

# DIAGNÓSTICO DE CARACTERIZACIÓN Y VULNERACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL

## *Resumen Ejecutivo*

Comité para la Prevención de la Tortura y otros  
Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes

## **COMITÉ PARA LA PREVENCIÓN DE LA TORTURA**

### **Expertas/os**

Sebastián Cabezas Chamorro

Javiera Canessa Cordero

Alejandra Díaz Gude

Yamileth Granizo Román

Francisco Maffioletti Celedón

Luis Vial Recabarren

### **Resumen Ejecutivo del Informe Diagnóstico Área Salud Mental 2020-2021**

## **EQUIPO DE INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN**

### **Coordinación general**

Javiera Canessa Cordero

Alejandra Díaz Gude

Ana María Stuver Vattier

### **Equipo de trabajo**

Juan Carlos Cea Madrid

Paula Cornejo Abarca

### **Edición final**

Javiera Canessa Cordero

Francisco Maffioletti Celedón

Ana María Figueroa Salazar

Yamileth Granizo Román

### **Forma de citación sugerida:**

Comité para la Prevención de la Tortura (2021). Resumen Ejecutivo del Informe Diagnóstico de caracterización y vulneraciones a los derechos humanos en el área de Salud Mental. Santiago de Chile.

## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	3
II.	CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS E INSTITUCIONES QUE ADMINISTRAN LA CUSTODIA .....	5
	Tipo y cantidad de recintos que administran la custodia.....	5
	Distribución geográfica a nivel nacional .....	9
	Ocupación.....	11
III.	CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD.....	13
	Edad.....	13
	Sexo.....	14
IV.	ORGANISMOS DE MONITOREO Y ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL .	15
	Organismos de monitoreo .....	15
	Organizaciones de la sociedad civil (OSC).....	17
V.	DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES Y TRATO QUE RECIBEN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD Y PRINCIPALES VULNERACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS .....	19
	Trato .....	19
	Medidas de protección.....	23
	Condiciones materiales de reclusión.....	25
	Régimen y actividades .....	25
	Servicios médicos.....	25
	Personal de custodia o cuidado .....	27
	Otros temas de relevancia .....	27
VI.	REFERENCIAS.....	29

## I. INTRODUCCIÓN

Este documento resume el informe diagnóstico realizado por el área de Salud Mental (SM) del Comité para la Prevención de la Tortura (CPT) durante el año 2020/2021, sobre las unidades de atención psiquiátrica cerrada y residencial<sup>1</sup>. Los contenidos de este Resumen Ejecutivo son los siguientes: i) Caracterización de los establecimientos e instituciones que administran la custodia; ii) Caracterización de las personas privadas de libertad o bajo custodia estatal; iii) Organismos de monitoreo y organizaciones de la sociedad civil; iv) Diagnóstico de condiciones y trato que reciben las personas privadas de libertad y principales vulneraciones a los derechos humanos, y, por último, v) las referencias utilizadas.

Es importante destacar que en el campo de la salud mental el Comité comprenderá como persona privada de libertad a toda aquella que se encuentre bajo tutela o custodia estatal en establecimientos de internación psiquiátrica y de cuidado residencial, que integran los programas de atención en el marco del Estado, así como los que forman parte del sector privado. De esta manera, en el presente resumen se examinarán una diversidad de dispositivos de SM, entre los que encontramos: *hospitales psiquiátricos, unidades de internación psiquiátrica, unidades de psiquiatría forense, centros de atención residencial para personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas, hogares y residencias protegidas para personas con discapacidad mental, así como centros privados de atención cerrada y residencial.*

En relación a la metodología, se utilizó una de tipo mixta, tanto para la recolección de datos como para el análisis de la información. En la medida que la SM se constituye como un ámbito de intervención interdisciplinario ha sido necesario realizar una búsqueda integral en el plano sanitario, jurídico y de apoyo social, para dar cuenta de la pluralidad de establecimientos que conforman este campo. De esta manera, con base en la información recopilada se presenta un panorama global y actualizado de la SM, como ámbito prioritario para la prevención de la tortura en nuestro país<sup>2</sup>. En cuanto a las fuentes utilizadas para el diagnóstico, el CPT actualizó y complementó la información referente al año 2018, por medio de solicitudes de información durante el año 2020/2021 por medio de la Ley de Transparencia, reuniones con instituciones estatales claves, la base de datos de Establecimientos Hospitalarios del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del año 2016, y las páginas web de la Superintendencia de Salud y del SENDA del año 2020. La fecha de corte para la recepción y análisis de la información fue el mes de mayo del 2021. Además, se utilizaron fuentes secundarias detalladas en las referencias.

Por último, cabe mencionar que, respecto al abordaje conceptual para referirse a las personas que integran el conjunto de las instituciones de salud mental, se opta por el término de *persona con diagnóstico de salud*

---

<sup>1</sup> Se entenderá por **atención psiquiátrica cerrada** a los establecimientos que atienden a personas con diagnóstico de salud mental o personas en situación de discapacidad psicosocial e intelectual en condiciones de internación para evaluación y tratamiento, entregando atención especializada en el campo de la psiquiatría. Asimismo, se entenderá por **atención psiquiátrica residencial** a los establecimientos que atienden a personas con diagnóstico de salud mental o personas en situación de discapacidad psicosocial e intelectual en modalidad residencial, implementando procesos de rehabilitación y apoyo social para la inclusión sociocomunitaria.

<sup>2</sup> A la base de la construcción y análisis de los datos recabados se encuentran los principios propuestos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada por Chile el año 2008 y supervisada por el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD).

*mental o persona en situación de discapacidad psicosocial e intelectual*, con el objetivo de uniformar una denominación transversal a todas las instituciones revisadas bajo una nomenclatura común, y siendo coherente al enfoque de derechos humanos de la discapacidad. Toda mención diferente a dicha conceptualización dentro de este apartado de salud mental, corresponde a referencias o citas de una institución u organismo externo.

## II. CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS E INSTITUCIONES QUE ADMINISTRAN LA CUSTODIA

### Tipo y cantidad de recintos que administran la custodia

#### *Hospitales Psiquiátricos*

En Chile existen cuatro Hospitales Psiquiátricos, encontrándose principalmente en la zona central del país. A continuación, se describen y comparan los números de camas reportados en el Informe del MINSAL y la Subsecretaría de Redes Asistenciales (2018), junto con datos actualizados por el área de salud mental del Comité durante el año 2020 y 2021. El Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo posee unidades de corta, mediana y larga estadía, junto a una unidad de psiquiatría forense con un total de 291 camas (227 camas reportadas al año 2020). El Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso posee unidades de corta y mediana estadía, junto a una unidad de psiquiatría forense, con un total de 103 camas (se mantiene la cantidad de camas reportadas al año 2020). El Hospital Psiquiátrico el Peral de la comuna de Puente Alto en Santiago, posee unidades de mediana y larga estadía con un total de 148 camas (159 camas reportadas al año 2020). Finalmente, el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak de Recoleta en Santiago, posee unidades de corta y larga estadía y una unidad de psiquiatría forense con un total de 423 camas (395 camas reportadas al año 2020). Se suma también la existencia de la Clínica Raquel Gaete, clínica privada en convenio con este último establecimiento, que cuenta con camas de larga estadía<sup>3</sup> para mujeres, y financiamiento público, con un total de 146 camas (se mantiene la cantidad reportada al 2020). Así, la mayoría de los Hospitales Psiquiátricos ha disminuido sus plazas en las unidades de larga estadía, presentando diferencias entre los establecimientos: de acuerdo al Informe del MINSAL (2017), el Hospital Psiquiátrico del Salvador ha cumplido el compromiso de externalización hacia centros comunitarios de todas las personas de larga estadía; el Hospital Psiquiátrico El Peral es el que ha externalizado a una mayor cantidad de usuarias/os, contribuyendo con recursos para la creación de Servicios de Psiquiatría en atención psiquiátrica cerrada y residencial, sin embargo, las cifras reportadas al año 2020 muestran que han aumentado el número de camas dentro del recinto; el Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel y el Instituto Dr. José Horwitz, han generado una red importante en psiquiatría forense, manteniendo una considerable población en unidades de larga estadía, donde también se encuentra la Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (MINSAL, 2017). De esta manera, los Hospitales Psiquiátricos en el año 2018 reúnen un total de 1.111 camas a nivel nacional, frente a 1.080 camas en el año 2020, lo que da cuenta que estas instituciones continúan plenamente vigentes, albergando un número significativo de personas en sus recintos.

---

<sup>3</sup> Por esta razón se considera como un Hospital Psiquiátrico para efectos de este catastro.

### *Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP)*

El MINSAL (2018) señala que a finales del año 2016 existen en la red pública de salud 1.128 camas en 50 UHCIP<sup>4</sup>, desagregadas en 943 camas en UHCIP Adulto y 185 camas en UHCIP Infanto-juvenil. Sobre su distribución territorial, estas unidades forman parte de Hospitales Generales dependientes de los Servicios de Salud. De acuerdo a las cifras reportadas durante el año 2020 y 2021 al CPT, la distribución corresponde a 38 UHCIP de adultos y 22 UHCIP Infanto-juvenil a lo largo del país.

Con la entrada en vigencia de la Ley 20.084 sobre Responsabilidad Penal Adolescente, se ha impulsado la implementación de UHCIP dirigidas a la población adolescente, tanto en Hospitales Generales, como en algunos Centros Privativos de Libertad administrados por el Servicio Nacional de Menores (MINSAL, 2018). Al respecto, la oferta específica de camas de hospitalización psiquiátrica en medio privativo otorga atención clínica de especialidad psiquiátrica a adolescentes y jóvenes infractores de ley mayores de 14 años, que presenten descompensación de su cuadro clínico, incluyendo síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas, por un tiempo no superior a los sesenta días.

### *Unidades de Psiquiatría Forense*

El sistema de salud en Chile contempla una red de psiquiatría forense especializada en la atención de salud mental para personas privadas de libertad o en conflicto con la justicia. De esta manera, las unidades de psiquiatría forense representan la respuesta del sistema penitenciario y sanitario del país para la atención de salud mental de personas imputadas o condenadas privadas de libertad. En total existen 333 plazas en unidades forenses a nivel nacional, al año 2018 (MINSAL, 2016; 2018). Estas unidades se distribuyen según se detalla en la **Tabla 1**.

*Tabla 1. Distribución de Unidades de Psiquiatría Forense*

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>
Unidad de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI)	Unidades de hospitalización psiquiátrica ubicadas al interior de Hospitales Psiquiátricos y/o Hospitales Generales, con personal sanitario y custodia externa por personal de GENCHI. A nivel nacional, son tres unidades ubicadas en el Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel de Putaendo (20 camas), Instituto Psiquiátrico Horwitz Barak de Santiago (40 camas) y UEPI de Temuco (10 camas).
Unidad Psiquiátrica Forense Transitoria (UPFT)	Unidades de hospitalización psiquiátrica ubicadas al interior de complejos penitenciarios con custodia externa de GENCHI, pero con personal sanitario dependientes del Servicio de Salud (SS) correspondiente. A nivel nacional, son dos unidades ubicadas en la cárcel de Acha en Arica (14 camas) y en la cárcel de Valparaíso (16 camas).

<sup>4</sup> Este número representa el total de las UHCIP de población adulta y juvenil a lo largo del país, es decir, un mismo establecimiento puede contener más de una UHCIP en su interior.

Unidad Forense Intrapenitenciaria (UPFI)	Dispositivo forense que corresponde a la primera UPFT de Chile, aunque su funcionamiento está íntegramente orientado al tratamiento de las personas privadas de libertad. A nivel nacional corresponde a sólo una unidad, ubicada en el Complejo Penitenciario de Punta Arenas (6 camas).
Unidad de alta complejidad forense	Dispositivos forenses dirigidos a personas con diagnósticos psiquiátricos que han cometido delitos graves y presentan un alto nivel de “peligrosidad”, por lo que se dispensan en entornos de alta seguridad. La única unidad se encuentra ubicada en el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo (20 camas).
Unidad de mediana complejidad forense	Dispositivos forenses dirigidos a personas con diagnósticos psiquiátricos que han sido declaradas inimputables por el tribunal de justicia, para el cumplimiento de medidas de seguridad. A nivel nacional, se encuentran en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barack de Santiago (40 camas), el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo (50 camas) y Concepción (23 camas).
Residencias forenses	Dispositivos forenses que corresponden a casas insertas en la comunidad donde viven personas en situación de discapacidad psicosocial que han tenido conflictos con la justicia, cuya condición de SM se encuentra estabilizada y que no tienen red de apoyo o esta presenta alta disfuncionalidad. A nivel nacional, estas residencias forenses están ubicadas en los Servicios de Salud Metropolitano Norte (SSMN) con 58 plazas, Araucanía Sur (28 plazas) y Valdivia (8 plazas), y cuentan en total con 94 plazas a nivel país.
Fuente: MINSAL (2016 y 2018).	

### *Centros de atención residencial para personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas*

Desde la implementación del Plan Nacional de Salud Mental del MINSAL (2001), se ha establecido como una línea prioritaria la atención de personas con problemas asociados al consumo de sustancias (abuso y dependencia al alcohol y drogas). Esta área de atención en salud mental reúne a dos organismos públicos en la provisión de servicios: MINSAL —con la red pública de salud— y Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), junto a los organismos con los cuales realiza convenios (MINSAL, 2018).

Respecto al conjunto de los programas que forman parte de la red de salud, se consideran las prestaciones que se realizan en el nivel de especialidad y en la modalidad de tratamiento residencial y desintoxicación (internación psiquiátrica) para población adulta y adolescente. Ambas modalidades de atención se implementan en el marco de los convenios con SENDA. El MINSAL señala que en el año 2016 se establecieron convenios para aumentar la oferta en 323 nodos y/o puntos de atención, 232 públicos y 91 privados, que atendieron a 19.309 personas (MINSAL, 2018).

Por otra parte, existe un convenio para población adolescente infractores de ley que ofrece, entre otras modalidades de tratamiento (tanto en medio libre, como en medio privativo de libertad), tratamientos residenciales y de atención psiquiátrica cerrada. El MINSAL sostiene que en el año 2016 se establecieron convenios con 104 puntos de atención, 23 públicos y 81 privados, lo que implicó atender a 5.711 personas. A lo anterior, se suma el trabajo en las cinco UHCIP en Centros de Internación Provisoria (CIP) y Centros de Régimen Cerrado (CRC), también conocidos como CIP-CRC del SENAME, que

cuentan con un total de 34 camas al año 2018 (MINSAL, 2018). De acuerdo a la información recibida por SENDA y los Servicios de Salud al año 2020/2021, se reportaron 135 Centros Terapéuticos de Rehabilitación de Drogas y Alcohol a lo largo del país.

### *Hogares Protegidos y Residencias Protegidas*

En el marco del Plan Nacional de Salud Mental del MINSAL (2001), para lograr los objetivos de externalización de las personas que se encontraban en unidades de larga estadía en Hospitales Psiquiátricos, surgen los Hogares Protegidos y Residencias Protegidas como alternativas de residencia y apoyo social en la comunidad para personas en situación de discapacidad psicosocial (psíquica y/o intelectual). De acuerdo con la norma técnica núm. 53 sobre Hogares Protegidos del año 2000, estas unidades corresponden a *“una instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familias?”* (MINSAL, 2000, p. 11).

Por otra parte, la norma técnica núm. 87 sobre Residencias Protegidas del año 2006, refiere que estos establecimientos constituyen *“una instancia residencial para personas con un trastorno mental severo, quienes estando compensados clínicamente muestran un alto grado de discapacidad psíquica y dependencia, requiriéndose por ello un ambiente terapéutico con un alto nivel de protección y de cuidados de enfermería. En este sentido se diferencia de un Hogar Protegido por el mayor grado de complejidad técnica y psicosocial”* (MINSAL, 2006, p. 7). De esta manera, ambas instancias corresponden a iniciativas habitacionales de residencia permanente para personas con diagnósticos de salud mental o en situación de discapacidad psicosocial e intelectual.

El MINSAL (2018) refiere que, a finales del año 2016, se registró un total de 1.719 personas viviendo en Hogares y Residencias Protegidas, distribuidas a nivel nacional. Para esa fecha, existían 151 Hogares Protegidos en el país con un total de 1.144 plazas y 57 Residencias Protegidas con 642 plazas. De acuerdo a la información recibida durante el año 2020/2021, los Servicios y Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud reportaron un total de 126 Hogares Protegidos y 60 Residencias Protegidas.

### *Centros privados de atención psiquiátrica cerrada y residencial en salud mental*

El sistema de salud en Chile reúne un sector público y un sector privado. En este último, se encuentran las unidades de atención psiquiátrica cerrada y residencial que no reciben financiamiento público ni establecen relaciones de convenio/licitación con organismos del Estado: las Clínicas Psiquiátricas<sup>5</sup>, los establecimientos de rehabilitación de alcohol y/o drogas, hogares protegidos y residencias protegidas informales que no integran la red pública de salud pero que sí reúnen a personas bajo custodia y deberían

---

<sup>5</sup> Para el catastro solo se consideran los establecimientos privados de atención cerrada reconocidos por la SEREMI de Salud de cada región del país.

cumplir el orden normativo sanitario que rige el funcionamiento de unidades con características similares en el territorio nacional.

En el área de salud mental, el CPT actualizó y complementó la información referente al año 2018, por medio de solicitudes de información por la Ley de Transparencia, reuniones con instituciones estatales claves, la base de datos de Establecimientos Hospitalarios del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del año 2016, y las páginas web de la Superintendencia de Salud y del SENDA del año 2020. A la luz de la información disponible<sup>6</sup>, se han podido identificar 408 establecimientos (**Tabla 2**), que cuentan con un área de modalidad de atención residencial o de atención psiquiátrica cerrada a lo largo del país. Este total incluye los establecimientos correspondientes a población adulta y a la población denominada en el área de salud en Chile como infanto-juvenil, pero que, para efectos del análisis, se categorizaron como niñas, niños y adolescentes (NNA).

### **Distribución geográfica a nivel nacional**

La **Tabla 2** contiene los 408 establecimientos recién mencionados y revela una concentración de los establecimientos en la zona central: mientras la Región Metropolitana concentra un 45% (183) del total de establecimientos, la Región de Valparaíso posee un 10% (41). Existe una evidente diferencia del número de ofertas de dispositivos con atención de salud mental en la Región Metropolitana, en comparación con las otras regiones, lo que es coherente con la centralización que caracteriza a nuestro país. En cuanto a la distribución de los tipos de establecimientos, se observa una cantidad considerable de establecimientos de dispositivos clínicos residenciales<sup>7</sup> (321), entre los cuales se encuentran los Hogares protegidos (126), las Residencias Protegidas (60) y los Centros Terapéuticos de Rehabilitación de Drogas y Alcohol (135); seguido por los establecimientos de atención psiquiátrica cerrada, donde se encuentran los Hospitales Generales con UHCIP (40), los Hospitales Psiquiátricos (5)<sup>8</sup>, los Centros de Internación Provisoria junto a los Centros de Régimen Cerrado (CIP-CRC) (5) y los Centros Penitenciarios con Unidades de Psiquiatría Forense (3), y las Clínicas Psiquiátricas (34), de las cuales solamente se tiene información sociodemográfica de la Clínica Raquel Gaete (considerada como Hospital Psiquiátrico para efectos del análisis), por lo que no se incluye en el reporte de las Clínicas Psiquiátricas en la cobertura.

---

<sup>6</sup> Cabe señalar que el catastro presentado, si bien es representativo del universo total de unidades de atención psiquiátrica cerrada y residencial, no tiene un carácter exhaustivo debido a que algunas respuestas por Ley de Transparencia se postergaron, no se entregaron o se encuentran pendientes de actualizar debido a que se obtuvieron con posterioridad a la fecha de cierre de este informe.

<sup>7</sup> En esta categoría de análisis se juntaron los Hogares Protegidos, Residencias Protegidas y los Centros Terapéuticos de Alcohol y Drogas.

<sup>8</sup> En este análisis se incluye la Clínica Raquel Gaete (establecimiento privado) debido al convenio que mantienen con el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

Tabla 2. Total de establecimientos por región

Región	Dispositivos de apoyo clínico y residencial	Clínica Psiquiátrica	Hospital General	Hospital Psiquiátrico	Centro Penitenciario	CIP-CRC	Total	Total %
Arica y Parinacota	11	0	1	0	1	0	13	3%
Tarapacá	7	0	2	0	0	1	10	2%
Antofagasta	11	1	1	0	0	0	13	3%
Atacama	6	0	2	0	0	0	8	2%
Coquimbo	10	0	1	0	0	0	11	3%
Valparaíso	35	0	2	2	1	1	41	10%
Metropolitana	135	32	12	3	0	1	183	45%
O'Higgins	14	0	1	0	0	0	15	4%
Maule	15	0	1	0	0	0	16	4%
Ñuble	9	0	1	0	0	0	10	2%
Bío Bío	23	0	6	0	0	1	30	7%
La Araucanía	9	0	3	0	0	0	12	3%
Los Ríos	4	1	1	0	0	1	7	1%
Los Lagos	16	0	4	0	0	0	20	5%
Aysén	4	0	1	0	0	0	5	1%
Magallanes y Antártica Chilena	12	0	1	0	1	0	14	3%
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>34</b>	<b>40</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>408</b>	<b>100%</b>
<b>Total %</b>	<b>79%</b>	<b>8%</b>	<b>10%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de recolección de datos disponibles en páginas web de DEIS, Superintendencia de Salud, SENDA, entrevistas e información obtenida por Ley de Transparencia.

## Ocupación

En relación con la totalidad de cobertura (suma de camas disponibles), los establecimientos de modalidad de atención residencial son los que albergan a la mayor cantidad de personas —con un total de 4.651 camas— frente a un total de cobertura de 2.059 en la atención psiquiátrica cerrada reportadas al año 2020. La mayor cantidad de atención de esta última, se concentra en los Hospitales Psiquiátricos (1.080), seguido por las UHCIP de los Hospitales Generales (897), los Centros Penitenciarios con Unidades de Psiquiatría Forense (36), y los CIP-CRC (34). En cuanto a la atención residencial, la mayor cantidad de personas atendidas estarían en los Centros Terapéuticos de Rehabilitación de Drogas y Alcohol (2.939), los Hogares Protegidos (1.036) y las Residencias Protegidas (676). Es importante destacar que las respuestas de cobertura de los Centros Terapéuticos de Rehabilitación de Drogas y Alcohol varían según el criterio de la institución a cargo. SENDA utilizó el criterio de “número de planes” destinados a cada Centro, es decir, un plan correspondería a una plaza para cada usuaria/o por establecimiento durante un año calendario, sin contabilizar las/os usuarias/os que se encuentran sin planes al interior del recinto. Por su parte, los Servicios de Salud y SEREMI utilizaron el criterio de “número de plazas”, es decir, capacidad de camas de cada recinto, lo cual dificulta el análisis y la precisión de los datos estadísticos recolectados.

En este punto sobre cobertura, se levanta un hallazgo en relación a las cifras declaradas por algunos Hogares y Residencias Protegidas que se encuentran fuera del número establecido por Norma Técnica. Dicha norma establece que cada uno de ellos puede aceptar un máximo de 8 personas en Hogares Protegidos, y un máximo de 12 personas en las Residencias Protegidas (MINSAL, 2000; 2006). Dentro de los Hogares Protegidos, hay un total de 14 establecimientos que tendrían mayor cobertura de atención de la permitida por Norma Técnica; 3 ubicados en la RM (dependientes del SS Metropolitano Norte), 2 en Región de Magallanes y Antártica Chilena (dependientes del SS de Magallanes), 7 en la Región del Biobío (dependientes del SS de Concepción), uno en la Región de Atacama (dependiente del SS de Atacama), y uno en la Región de Los Lagos (dependiente del SS de Chiloé). En cuanto a las Residencias protegidas, habría 7 establecimientos que tendrían mayor cobertura de atención, de los 12 permitidos en la Norma Técnica. En relación a estos, 4 están ubicados en la RM (dependientes del SS Metropolitano Norte, del SS Metropolitano Sur Oriente y del SS Metropolitano Occidente) y 3 en la Región de Los Lagos (dependientes del SS de Reloncaví).

En los Hospitales Generales ocurre algo similar. El modelo de gestión elaborado por el MINSAL (2016), señala que para lograr un ambiente terapéutico adecuado y favorecer el manejo clínico de las unidades, las que albergan población adulta, mayor de 18 años, deben contar con un máximo de 20 camas. Sin embargo, entendiendo la realidad nacional en relación a la brecha de camas para hospitalización psiquiátrica, el comité de expertas/os que elaboró el documento del MINSAL (2016) ha planteado como límite un máximo tolerable de 24 camas, organizadas por tramos etarios y género, siempre y cuando las condiciones locales (infraestructura y recursos humanos) así lo permitan. A partir de la información recabada, se constatan 10 establecimientos hospitalarios con UHCIP Adulto e Infanto-Juvenil que sobrepasan la cobertura recomendada. Al año 2020, las UHCIP Adulto con mayor cobertura corresponden al Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción (46 camas), Hospital Dr. Sótero del Río de Santiago (39 camas), Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta (35 camas) y el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco (31 camas). Para el

mismo año, las UHCIP Infanto-juvenil que presentan la mayor cobertura se encuentran en el Hospital Clínico de Niños Roberto del Río de Santiago (17 camas), el Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción (16 camas) y el Hospital Regional de Rancagua (12 camas).

A continuación, en la **Tabla 3** se resumen los puntos abordados en el presente apartado:

*Tabla 3. Matriz resumen de caracterización de recintos que forman parte del mandato del CPT*

Indicador	Área Salud Mental
Tipos de Recintos	Hospitales Psiquiátricos. Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP). Unidades de Psiquiatría Forense. Centros de atención residencial para personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas. Hogares Protegidos y Residencias Protegidas. Centros privados de atención psiquiátrica y residencial en salud mental.
Número de recintos a nivel nacional	Total= 403 <sup>9</sup>
Número de personas privadas de libertad y/o bajo custodia del Estado (a abril del 2021)	Total= 6.710 <sup>10</sup>
Fuente: Elaboración propia a partir de recolección de datos disponibles en páginas web de DEIS, Superintendencia de Salud, SENDA, entrevistas e información obtenida por Ley de Transparencia.	

<sup>9</sup> Hogares protegidos (126), Residencias Protegidas (60), Centros Terapéuticos de Rehabilitación de Drogas y Alcohol (135), Clínicas psiquiátricas (33), Hospitales Generales (40), Hospitales Psiquiátricos (5), Centros Penitenciarios (3). Fuente: Elaboración propia a partir de recolección de datos disponibles en páginas web de DEIS, Superintendencia de Salud, SENDA, entrevistas e información obtenida por Ley de Transparencia, hasta mayo del 2021.

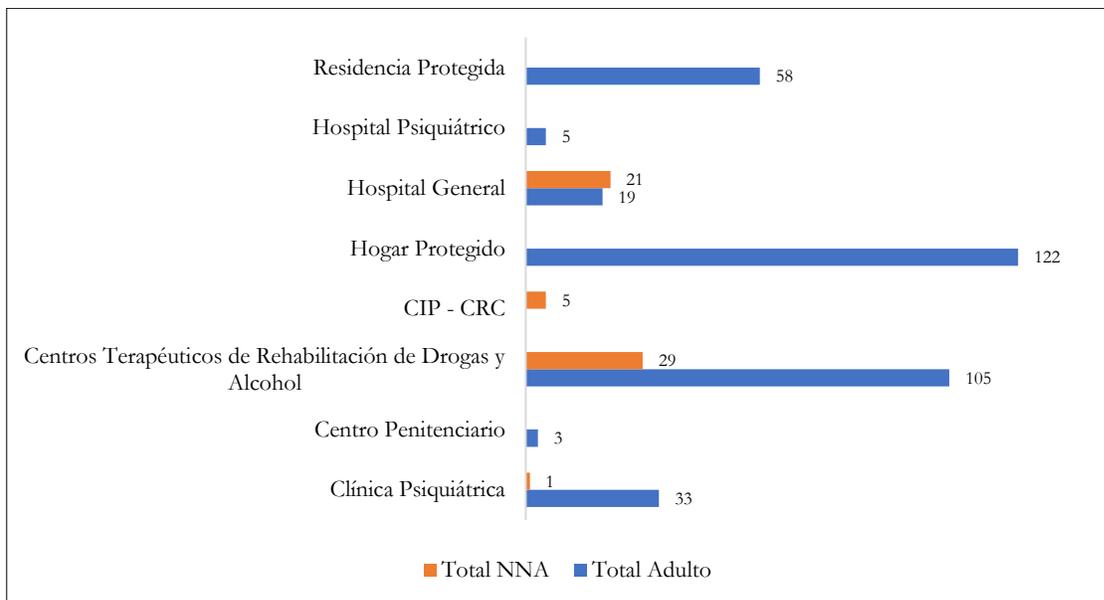
<sup>10</sup> Considerando que, de los 403 recintos catastrados a abril del 2021, hay un total de 86 de ellos sin datos de cobertura.

### III. CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

#### Edad

En relación con la distribución de establecimientos según los tramos etarios de su población atendida (**Gráfico 1**), la mayor cantidad de estos atienden a población adulta; mientras que los centros más numerosos orientados a la población de NNA son los Centros de Rehabilitación de Drogas y Alcohol, las UHCIP infanto-juveniles de los Hospitales Generales y los CIP-CRC (destinado solamente a esta población). En cuanto al perfil etario de la población atendida por los distintos establecimientos de salud mental, uno de los hallazgos levantados por el Informe de “Evaluación Programa Residencias y Hogares Protegidos” (DIPRES, 2020), señala que existiría un envejecimiento de la población que acude a los dispositivos residenciales y un incremento de los niveles de dependencia, en un escenario en que los presupuestos se mantienen iguales y, por lo tanto —como declaran funcionarias/os entrevistadas/os en este estudio—, no se cuenta con los recursos suficientes para responder a las necesidades de esta población. Según los datos recolectados para este informe, los Hogares Protegidos presentan una mediana de 54 años de edad y las Residencias Protegidas de 52 años de edad, lo cual corrobora la afirmación de la DIPRES (2020) respecto al envejecimiento de la población atendida.

*Gráfico 1: Número de establecimientos según tipo y grupo etario de población atendida*

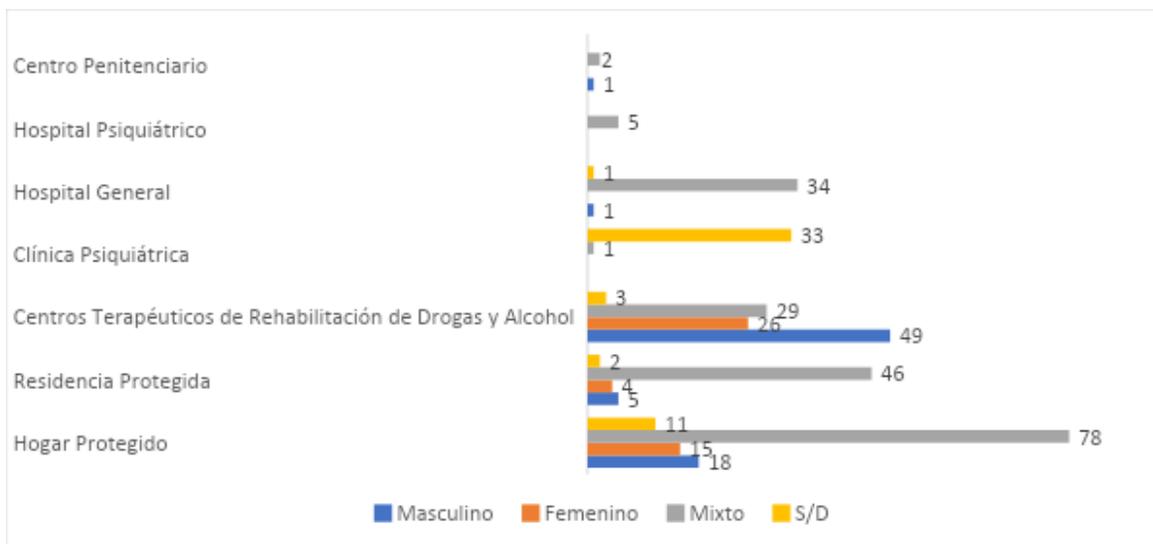


Fuente: Elaboración propia a partir de recolección de datos 2020/2021.

### Sexo

La distribución de los establecimientos según el sexo de su población atendida, se detalla en el **Gráfico 2**, donde también se encuentran los establecimientos de los cuales no se recibieron datos.

*Gráfico 2: Número de establecimientos de salud mental por tipo y género (o población atendida)*



Fuente: Elaboración propia a partir de recolección de datos 2020/2021.

#### IV. ORGANISMOS DE MONITOREO Y ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

##### Organismos de monitoreo

A continuación, se describen las instituciones y organismos, nacionales e internacionales, que tienen la facultad autónoma y/o independiente de monitorear los diversos recintos que forman parte del mandato de CPT en el ámbito de Salud Mental. Esta información fue levantada por el CPT, puesto que le permite identificar actores con objetivos comunes para coordinarse, avanzar colaborativamente en la prevención de la tortura y optimizar los recursos. En el caso de las diversas organizaciones de la sociedad civil, que realizan una labor invaluable de monitoreo, son descritas posteriormente.

En relación a los organismos internacionales que pueden realizar monitoreos generales sobre la situación de derechos humanos de las personas que están bajo custodia o cuidado del Estado (de forma transversal a todas las áreas temáticas del CPT) se encuentra el Sistema Universal de protección de los derechos humanos, compuesto por:

- I. El Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, a través del Examen Periódico Universal y los procedimientos especiales que este establezca –incluyendo al Relator Especial sobre la Tortura;
- II. El Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas, en base a lo establecido en la Convención contra la Tortura; y,
- III. El Subcomité para la Prevención de la Tortura, de acuerdo con el OPCAT.

Asimismo, a nivel del sistema regional de derechos humanos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos también puede realizar labores de monitoreo, al igual que los Relatores Especiales establecidos por la misma Comisión.

En el monitoreo de los recintos de salud mental de atención psiquiátrica cerrada y residencial, a nivel internacional, se agrega a los organismos transversales antes mencionados, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, organismo de Naciones Unidas que supervisa la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

La siguiente tabla resume una breve explicación de los organismos nacionales que realizan labores de monitoreo y su función en torno a ello para este tipo de recintos”.

*Tabla 4. Organismos de monitoreo nacional*

<b>Institución</b>	<b>Objetivos y/o función</b>
Servicios de Salud (SS)	Los SS están a cargo de la administración, gestión y supervisión de establecimientos de salud pública a nivel territorial.
Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI de Salud)	Es la autoridad sanitaria que tiene como objetivo la fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario, sus leyes, reglamentos y normas complementarias, para lo cual cuenta con las atribuciones de vigilancia, inspección y demás que se contemplan al efecto, incluyendo la aplicación de las sanciones sanitarias que procedan, previa instrucción del procedimiento sumarial pertinente. <sup>11</sup>
Superintendencia de Salud	Tiene por misión resguardar la correcta implementación de la Ley N°20.584 <sup>12</sup> y fiscalizar los procesos de acreditación de prestadores institucionales que cuentan con su autorización sanitaria vigente, respecto del cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el MINSAL.
Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales (CONAPREM)	Ambos organismos tienen por finalidad el resguardo y promoción de los derechos de las personas en su atención de SM, en establecimientos de atención psiquiátrica cerrada y residencial.
Comisiones Regionales de Protección	Tienen como objetivo supervisar el correcto funcionamiento de las Unidades de Psiquiatría Forense.
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)	Tiene como objetivo supervisar los Centros de atención residencial para personas con consumo problemático de alcohol y drogas.
Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH)	El INDH, dentro de otras funciones, tiene por objetivo supervisar establecimientos donde se encuentren personas privadas de libertad o bajo custodia estatal, bajo un enfoque de derechos.
Fuente: Elaboración propia a partir de recolección de datos 2020/2021.	

<sup>11</sup> Los contratos aludidos en el artículo anterior se regirán por las disposiciones de la ley 19.886, sobre contratos administrativos de suministro y de prestación de servicios.

<sup>12</sup> “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud”

## Organizaciones de la sociedad civil (OSC)

Existen diversas organizaciones de la sociedad civil que trabajan en temas vinculados a la privación de libertad, y son actores que el CPT entiende como aliados fundamentales en el monitoreo de las condiciones de vida de las personas privadas de libertad, y en el ejercicio de la labor de prevención de la tortura. El CPT valora profundamente la amplia cantidad de OSC que trabajan para resguardar los derechos de las personas privadas de libertad y/o bajo custodia del Estado, así como aquellas dedicadas a visibilizar los desafíos pendientes con determinados grupos en especial situación de vulnerabilidad. Con todas ellas, el CPT espera cumplir un rol de colaboración y permanente apoyo en la mejora del sistema, acogiendo no sólo la diversidad de necesidades de atención especializada que los diferentes centros implican, sino también visibilizando y atendiendo la variada gama de desafíos que implica la diversidad territorial y una mirada interseccional a las redes disponibles, para la atención adecuada de todas las personas privadas de libertad, a lo largo y ancho de nuestro país.

Con el objetivo de trazar un mapa general de las OSC existentes, el CPT ha realizado un levantamiento de las OSC a través de fuentes secundarias<sup>13</sup>. Por cierto, este mapa no tiene la pretensión de ser exhaustivo, sino ofrecer un panorama preliminar respecto de las organizaciones en cada área temática. A continuación, se presenta lo recopilado hasta la fecha.

El conjunto de organizaciones de la sociedad civil identificadas en el área de salud mental se extrajo de tres fuentes secundarias: i) la página web del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS); ii) la página web del INDH; y iii) una búsqueda abierta en internet. La mayoría de ellas corresponden a las registradas en SENADIS, las cuales suman 166 OSC, de un total de 176 identificadas. Las OSC del SENADIS refieren a las Organizaciones “*de y para personas en situación de discapacidad*”, las cuales son de diferentes tipos y tienen diversos objetivos, pero todas trabajan por la inclusión de las personas en situación de discapacidad.

Los tipos de discapacidad que incorpora este registro son discapacidad auditiva, física, visual, intelectual, mental y psíquica. Para efectos del análisis, se dividieron por categorías y se seleccionaron aquellas que se relacionan más estrechamente con el área de salud mental del CPT, es decir, la discapacidad intelectual, mental y psíquica.

A partir del registro del SENADIS, la mayor cantidad de organizaciones de la sociedad civil de y para personas en situación de discapacidad se encuentran en la Región Metropolitana, seguidas por la Región del Ñuble y la del Biobío. Del total de organizaciones, las tres primeras que tienen mayor cantidad de socias/os (100 o más) son la Fundación Rostros Nuevos (aborda discapacidad auditiva, física, intelectual, mental y visual), que administra una cantidad importante de Hogares y Residencias Protegidas; la

---

<sup>13</sup> Con el objetivo de completar el mapa general de las OSC existentes y sus principales áreas de trabajo, el CPT ha realizado una convocatoria pública, donde se ha invitado a las OSC relacionadas con el mandato del Comité a inscribirse y registrarse en su base de datos, a fin de completar el registro y establecer mecanismos de colaboración. (disponible en: [www.mnpt.cl](http://www.mnpt.cl))

Asociación Provincial de la Esquizofrenia (aborda discapacidad mental) y la Fundación Yo Soy Autismo (aborda discapacidad intelectual). Las otras 10 OSC identificadas corresponden a organizaciones dedicadas al servicio y defensa de los derechos humanos de personas en situación de discapacidad psicosocial e intelectual, donde la mayoría de ellas ejercen desde la experiencia en primera persona.

## V. DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES Y TRATO QUE RECIBEN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD Y PRINCIPALES VULNERACIONES A LOS DERECHOS HUMANOS

A continuación, se detallan los principales resultados de las vulneraciones a los derechos humanos ocurridas a personas privadas de libertad en recintos de salud mental de atención psiquiátrica cerrada y residencial, en base a los informes nacionales e internacionales de monitoreo. Los resultados se presentan siguiendo las dimensiones de monitoreo de la Asociación para la Prevención de la Tortura (APT).

### Trato

El 11 de mayo del 2021 se publicó la Ley 21.331 “Del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental”, la cual indica en su artículo 1°:

“Esta ley tiene por finalidad reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral.

El pleno goce de los derechos humanos de estas personas se garantiza en el marco de la Constitución Política de la República y de los tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes. Estos instrumentos constituyen derechos fundamentales y es, por tanto, deber del Estado respetarlos, promoverlos y garantizarlos”.

En lo que respecta al trato y atención que reciben las personas privadas de libertad en recintos de salud mental, a continuación, se reseñan algunas áreas de estudio del CPT que presentan especiales desafíos en materia de prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

En este aspecto, se visualiza como prioritario atender los procedimientos sin consentimiento en personas con diagnóstico de salud mental o en situación de discapacidad psicosocial e intelectual, principalmente referidos a aislamientos, contenciones, hospitalizaciones, cirugías, entre otros. Esto, sumado a la presencia de abuso verbal, físico, sexual y/o psicológico, y al descuido físico y/o emocional, en un contexto de ausencia de supervisión por una autoridad independiente que permita visibilizar los malos tratos y apuntar a su prevención.

En relación a los procedimientos invasivos e irreversibles, dentro de los cuales se incluyen las esterilizaciones forzadas y las psicocirugías en personas con diagnóstico de salud mental o en situación de discapacidad psicosocial e intelectual, el estudio de la Corporación Círculo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad de Chile (Pavez y Benavides, 2021) advierte que el Estado chileno continúa practicando medidas sanitarias o profilácticas de esterilización quirúrgica forzada frente a la violencia sexual que afecta a personas en situación de discapacidad, denominándolo “eugenesia positiva” del embarazo en niñas y mujeres en situación de discapacidad. El estudio da cuenta que entre 2003 y 2015, se han presentado 77 solicitudes para practicar procedimientos de esterilización quirúrgica en personas en situación de discapacidad intelectual y psicosocial bajo custodia estatal, 75 mujeres y dos hombres. Del

total de solicitudes, solamente ocho de las personas tenían capacidad de consentimiento y tres personas eran NNA, por lo que fueron rechazadas. Por su parte, se aprobaron 44 solicitudes sobre procedimiento de esterilización quirúrgica en personas en situación de discapacidad psicosocial e intelectual, representando el 57,14%, y de ellas solamente cuatro fueron consentidas (9,09%).

Por otra parte, a la fecha de cierre del presente informe, no se recibió la documentación completa solicitada por Ley de Transparencia respecto al funcionamiento de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales (CONAPPREM), entidad encargada de la revisión de indicaciones y aplicación sin consentimiento de tratamientos invasivos e irreversibles. Sin embargo, por intermedio de la secretaría de este organismo se ha obtenido información sobre estos procedimientos, para el periodo 2013-2017. Con relación a las solicitudes de psicocirugía, se menciona una solicitud el año 2013 referida por el Comité de ética del Hospital San José, que no cumple con los criterios de norma técnica, y una solicitud el año 2017 referida por el Comité de Ética de la Clínica Dávila, en la cual se solicita formalizar consentimiento. Por otra parte, respecto a las solicitudes de esterilización quirúrgica en personas en situación de discapacidad mental, se han aceptado el 65,1% de los antecedentes recibidos para realizar este procedimiento en el periodo 2013-2018. En la **Tabla 5** se describe el detalle de la información entregada por la CONAPPREM.

*Tabla 5. Revisión de indicaciones y aplicación de esterilización quirúrgica (2013-2018).*

Año	Recibidos	Aceptados	Rechazados	Antecedentes incompletos
2013	13	8	1	4
2014	4	4	0	0
2015	3	2	1	0
2016	11	7	4	0
2017	8	6	1	1
2018	4	1	1	2
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>28</b>	<b>8</b>	<b>7</b>

Fuente: Documento “Diagnóstico” elaborado por CONAPPREM (2019).

Considerando estas cifras y las solicitudes del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016) (CRPD, por sus siglas en inglés), orientadas a garantizar “*sin excepción el consentimiento libre e informado de personas con discapacidad, incluyendo a aquellas declaradas interdictas, como requisito indispensable para toda intervención quirúrgica o tratamiento médico, particularmente los de carácter invasivo y aquellos con efectos irreversibles tales como la esterilización y las cirugías a niños y niñas intersex*” (párr.42), se han impulsado modificaciones normativas sobre procedimientos invasivos e irreversibles. Al respecto, la Ley 21.331 garantiza el derecho de la persona con diagnóstico de salud mental o discapacidad psicosocial e intelectual “*A no ser esterilizada sin su consentimiento libre e informado. Queda prohibida la esterilización de niños, niñas y adolescentes o como medida de control de fertilidad*” (art. 9) y resguarda que “*En ningún caso se podrá someter a una persona hospitalizada en forma involuntaria a procedimientos o tratamientos irreversibles, tales como esterilización o psicocirugía*” (art.17).”

En cuanto al uso de Terapia Electroconvulsiva (TEC), o también conocida como Electroshock, corresponde a un procedimiento psiquiátrico que consiste en la aplicación de electrodos en la cabeza, con

el objetivo de traspasar suficiente electricidad en el cerebro para producir una convulsión generalizada (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2020). Al respecto, el Relator Especial sobre la Tortura (2013a) ha señalado que la utilización de TEC sin el consentimiento libre e informado constituye una práctica contraria a la prohibición de la tortura, y solicita a los países su prohibición absoluta. No obstante, en Chile la aplicación de TEC en el sistema sanitario público se basa en la norma técnica del MINSAL (2000), la que establece que puede realizarse con autorización de terceros, y no prohíbe su aplicación en NNA. Ello se contrapone a las recomendaciones de la OMS establecidas en el Instrumento de Calidad y Derechos (2014), que tiene por objetivo apoyar a los países en la mejora y evaluación de la calidad y los derechos humanos de sus establecimientos de apoyo social y salud mental.

De la información obtenida se concluye que los establecimientos que presentan el mayor número de procedimientos entre los años 2017 y 2020, son el Instituto Psiquiátrico J. Horwitz Barak de Santiago con 5.854 sesiones de TEC, el Hospital Dr. Hernán Henríquez de Temuco con 897, el Hospital Regional de Rancagua con 896, el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso con 692, el Hospital Dr. Eloísa Díaz de La Florida con 517, el Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción con 255 y el Hospital Leonardo Guzmán de Antofagasta con 232. Finalmente, cabe destacar que las orientaciones específicas del Ministerio de Salud sobre el funcionamiento de UHCIP en contexto de SARS-CoV-2 refería la indicación de no programar TEC. Sin embargo, de acuerdo con la información recopilada por el CPT, durante el año 2020 se realizaron 709 sesiones de TEC en solo 13 establecimientos hospitalarios a nivel nacional. De esta manera, las indicaciones del MINSAL no fueron acogidas por algunas unidades de atención cerrada en el marco de la emergencia sanitaria.

Respecto al uso de contención física, contención farmacológica y salas de aislamiento en recintos psiquiátricos. Sobre este punto, el Relator Especial sobre la Tortura (2013a) ha sostenido que: *“Es esencial que se aplique una prohibición absoluta de todas las medidas coercitivas y no consentidas, incluida la inmovilización y el régimen de aislamiento de las personas con discapacidad intelectual o psicológica, en todos los lugares de privación de libertad, incluidas las instituciones de atención psiquiátrica y social. Las circunstancias de impotencia en que se halla el paciente y el trato abusivo de las personas con discapacidad, en el que se recurre a la inmovilización y la reclusión, pueden dar lugar a otros tratamientos no consentidos, como la medicación forzosa y los procedimientos de electrochoque”* (párr. 63). Y frente a ello, recomienda *“imponer una prohibición absoluta de todas las intervenciones médicas forzadas y no consentidas en los casos de personas con discapacidad, incluida la psicocirugía, la terapia de electrochoque, la administración de medicamentos psicotrópicos como los neurolépticos, la inmovilización y el régimen de aislamiento, tanto a largo como a corto plazo, cuando no exista consentimiento”*. (párr. 89b). Del mismo modo, el Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS (2014) plantea la necesidad de desarrollar servicios de salud mental libres de prácticas coercitivas.

Sin embargo, el levantamiento de información del CPT permite dar cuenta que las contenciones físicas, contenciones farmacológicas y el uso de salas de aislamientos son frecuentes en los entornos sanitarios. Además, la reciente Ley 21.331 establece un marco normativo específico, orientado a regular la utilización de estas prácticas en los recintos hospitalarios. Asimismo, es importante mencionar que los procedimientos recién descritos también afectan a la población NNA.

De la información recopilada, el Comité ha identificado discrepancias e inconsistencias en las cifras de contención y aislamiento reportadas por dos fuentes de información distintas: las SEREMIS de Salud de cada región, y los establecimientos hospitalarios. Lo anterior, da cuenta de las dificultades para obtener datos exactos sobre el uso de estos procedimientos en el ámbito sanitario. Junto con ello, es relevante

mencionar las diversas maneras en que se registran, sistematizan y reportan las contenciones físicas, las contenciones farmacológicas y el uso de salas de aislamiento en los recintos analizados. Al respecto, algunos hospitales comunican el número total de procedimientos por hospital o por unidad, lo que implica que un/a usuario/a es contenido/a más de una vez; otros hospitales indican el número total de personas contenidas, lo que impide conocer la frecuencia global de su utilización. Por otra parte, respecto al uso de contención farmacológica, la mayoría de los establecimientos indican que sería necesaria la revisión de fichas clínicas y los libros de entrega de turno para poder entregar información cuantificada sobre su uso. Finalmente, un número significativo de recintos refieren que no utilizan salas de aislamiento, sin embargo, se ha constatado la diversidad de denominaciones respecto a estos lugares, definidos como salas de observación, salas de contención y salas de autorregulación, entre otras. De esta manera, es necesario considerar el uso práctico de estas habitaciones, cuyos fines pueden variar considerablemente: desde espacios de calma y estabilización, hasta lugares de encierro o castigo. En todos los casos, es necesario triangular información cuantitativa y cualitativa para establecer un mapeo más completo sobre el uso de contención y aislamiento en unidades de atención psiquiátrica cerrada y residencial. No obstante, a partir de la información recopilada se puede sintetizar lo siguiente:

- ❖ Las contenciones físicas a nivel nacional permiten detectar las tres UHCIP que las practican en mayor cantidad, a pesar de que no se logró obtener información de la mayoría. Estas unidades corresponden al Hospital Dr. Sótero del Río en Santiago con 1.349 contenciones físicas, el Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción con 1.215 y el Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta con 1.290;
- ❖ En relación a las contenciones farmacológicas, 19 de 28 hospitales no respondieron nuestras solicitudes de información o lo hicieron de manera incompleta. De los que entregaron información, se observa que el hospital con mayor número de contenciones farmacológicas es el Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción con 3.302, el Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán de Antofagasta con 1.467 y el Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique con 700;
- ❖ En las UHCIP que atienden población infanto-juvenil (NNA) también se observan algunas de estas prácticas. Dentro de estas, se destacan tres recintos con mayores frecuencias de contenciones físicas a nivel nacional: el Hospital Roberto del Río en Santiago con 158, el Hospital de Puerto Aysén con 75 y el Hospital Penco-Lirquén con 66. En cuanto al uso de salas de aislamiento, el único que reporta existencia, y frecuencia de uso entre los años 2017 y 2020, es el Hospital de Puerto Aysén con 75, al igual que en las contenciones físicas, ya que las utilizan al mismo tiempo. La mayor parte del resto de los hospitales con población NNA no cuenta con salas de aislamiento o no las utilizan para este grupo etario. Con respecto a las contenciones farmacológicas, no se obtuvo información suficiente para analizar en esta población.

Otra área de relevancia y preocupación del Comité corresponde al abuso verbal, psicológico, físico y sexual, y el descuido físico y emocional en establecimientos de salud mental. Al respecto, la observación realizada por el INDH (2017b) sobre las condiciones generales de vida y tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en establecimientos psiquiátricos de larga estadía, reportó el uso de medidas de aislamiento en condiciones de indignidad; así como prácticas de maltrato, castigos, abuso

físico y sexual en Hospitales Psiquiátricos que dependen del sistema público de salud. Cabe destacar que los abusos sexuales corresponden a mujeres usuarias, una de las razones por las cuales es relevante observar esta problemática desde una perspectiva de género. En esta línea, es importante mencionar la reciente y emblemática condena por tortura sexual de un funcionario del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, cuya víctima fue una usuaria hospitalizada en el servicio de urgencia de dicho establecimiento el año 2019.

En estos términos, el Comité asume su mandato en el marco de las recomendaciones del Relator Especial sobre la Tortura (2013a), que exhorta a los Estados a “*Hacer cumplir la prohibición de la tortura en todas las instituciones de atención de la salud, tanto públicas como privadas, por ejemplo, entre otras cosas, declarando que los abusos cometidos en el contexto de la atención de la salud equivalen a un trato o pena cruel, inhumano o degradante; regulando las prácticas de atención de la salud con miras a prevenir los malos tratos bajo cualquier pretexto; e integrando las disposiciones de la prevención de la tortura y los malos tratos en las políticas de atención de la salud*” (párr. 85a).

### **Medidas de protección**

Respecto a las medidas de protección, y específicamente ligado al contacto con el mundo exterior, en los recintos de salud mental, preocupa la cantidad de internaciones involuntarias y la limitada presencia de mecanismos de protección de organismos independientes, que aparecen como determinantes de malos tratos y/o tortura.

En relación con las internaciones involuntarias, es uno de los ámbitos más sensibles que regula la reciente Ley 21.331: “La hospitalización psiquiátrica involuntaria afecta el derecho a la libertad de las personas, por lo que sólo procederá cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio para la atención de un problema de salud mental y exista una situación real de riesgo cierto e inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros” (art. 13). Con relación a este punto, el Relator Especial sobre la Tortura (2013a) ha señalado que “las intervenciones médicas forzosas, que suelen justificarse erróneamente alegando teorías de incapacidad y de necesidad terapéutica contrarias a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, se ven legitimadas por las leyes nacionales, y pueden llegar a gozar de un amplio apoyo público al realizarse en aras del presunto *interés superior* de la persona afectada. No obstante, en la medida en que infligen dolor o sufrimientos graves, contravienen la prohibición absoluta de la tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes” (párr.64). De esta manera, en opinión del Comité, la modalidad de tratamiento psiquiátrico en régimen de hospitalización no consentida entra en tensión con el resguardo de la autonomía y dignidad de las personas con diagnóstico de salud mental o en situación de discapacidad psicosocial e intelectual.

En Chile, el Decreto 570 publicado el 28 de agosto de 1998, establece la hospitalización o internación involuntaria de personas por motivos de salud mental en tres condiciones: de urgencia, con una duración máxima de 72 horas; administrativa, determinada por la autoridad sanitaria, la cual debe ser reevaluada cada treinta días; y judicial, dispuesta por algún Tribunal de Justicia. Antes de la promulgación de la Ley 21.331, la Ley 20.584 regulaba el uso y aplicación de internaciones administrativas formalizadas por la Autoridad Sanitaria, que correspondían a las SEREMIS de salud de cada región. Según la información obtenida por Ley de Transparencia de diez SEREMIS de Salud a nivel nacional, el número de internaciones involuntarias disminuyó un 6,06% en el periodo 2017-2020.

El detalle de los datos recopilados se presenta en la **Tabla 6**<sup>14</sup>.

Tabla 6. N° de internaciones administrativas decretadas por SEREMI de Salud (2017-2020)

SEREMI de Salud	2017	2018	2019	2020
Arica y Parinacota	25	32	36	23 <sup>15</sup>
Tarapacá	26	18	42	45
Antofagasta	48	34	62	61
Atacama	7	21	10	7
Coquimbo	220	177	152	152
Valparaíso	503	302	148	168
O'Higgins	95	68	108	108
Maule	S/D	160	167	172
Ñuble	90	156	86	61
Bío Bío	S/D	S/D	65	131
La Araucanía	220	266	204	207
Los Ríos	40	43	30	25
Los Lagos	51	12	66	73
Aysén	12	14	12	14
Magallanes y Antártica Chilena	24	34	38	31 <sup>16</sup>
<b>Total nacional</b>	<b>1336</b>	<b>1305</b>	<b>1181</b>	<b>1255</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos por Ley de Transparencia (SEREMI, 2020-2021).

Otro elemento para considerar, son las internaciones involuntarias por orden judicial. Sin embargo, el Comité no ha podido tener acceso a datos recientes sobre este fenómeno, dado que no existe un registro centralizado del número de personas privadas de libertad bajo estas condiciones. De hecho, el mismo Plan Nacional de Salud Mental (MINSAL, 2017a) se refiere a la insuficiente regulación de las internaciones involuntarias en el sector de justicia. Al respecto, el CRPD (2016) ha señalado que le “preocupa el criterio de ‘peligrosidad’ utilizado para determinar la privación de libertad con base en la presencia real o percibida de una discapacidad psicosocial. Asimismo, le preocupa el elevado número de personas declaradas inimputables que son internadas durante períodos prolongados en los hospitales psiquiátricos, en su mayoría en el Hospital Philippe Pinel en Putaendo, y la espera injustificada y prolongada para que las causas de internamiento sean revisadas por un juez, lo cual viola las garantías del debido proceso” (párr. 29), y recomienda al Estado de Chile “revisar el criterio de peligrosidad que determina el internamiento forzado en centros psiquiátricos. Asimismo, le recomienda revisar y reformar su Código Penal con el objeto de proteger efectivamente las garantías del debido proceso de las personas con discapacidad, particularmente con discapacidad psicosocial y/o intelectual, proporcionando los apoyos que requieran durante los procesos judiciales, considerando

<sup>14</sup> Es importante mencionar que no se encuentra la Región Metropolitana, ya que es uno de los organismos que no respondió a las solicitudes de información, a la fecha de cierre de este informe (mayo 2021).

<sup>15</sup> Hasta noviembre, 2020.

<sup>16</sup> Hasta septiembre, 2020.

*el género y la edad*” (párr. 30). Sin embargo, hasta la fecha, no se han realizado modificaciones normativas en la atención de salud mental de personas en conflicto con la justicia, que acojan las recomendaciones planteadas por el CRPD.

### **Condiciones materiales de reclusión**

Respecto de las condiciones materiales de detención, en la mayoría de los establecimientos se evidencian deficiencias de infraestructura y servicios básicos como factores de riesgo de malos tratos. En los lugares donde residen personas con problemas de salud mental se evidencia una cobertura superior a lo establecido en las normas técnicas y en los modelos de gestión de unidades de atención psiquiátrica y residencial.

### **Régimen y actividades**

En relación al régimen y actividades, en los recintos de salud mental, se levanta una preocupación por la ausencia de contacto con el mundo exterior y limitadas actividades de participación en vida social, política, laboral, cultural y comunitaria. Se levanta la alerta, además, en la permanencia de personas en situación de discapacidad en instituciones de larga estadía.

Uno de los objetivos propuestos por el Plan Nacional de Salud Mental (2001 y 2017) es la desinstitucionalización de personas de los Hospitales Psiquiátricos por medio de la implementación de medidas alternativas de residencia y apoyo social en la comunidad. Una de las metas planteadas en la última edición del Plan es que *“al año 2025, el 100% de las personas que vivían en los hospitales psiquiátricos y clínicas de larga estadía, residen con sus familias o en dispositivos comunitarios autorizados, de acuerdo a sus necesidades”* (MINSAL, 2017a, p. 81). Asimismo, la Ley 21.331 define en su artículo 26: *“Prohíbese la creación de nuevos establecimientos psiquiátricos asilares o de atención segregada en salud mental”*. Sobre ello, el CRPD (2016), en las observaciones finales sobre el informe presentado por Chile sostuvo: *“Al Comité le preocupa el internamiento de personas en hospitales psiquiátricos u otro tipo de centros residenciales de larga estadía, por motivo de la deficiencia, por requerimiento de la familia y sin el consentimiento libre e informado de la persona afectada”* (párr. 31), y recomendó al Estado prohibir la institucionalización forzada por motivo de la discapacidad.

### **Servicios médicos**

Respecto a los servicios médicos, se levanta una preocupación transversal por el manejo y control de la pandemia al interior de todos los recintos de privación de la libertad o donde existan personas bajo custodia del Estado, especialmente en aquellos en que residen personas o grupos en situación de especial vulnerabilidad. Desde el área de salud mental, destaca un bajo nivel de atención en salud física y medicina general, donde preocupa especialmente las muertes ocurridas bajo custodia estatal.

A este respecto, el Comité contra la Tortura (2018b) urgió al Estado de Chile asegurarse que “todos los casos de muerte durante la privación de libertad sean investigados con prontitud y de forma imparcial por un órgano independiente, teniendo debidamente en cuenta el Protocolo de Minnesota sobre la Investigación de Muertes Potencialmente Ilícitas” (párr. 35). Asimismo, el Comité contra la Tortura (2018b) instó a Chile a “investigar las denuncias de malos tratos a personas con discapacidad y de la tercera edad internadas en instituciones residenciales, así como todos los casos de muertes repentinas acaecidas en estos centros” (párr. 39).

Para atender estas recomendaciones, el año 2019 se publicó el “Protocolo Intersectorial de Alerta Temprana ante Muertes bajo Control, Custodia o Cuidado del Estado” elaborado por la Mesa Interinstitucional sobre Muertes Bajo Custodia del Estado, convocada por el Ministerio Público, el cual consiste en *“una serie de obligaciones y estándares a las que se comprometen Servicios, que por sus funciones, mantienen a niños, niñas, adolescentes, mujeres, hombres y/o adultos/as mayores bajo su control, custodia o cuidado, con el objetivo de promover investigaciones eficaces y oportunas en caso que fallezcan”* (Fiscalía Nacional, 2018, p.2). En este protocolo participan el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el Ministerio de Salud, la Policía de Investigaciones, Carabineros de Chile, el Ministerio Público (MP), Gendarmería de Chile, el Servicio Nacional de Menores, el Servicio Nacional del Adulto Mayor, el Servicio Médico Legal y el Instituto Nacional de Derechos Humanos.

En virtud de este Protocolo, la/el fiscal que tome conocimiento de un fallecimiento de una persona privada de libertad o bajo cuidado y/o custodia estatal, debe ejecutar diligencias pertinentes para acreditar los hechos ocurridos según sus características y para determinar si es que el fallecimiento pudiese haber sido provocado por actos negligentes o deliberados de las personas responsables del cuidado, control o custodia de la/el fallecida/o. Las obligaciones derivadas del protocolo también aplican para personas que fallezcan en establecimientos de salud y, en tales casos debe ser el/la director/a del establecimiento quien debe denunciar. Así, para los servicios de hospitalización psiquiátrica aplica para:

- ❖ Las personas con condiciones o enfermedades mentales, psíquicas o intelectuales que se encuentren hospitalizadas en Establecimientos Públicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud;
- ❖ Establecimientos de salud privados en convenio con Servicios de Salud y Establecimientos Públicos de Salud, de conformidad al DFL 36 de 1980 del Ministerio de Salud, que contiene las normas que se aplican en los convenios que celebren los Servicios de Salud con entidades o personas distintas a estos. En ellos se sustituye al Servicio de Salud en la ejecución de una o más acciones de fomento, protección y recuperación de la salud o de rehabilitación de personas con enfermedades, sea por delegación o mandato y que le permita al tercero a actuar y administrar por cuenta del Servicio para atender a los beneficiarios de este;
- ❖ Establecimientos de Salud privados y centros asistenciales privados que contraten con el Ministerio de Salud, con los Servicios de Salud o con un Establecimiento de Salud Público de conformidad a la Ley 19.886;
- ❖ Comprende también a los establecimientos de salud dependientes de otros sectores públicos, como establecimientos de salud penitenciarios, de la defensa, etc.

A pesar de este importante desarrollo, a la fecha de cierre de este reporte, no se ha tenido conocimiento de su funcionamiento y aplicación en establecimientos de atención psiquiátrica cerrada y residencial. Ello es relevante si se considera que solo en el Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel de Putaendo se registraron 29 fallecimientos entre los años 2015-2019, sin embargo, en las cifras reportadas por la CONAPPREM se informa de 13 muertes acontecidas en hospitales psiquiátricos en el periodo 2014-2019, expresando inconsistencias en las cifras recopiladas por este organismo (CONAPPREM, 2019).

En lo que respecta a situación del SARS CoV-2 en las personas privadas de libertad con un diagnóstico de salud mental, el INDH en abril del 2020 desarrolló visitas al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y Hospital Psiquiátrico El Peral, con el propósito de determinar si el Estado había adoptado las medidas necesarias para prevenir y tratar brotes dentro de estos establecimientos (INDH, 2020b). Al respecto, se detectó que en ambos recintos se habían tomado medidas para prevenir y manejar posibles casos de SARS CoV-2. Sin embargo, se constataron carencias de implementos más sofisticados para tratar casos complejos, y un bajo número de horas médicas de internistas y de enfermería. Junto con ello, también se pudo recopilar información sobre nuevos ingresos a las unidades de larga estadía, a pesar de que esta situación no debería producirse, tal como fue constatado y recomendado por la visita del organismo en el año 2017 (INDH, 2020b).

### **Personal de custodia o cuidado**

En relación al personal de custodia, todas las áreas advierten que un factor de riesgo para la tortura y los malos tratos tiene que ver con el déficit en las condiciones laborales del personal, la ausencia de instancias de cuidado profesional, prevención del desgaste, junto con la escasa formación en abordaje de situaciones complejas y manejos del estrés. Asimismo, se levanta de manera transversal una preocupación por la escasa interiorización de la formación en derechos humanos en las prácticas cotidianas de las/os funcionarias/os a cargo de la custodia.

### **Otros temas de relevancia**

Además de los anteriores, se identifican otros factores de riesgos específicos para ciertas áreas, incluyendo los siguientes en el caso de salud mental:

- ❖ Presencia nacional de un indeterminado número de centros de atención psiquiátrica cerrada y residencial privados, que no se encuentran bajo tutela, supervisión ni monitoreo estatal.
- ❖ Inexistencia por parte del Estado de un programa de cierre efectivo de los establecimientos de Hospitales Psiquiátricos en el corto plazo.
- ❖ Inexistencia de información centralizada y falta de transparencia sobre datos sociodemográficos de personas bajo custodia estatal y procedimientos psiquiátricos en establecimientos de salud mental.

- ❖ MINSAL no ha firmado el convenio de cooperación y colaboración interinstitucional de la Mesa Intersectorial por muertes bajo custodia del Estado en recintos de salud mental, incumpliendo los estándares de derechos humanos en la materia.

## VI. REFERENCIAS

Cea-Madrid, J. C. & Castillo-Parada, T. (2020). Electroshock o Terapia Electroconvulsiva en Chile: Diagnóstico crítico, activismo social y enfoque de derechos. *Quaderns de Psicologia*, 22(2), e1521.

Cea-Madrid, J. C. (2020). Gasto público en prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en el modelo de salud mental comunitaria en Chile. *Saúde e Sociedade*, 29(3), e190893.

Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales [CONAPREM] (2019). *Diagnóstico*. Recibido el 13 de enero de 2021.

Comité contra la Tortura (2018b). *Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Chile*. 28 de agosto de 2018. UN Doc. CAT/C/CHL/CO/6.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016). *Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile*. Naciones Unidas.

Dirección de Presupuestos [DIPRES] (2020). *Evaluación Programa Hogares y Residencias Protegidas*. Recuperado de: [http://www.dipres.cl/597/articles-205710\\_informe\\_final.pdf](http://www.dipres.cl/597/articles-205710_informe_final.pdf)

Fiscalía Nacional. (2018). Protocolo Intersectorial de Alerta Temprana Ante Muertes Bajo Control, Custodia o Cuidado del Estado.

Instituto Nacional de Derechos Humanos [INDH] (2017b). *Informe Anual 2017*. Instituto Nacional de Derechos Humanos.

Instituto Nacional de Derechos Humanos [INDH] (2020b). *Informe Anual 2020*. Instituto Nacional de Derechos Humanos.

Ley 19.866 (2003). *Ley de base sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios*. Ministerio de Hacienda. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=213004>

Ley 20.285 (2008). *Ley de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado*. Ministerio General de la Presidencia. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=276363>

Ley 20.584 (2012). *Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>

Ley 21.331 (2021). *Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental*. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383&idParte=&idVersion=2021-05-11>

Ministerio de Salud [MINSAL] (12 de enero del 2021). *Misión y funciones de la Subsecretaría de Salud Pública*. <https://www.minsal.cl/mision-y-funciones/>

Ministerio de Salud [MINSAL] (15 de enero del 2021). *Misión y funciones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales*. <https://www.minsal.cl/mision-y-funciones-2/>

Ministerio de Salud [MINSAL] (2000). *Norma técnica sobre hogares protegidos*. MINSAL.

Ministerio de Salud [MINSAL] (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. MINSAL.

Ministerio de Salud [MINSAL] (2004). *Reglamento del Ministerio de Salud Decreto N°136*. Recuperado de: [http://transparencia.asrm.cl:83/organizacion/Decreto\\_136\\_de\\_2004.pdf](http://transparencia.asrm.cl:83/organizacion/Decreto_136_de_2004.pdf)

Ministerio de Salud [MINSAL] (2006). Norma técnica residencias protegidas (para personas con discapacidad de causa psíquica). MINSAL.

Ministerio de Salud [MINSAL] (2016). Modelo de Gestión Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infanto Adolescente (UHCIP). MINSAL.

Ministerio de Salud [MINSAL] (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. MINSAL.

Ministerio de Salud [MINSAL] (2018). Modelo de Gestión. Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud. MINSAL.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). *Instrumento Calidad y Derechos de la OMS*. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile – Organización Mundial de la Salud.

Pavez, P. y Benavides, M. (2021). Una revisión de las estadísticas 2001-2018, sobre la situación de las personas con Discapacidad Psicosocial e Intelectual en el Sistema de Salud Mental chileno. Corporación Círculo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad de Chile (CIMUNIDIS).

Relator Especial sobre la Tortura (2013a). *Informe de 1 de febrero de 2013*. UN Doc. A/HRC/22/53.