia, sobre cómo y cuándo la terapia electroconvulsiva puede o no ser administrada.	L/T
Criterio 4.3.3. Nunca se utiliza la terapia electroconvulsiva en su forma no modificada (es decir, sin un anestésico y un relajante muscular).	L/T

Criterio 4.3.4. Nunca se administra la terapia electroconvulsiva a un menor de edad.	L/T
Criterio 4.3.5. No se lleva a cabo psicocirugía ni otros tratamientos irreversibles sin el consentimiento libre e informado del usuario y la aprobación de una comisión independiente.	L/T
4.3.6 No se llevan a cabo abortos ni esterilizaciones en los usuarios sin su consentimiento.	L/T
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 4.4 No se somete a ningún usuario a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento informado.	**L/T**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 4.4.1. Los experimentos médicos o científicos se llevan a cabo sólo con el consentimiento libre e informado de los usuarios.	L/T
Criterio 4.4.2. El personal no recibe ningún privilegio, compensación o remuneración a cambio de promover o reclutar a los usuarios a participar en experimentos médicos o científicos.	L/T
Criterio 4.4.3. No se lleva a cabo experimentación médica o científica si es potencialmente dañina o peligrosa para el usuario.	L/T
Criterio 4.4.4. Cualquier experimentación médica o científica es aprobada por un comité de ética independiente.	L/T
Estándar	**Puntuaciones estándar**

Estándar 4.5 Existen medidas para prevenir la tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes y otras formas de maltrato y abuso.	**L/I**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 4.5.1. Los usuarios están informados y tienen acceso a procedimientos para presentar apelaciones y quejas, con carácter confidencial, a un organismo legal externo e independiente en temas relacionados al descuido, abuso, aislamiento o contención, hospitalización o tratamiento sin el consentimiento informado y otras materias relevantes.	N/I
Criterio 4.5.2. Los usuarios están protegidos contra las repercusiones negativas derivadas de las quejas que pudieran presentar.	L/I
Criterio 4.5.3. Los usuarios tienen acceso a representantes legales y pueden reunirse con ellos confidencialmente.	N/I
Criterio 4.5.4. Los usuarios tienen acceso a defensores para ser informados de sus derechos, discutir los problemas y ser apoyados en el ejercicio de sus derechos humanos y la presentación de apelaciones y quejas.	N/I
Criterio 4.5.5. Se toman medidas disciplinarias y/o legales contra cualquier persona que abuse o descuide a los usuarios.	L/I
Criterio 4.5.6. El establecimiento es supervisado por una autoridad independiente para prevenir la ocurrencia de malos tratos.	L/I

Tema 5. El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (Artículo 19 de la CDPD)

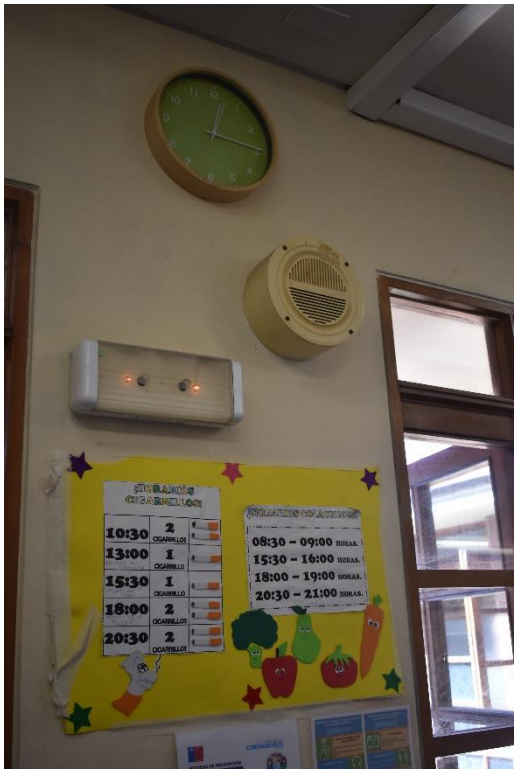
- Puntuaciones Generales: L/I – N/I – L/I – L/I
- Promedio Tema 5: L/I

Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 5.1. Se apoya a los usuarios para el acceso a un lugar donde vivir y contar con los recursos financieros necesarios para vivir en la comunidad.	**L/I**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 5.1.1. El personal informa a los usuarios sobre las opciones de vivienda y de recursos económicos.	L/I
Criterio 5.1.2. El personal apoya a los usuarios a acceder y mantener una vivienda segura, asequible y decente.	L/I
Criterio 5.1.3. El personal apoya a los usuarios en el acceso a recursos financieros necesarios para vivir en la comunidad.	L/I
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 5.2. Los usuarios pueden acceder a oportunidades de educación y empleo.	**N/I**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 5.2.1. El personal da información a los usuarios sobre las oportunidades de educación y empleo en la comunidad.	N/I
Criterio 5.2.2. El personal apoya a los usuarios en el acceso a oportunidades de educación, incluyendo educación primaria, secundaria y superior.	N/I

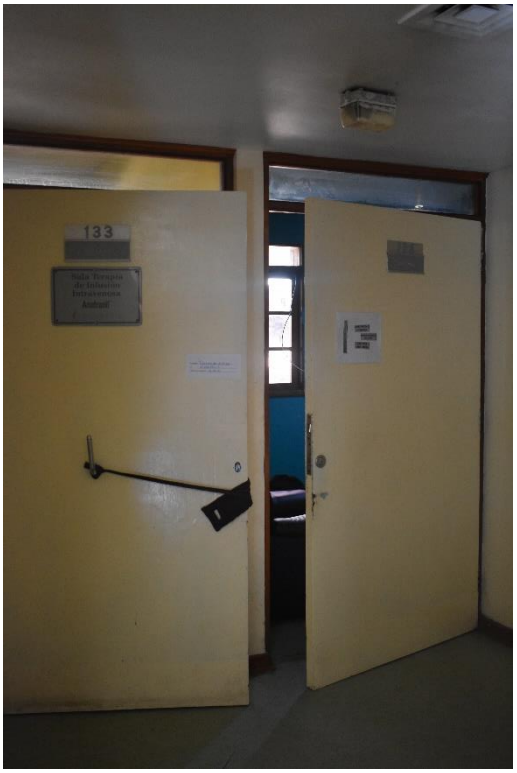
Criterio 5.2.3. El personal apoya a los usuarios en el desarrollo de carreras laborales y en el acceso a empleo remunerado.	N/I
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 5.3. Se apoya el derecho de los usuarios a participar en la vida política y pública y en el ejercicio de la libertad de asociación.	**L/I**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 5.3.1. El personal entrega a los usuarios la información necesaria para que puedan participar plenamente en la vida política y pública y gozar de los beneficios de la libertad de asociación.	N/I
Criterio 5.3.2. El personal apoya a los usuarios en el ejercicio de su derecho a voto.	L/I
Criterio 5.3.3. El personal apoya a los usuarios en la incorporación y participación en las actividades de organizaciones políticas, religiosas, sociales, de discapacidad y discapacidad mental y otros grupos.	L/I
Estándar	**Puntuaciones estándar**
Estándar 5.4. Se apoya a los usuarios en la participación en actividades sociales, culturales, religiosas y de recreación.	**L/I**
Criterios y acciones requeridas para lograr este estándar	**Puntuación criterio**
Criterio 5.4.1. El personal brinda a los usuarios información sobre opciones disponibles de actividad social, cultural, religiosa y recreativa.	L/I

Criterio 5.4.2. El personal apoya a los usuarios para que participen en actividades sociales y recreativas de su preferencia.	L/I
Criterio 5.4.3. El personal apoya a los usuarios para que participen en actividades culturales y religiosas de su preferencia.	N/I

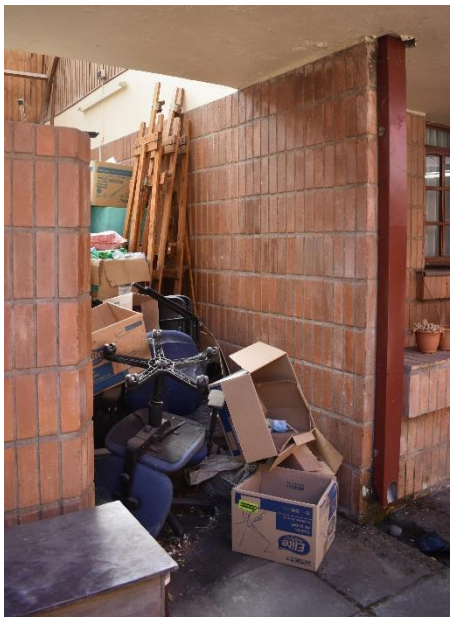
Anexo n°4: Fotografías de observación.


10:30 2 CIGARRILLOS
13:00 1 CIGARRILLO
15:30 1 CIGARRILLO
18:00 2 CIGARRILLOS
20:30 2 CIGARRILLOS
08:30 – 09:00 HORAS.
15:30 – 16:00 HORAS.
18:00 – 19:00 HORAS.
20:30 – 21:00 HORAS.

LUN
MAR
MIE
JUE
VIE
SAB
DOM
27 Febrero


133

BASS BOOST



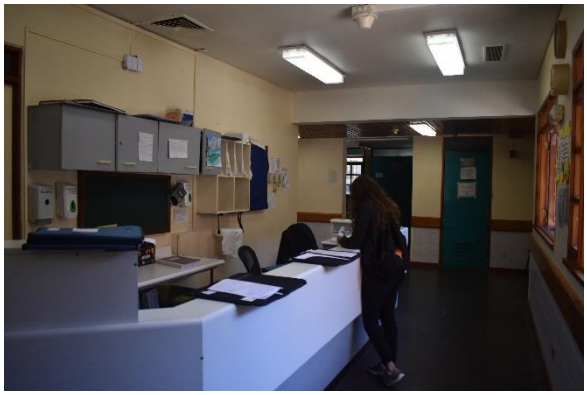
ZONA DE
SEGURIDAD

EXTINTOR

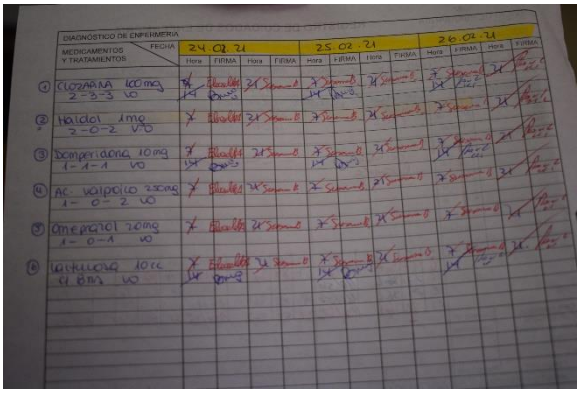
VIA DE EVACUACION
DERECHA

Emergencia de Incendio

ATENCION
PARA RESGUARDAR LA SEGURIDAD DE TODOS Y EVITAR LA TRANSMISION CRUZADA, SE ACONSEJA:
-EN TODOS LOS TURNOS, NO COMPARTIR CON MAS DE 2 PERSONAS SIMULTANEAMENTE EN LA SALA DE ESTAR.
-MANTENER SEPARACION DE 1,5 MTS.
-NO PERMANECER POR MAS DE 15 MINUTOS EN ESPACIOS REDUCIDOS, CON OTROS.
-NO COMPARTIR TAZONES, PLATOS, CUCHARAS, VASOS, ETC.
RECOMENDACIONES E INSTRUCCIONES CIRCULAR N° 14 COE COVID-19



Fleet
RIMAX
Aguja 21 G
Parche Curita Redondo
Scalps Vein 21 G
Scalps Vein 23 G
Llave de 3 Pasos
Agujas Venoject
Lactulo


DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS
FECHA
24.02.21
25.02.21
26.02.21
Hora
FIRMA
CLOZAPINA 100mg
Haldol 1mg
Domperidona 10mg
AC. valproico 250mg
Omeprazol 20mg
Lactulosa 10cc