

Informe de Visita
Hospital Psiquiátrico El Peral

Elaborado por el

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

Diciembre 2022

Índice

I.	Introducción	3
II.	Presentación del CPT	4
III.	Antecedentes	5
1.	Marco legal	5
2.	Justificación del problema	7
3.	Contexto de la visita	8
IV.	Objetivos de la visita	10
V.	Metodología de la visita	11
1.	Trabajo de campo	11
2.	Recolección de información: estrategias de levantamiento de la información y muestra	13
3.	Dificultades y limitaciones de la recolección de información	14
4.	Dimensiones y subdimensiones monitoreadas	15
5.	Procesamiento y análisis de la información	16
6.	Consideraciones éticas	17
VI.	Hallazgos de la visita	18
1.	Régimen y Actividades	18
2.	Contacto con el mundo exterior	21
3.	Condiciones Materiales	23
4.	Salud	27
5.	Medidas de protección	30
6.	Trato	34
7.	Gestión del establecimiento y del personal	37
8.	Autonomía	40
VII.	Evaluación CPT: asignación de niveles de logro.	42
VIII.	Recomendaciones	44
IX.	Seguimiento	50
X.	Referencias Bibliográficas	51

Comité de Prevención contra la Tortura

Expertas/os

Carlos Baeza Villar, Sebastián Cabezas Chamorro, Javiera Canessa Cordero, Alejandra Díaz Gude, Yamileth Granizo Román, Francisco Maffioletti Celedón, Luis Vial Recabarren.

Comisión de Visita

Javiera Canessa Cordero, Yamileth Granizo Román, Francisco Maffioletti Celedón, María Rosario Beltrán Campos, Gonzalo Horstmeier Garote, Ana Figueroa Salazar, Paula Pérez Morgado, Marcela Ureta Melo.

Equipo de investigación, análisis y redacción

Javiera Canessa Cordero, Yamileth Granizo Román, Francisco Maffioletti Celedón, María Rosario Beltrán Campos, Gonzalo Horstmeier Garote, Ana Figueroa Salazar, Paula Pérez Morgado, Marcela Ureta Melo.

Edición final

Javiera Canessa Cordero, Yamileth Granizo Román, María Rosario Beltrán Campos, Gonzalo Horstmeier Garote.

Santiago, Diciembre, 2022

Esta publicación es de uso público, y sus contenidos pueden ser reproducidos total o parcialmente, citando la fuente.

Forma de citación sugerida:

Comité para la Prevención de la Tortura [CPT] (2022), *Informe de visita del Hospital El Peral*. Chile.

I. Introducción

El presente informe expone los hallazgos y resultados de la visita realizada por el Comité para la Prevención contra la Tortura (CPT) al Hospital Psiquiátrico El Peral. La visita tuvo lugar los días lunes 30 de mayo y miércoles 01 de junio, y su objetivo general fue analizar los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes que afectan a personas con diagnósticos de salud mental en este recinto. Esta actividad forma parte de la programación anual de visitas preventivas y exhaustivas del CPT a diversos centros de salud mental del país.

Para la elaboración del informe, el Comité recopiló información primaria y secundaria que fue analizada en base a las siguientes dimensiones¹: (1) Régimen de actividades; (2) Contacto con el exterior; (3) Condiciones Materiales; (4) Salud; (5) Trato; (6) Medidas de protección; (7) Gestión de personal; y (8) Autonomía.

El presente documento está dirigido al Hospital Psiquiátrico El Peral, a las personas con diagnósticos de salud mental bajo cuidado del hospital y sus familiares, al Ministerio de Salud, como también a la comunidad de Derechos Humanos nacional e internacional, a las organizaciones de la sociedad civil y a la academia. Todas/os estas/os actrices y actores pueden acoger los hallazgos que aquí se presentan y jugar un rol activo en la implementación de soluciones con una perspectiva de Derechos Humanos.

La estructura de este informe es la siguiente: presentación del CPT (Capítulo II), de los principales antecedentes de esta visita (Capítulo III), indicación de la metodología utilizada (Capítulo IV) y de los hallazgos obtenidos (Capítulo V). Por último, se presentan recomendaciones para la prevención de malos tratos y tortura que afectan a las personas con diagnósticos de salud mental (Capítulo VI).

¹ Estas dimensiones están en relación con los *factores de riesgo* para el monitoreo que sugiere APT (2004), más la temática de Autonomía propuesta por el CPT.

II. Presentación del CPT

El Comité para la Prevención de la Tortura (CPT) es un órgano creado en cumplimiento de las obligaciones adquiridas por Chile mediante la ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT). Por medio de la Ley N°21.154, publicada el 25 de abril de 2019, se designó al Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) como el Mecanismo Nacional de Prevención Contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes (MNPT), estableciendo que este actuará exclusivamente a través del CPT. Esta institucionalidad busca reforzar el sistema de protección y promoción de los Derechos Humanos en Chile, dando aplicación a lo dispuesto en el OPCAT, los tratados internacionales en la materia ratificados por Chile, la Constitución Política de la República y la demás normativa vigente.

Entre las funciones asignadas al Comité en el artículo 3° de la Ley N°21.154, se encuentran las siguientes, en las cuales se enmarca legalmente este informe:

- 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.

Dadas sus atribuciones, el CPT tiene a su cargo el monitoreo permanente de una serie de recintos de diversa naturaleza que contemplen el cuidado o custodia de personas bajo el Estado, incluyendo unidades policiales, recintos penitenciarios, centros de internación psiquiátrica, Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) y residencias para Niñas, Niños y Adolescentes (NNA).

Se debe destacar que la labor del CPT supone un rol primordialmente preventivo, es decir, su trabajo está orientado a la anticipación de hechos de tortura y malos tratos, evitando que estos se produzcan. De esta manera, el monitoreo preventivo pone el foco en los aspectos estructurales y factores de riesgo que constituyen la fuente o causa para la ocurrencia de situaciones de tortura y/o tratos crueles, inhumanos o degradantes, proporcionando recomendaciones concretas, a través de un diálogo constructivo con las autoridades e instituciones, que permitan mitigar o eliminar los factores de riesgo detectados (Comité para la Prevención de la Tortura, 2021).

III. Antecedentes

1. Marco legal

1.1. Marco legal internacional

La doctrina internacional se ha pronunciado en distintas instancias sobre la protección de las personas que se encuentran en recintos psiquiátricos con el fin de resguardar sus derechos. El Comité de Derechos Humanos (1992) ha indicado que la prohibición de la tortura prevista en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos “*protege, en particular, [...] a los pacientes de los establecimientos de enseñanza y las instituciones médicas*”. De igual manera, el Relator Especial sobre la Tortura (2013) se ha referido a las formas de violencia y abusos que sufren estas personas, incluyendo al interior de cárceles o instituciones de salud mental.

En el mismo sentido, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2018), ha señalado que las personas con discapacidad pueden verse afectadas de manera desproporcionada por la violencia, los malos tratos y otros castigos crueles o degradantes, tanto en forma de medidas de contención o segregación, como de agresiones violentas.

Bajo esta lógica, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada por Chile el 29 de julio de 2008, refiere como principal propósito el:

“[...] promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Respecto a la protección contra la tortura, establecida en el artículo 15 de la Convención, en las observaciones finales del informe inicial del Estado de Chile, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad expresó su preocupación por las prácticas que se estaban llevando a cabo en el Estado, como terapias electroconvulsivas. Se trata de un tipo de tratamiento considerado como cruel, inhumano o degradante que tiene por objeto “disciplinar” o “corregir conductas desviadas” por parte de personas con discapacidad.

De esta forma, recomendó al Estado de Chile que prohíba explícitamente las prácticas como la señalada contra personas con discapacidad que se encuentren internadas en centros psiquiátricos u otros de privación de libertad, sean públicos o privados. Así, en el año 2020 por medio del listado de cuestiones previas a la presentación de los informes periódicos segundo a cuarto combinados del Estado, el Comité volvió a solicitar información sobre la temática, dando cuenta de la relevancia que tiene para el mismo el dar término con dichas prácticas.

Por otro lado, en su artículo 25, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, refiere que:

“Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta el género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud”.

En el mismo sentido, el CPT asume su mandato en el marco de las recomendaciones del Relator Especial sobre la Tortura (2013), que, en sus recomendaciones, 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”.

1.2. Marco Legal Nacional

En Chile, a través de los distintos tratados y pactos internacionales ratificados, se ha intentado resguardar el derecho a la integridad psíquica y la protección de la salud de todas las personas; tales como el derecho al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por el Estado el 10 de febrero de 1972. Sin embargo, antes de la promulgación de la Ley N° 21.331, no existía una ley que protegiera la salud mental de manera específica, por lo que su regulación dependía de distintas normas: Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención de salud; Ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad; y Ley N° 18.600, sobre deficientes mentales.

Es así que, el 11 de mayo del 2021, se publicó la Ley N° 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 que:

“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 virtud de lo anterior, los principales desafíos detectados en materia preventiva por el CPT, dicen relación con el artículo 9 de dicha ley, que señala:

“La persona con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual es titular de los derechos que garantiza la Constitución Política de la República. En especial, esta ley le asegura los siguientes derechos:

- 1. A ser reconocida siempre como sujeto de derechos.*
- 2. A participar socialmente y a ser apoyada para ello, en caso necesario.*
- 3. A que se vele especialmente por el respeto a su derecho a la vida privada, a la libertad de comunicación y a la libertad personal.*
- 4. A participar activamente en su plan de tratamiento, habiendo expresado su consentimiento libre e informado. Las personas que tengan limitaciones para expresar su voluntad y preferencias deberán ser asistidas para ello. En caso alguno se podrá realizar algún tratamiento sin considerar su voluntad y preferencias.*

5. *A que para toda intervención médica o científica de carácter invasivo o irreversible, incluidas las de carácter psiquiátrico, manifieste su consentimiento libre e informado, salvo que se encuentre en el caso de la letra b) del artículo 15 de la ley N° 20.584.*
6. *A que se reconozcan y garanticen sus derechos sexuales y reproductivos, a ejercerlos dentro del ámbito de su autonomía, a que le sean garantizadas condiciones de accesibilidad y a recibir apoyo y orientación para su ejercicio, sin discriminación en atención a su condición.*
7. *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. Cuando la persona no pueda manifestar su voluntad o no sea posible desprender su preferencia o se trate de un niño, niña o adolescente, sólo se utilizarán métodos anticonceptivos reversibles.*
8. *A recibir atención sanitaria integral y humanizada y al acceso igualitario y equitativo a las prestaciones necesarias para asegurar la recuperación y preservación de la salud.*
9. *A recibir una atención con enfoque de derechos. Los establecimientos que otorguen prestaciones psiquiátricas en la modalidad de atención cerrada deberán contar con un comité de ética, conforme lo dispone el artículo 20 de la ley N° 20.584.*
10. *A recibir tratamiento con la alternativa terapéutica más efectiva y segura y que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.*
11. *A que su condición de salud mental no sea considerada inmodificable.*
12. *A recibir contraprestación pecuniaria por su participación en actividades realizadas en el marco de las terapias, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que sean comercializados.*
13. *A recibir educación a nivel individual y familiar sobre su condición de salud y sobre las formas de autocuidado, y a ser acompañada durante el proceso de recuperación por sus familiares o por quien la persona libremente designe.*
14. *A que su información y datos personales sean protegidos de conformidad con la ley N° 19.628.*
15. *A no ser discriminado por padecer o haber padecido una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.*
16. *A no sufrir discriminación por su condición en cuanto a prestaciones o coberturas de salud, así como en su inclusión educacional o laboral”.*

2. Justificación del problema

En Chile, existen seis tipos de centros que brindan atención residencial o psiquiátrica cerrada para personas con diagnóstico de salud mental: (1) Hospitales psiquiátricos, (2) Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), (3) Unidades de psiquiatría forense, (4) Centros de atención residencial para personas con consumo problemático de alcohol y drogas, (5) Hogares y residencias protegidas para personas con discapacidad mental y (6) Centros privados de atención psiquiátrica cerrada y residencial. Según la información recopilada por el CPT -a abril del 2021- se observa un total de 403 establecimientos², en donde se encuentran alrededor de 6.710 personas con diagnósticos de salud mental bajo el cuidado del Estado (CPT, 2022).

En relación con la modalidad de atención psiquiátrica cerrada, los hospitales psiquiátricos siguen concentrando la mayor cantidad de personas, con 1.080 plazas a nivel nacional (CPT, 2022), pese a que uno de los objetivos propuestos por el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) publicado el año 2001 (MINSAL, 2001) -y también reforzado en el correspondiente del 2017- es la *desinstitucionalización* de las

² Al respecto, cabe señalar que la recopilación de la información no fue exhaustiva, en la medida que hubo instituciones públicas y privadas que no respondieron satisfactoriamente las solicitudes realizadas, por lo tanto, no se logró catastrar la totalidad de los establecimientos.

personas, por medio de la implementación de medidas alternativas de residencia y apoyo social en la comunidad.

Además, es importante mencionar que el funcionamiento de estos recintos es complejo, dado que reúnen a unidades de internación psiquiátrica de diferentes características en su interior, tales como Corta, Mediana y/o Larga Estadía, Forense, Infante Juvenil, entre otras.

Por otro lado, el CPT considera relevante examinar estos centros, dado que -en base al análisis de distintas fuentes de información³- se han descrito diversas vulneraciones a los DD.HH. de las personas que residen en ellos, tales como: el uso de medidas de contención sin el seguimiento adecuado de su protocolo; la utilización de salas de aislamiento como método de castigo, hospitalizaciones involuntarias; la aplicación de Terapia Electroconvulsiva (TEC) en menores de edad sin el consentimiento informado y/o en su versión no modificada; malos tratos -tanto físicos como psicológicos-; condiciones laborales deficientes; y limitadas acciones de monitoreo/supervisión por autoridades u organismos independientes para prevenir la ocurrencia de tortura o malos tratos.

3. Contexto de la visita

3.1. Contexto en el que se enmarca la visita

El monitoreo -a través de visitas preventivas- a establecimientos en que se encuentran personas bajo cuidado del Estado se configura como una estrategia relevante para la prevención de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, a fin de identificar oportunamente aquellas áreas o factores de riesgo que pueden estar relacionados con su ocurrencia, según el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura (2002). En este mismo sentido, en el Manual de Recursos de la Organización Mundial de la Salud (2006) sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, se especifica que:

“el artículo 7 del PIDCP protege contra la tortura y el trato cruel, inhumano o degradante, y se aplica a las instituciones médicas, en especial a las que brindan atención psiquiátrica. La Observación General sobre el artículo 7 requiere que los gobiernos “provean información sobre las detenciones en hospitales psiquiátricos, las medidas para prevenir abusos, los procedimientos de apelación a disposición de las personas admitidas en instituciones psiquiátricas y las quejas registradas durante el período cubierto por el informe”.

De acuerdo a lo anterior, es posible observar que, en lo que respecta al trato y atención que reciben las personas en recintos de salud mental, existen áreas que presentan especiales desafíos en materia de prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Entre ellas, se encuentran las internaciones involuntarias, la realización de procedimientos invasivos e irreversibles (tales como las esterilizaciones forzadas y las psicocirugías), muertes ocurridas durante la hospitalización psiquiátrica, uso de TEC, contención física, contención farmacológica y salas de aislamiento, abuso verbal, psicológico, físico y sexual, y el descuido y/o negligencias física y emocional.

³ Se utilizaron 3 fuentes de información: 1) Solicitudes de acceso a información pública, sobre frecuencia de prácticas y procedimientos asociados a vulneraciones de derechos; 2) Revisión de informes de monitoreo realizados por organismos internacionales, incluyendo recomendaciones realizadas y revisión de su nivel de cumplimiento por parte del estado de Chile; y 3) Denuncias obtenidas a través de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) y las Comisiones Regionales de Protección, además de los sumarios relacionados con vulneraciones de los DDHH.

El CPT decidió realizar una visita al Hospital El Peral, teniendo en consideración que es uno de los cuatro Hospitales Psiquiátricos del país, y estando contemplada en su planificación anual.

El Hospital Psiquiátrico El Peral se emplaza en la comuna de Puente Alto, en la región Metropolitana, creado el año 1928 como una colonia “Open Door”, destinada a recibir pacientes irrecuperables del “Manicomio Nacional” -Actual Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak-, independizándose de esta institución en el año 1945 y adquiriendo su nombre actual. En el presente, el Hospital cuenta con 154 plazas de atención, divididas en los Servicios de Patología Dual, Larga Estadía -Unidad de Medicina Básica, Unidad de Medicina 2, Unidad de Crónicos Dependientes (UCD), Unidad de Rehabilitación de Larga Estadía (URLE)-, Servicio de Mediana Estadía -Unidad de Trastornos del Desarrollo y Unidad de Patologías Complejas. Además, el recinto administra 3 Residencias Protegidas, distribuidas en las comunas de San Miguel, La Florida y Puente Alto.

IV. Objetivos de la visita

La visita realizada tuvo como **objetivo general** evaluar los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que afectan a personas con diagnósticos de salud mental bajo el cuidado y/o custodia estatal en el Hospital Psiquiátrico El Peral durante el año 2022.

Como **objetivos específicos** se propuso:

1. Explorar las condiciones materiales, laborales y personales en este establecimiento psiquiátrico.
2. Conocer el tipo de segmentación en el interior del establecimiento psiquiátrico.
3. Conocer los tratos que reciben las personas al interior del establecimiento.
4. Elaborar recomendaciones dirigidas a las diversas autoridades con competencia en la administración y funcionamiento del Hospital Psiquiátrico El Peral, que inciden en factores asociados a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

V. Metodología de la visita

Esta visita tuvo un carácter exhaustivo, en tanto incluyó la evaluación de los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes en sus siete dimensiones (APT, 2004), más una octava propuesta por el CPT:

- (1) Régimen y actividades
- (2) Contacto con el mundo exterior
- (3) Condiciones materiales de detención
- (4) Salud
- (5) Medidas de protección
- (6) Trato
- (7) Gestión del establecimiento y del personal
- (8) Autonomía.

La metodología utilizada fue de tipo cualitativa, orientada a recoger los puntos de vista de las personas con diagnósticos de salud mental y sus familiares, funcionarias/os y directivas/os del Hospital El Peral. Adicionalmente, se realizó una revisión de la normativa internacional y nacional sobre los derechos de las personas con diagnósticos de salud mental, así como también de los protocolos y normativas técnicas nacionales e internacionales existentes en la materia e información específica del centro a visitar.

1. Trabajo de campo

Como ya fue mencionado, la visita se efectuó entre los días lunes 30 de mayo y miércoles 01 de junio del año 2022 por un grupo de profesionales del CPT. Los roles y funciones asignadas a cada participante del equipo se describen en la Tabla 1 y la agenda diaria se expone en la Tabla 2.

Tabla 1 Equipo de visita, rol y funciones

Miembro/s	Rol	Funciones
Javiera Canessa (Médica familiar)	Experta CPT- Líder de la visita	1. Presentación y entrevista Director
		2. Solicitud de documentación a Director
		3. Aplicación de pauta Sars-CoV-2
		4. Entrevistas informales a funcionarias/os
		5. Entrevistas a personas con diagnóstico de salud mental
		6. Entrevista grupal a personas con diagnóstico de salud mental
		7. Entrevistas informales a personas con diagnóstico de salud mental

		8. Revisión de fichas clínicas
Yamileth Granizo (Salubrista)	Experta CPT	1. Entrevista a Enfermera encargada de Calidad
		2. Entrevista a Enfermera Coordinadora
		3. Entrevistas a funcionarias/os
		4. Entrevistas a personas con diagnóstico de salud mental
		5. Revisión fichas clínicas
Francisco Maffioletti (Psicólogo)	Experto CPT	1. Entrevista a Subdirector médico
		2. Entrevistas a funcionarias/os
		3. Entrevistas informales a funcionarias/os
María Rosario Beltrán (Psicóloga)	Encargada de visita – Equipo de apoyo CPT	1. Encargada preparación documental, logística y operativa de la visita
		2. Entrevista a Enfermera Supervisora
		3. Entrevistas a funcionarias/os
		4. Entrevistas informales a funcionarias/os
		5. Pauta etnográfica
		6. Pauta de observación
		7. Revisión fichas clínicas
Gonzalo Horstmeier (Psicólogo)	Equipo de apoyo CPT	1. Encargado preparación documental, logística y operativa de la visita
		2. Entrevistas a funcionarias/os
		3. Entrevistas a personas con diagnóstico de salud mental
		4. Pauta etnográfica
		5. Pauta de observación
Paula Pérez (Socióloga)	Equipo de apoyo CPT	1. Entrevistas a funcionarias/os
		2. Pauta etnográfica
		3. Pauta de observación
Ana Figueroa (Socióloga)	Equipo de apoyo CPT	1. Entrevistas a funcionarias/os
		2. Entrevistas informales a funcionarias/os

		3. Entrevistas a personas con diagnóstico de salud mental
		4. Entrevistas informales a personas con diagnóstico de salud mental
		5. Pauta etnográfica
		6. Pauta de observación
Marcela Uretra (Periodista)	Equipo de apoyo CPT	1. Entrevistas a funcionarias/os
		2. Pauta de observación
<i>Fuente: Elaboración propia</i>		

Tabla 2 Agenda diaria de la Visita

Día	Actividades
30/05/2022	Presentación del CPT con las autoridades del recinto
	Visita a Unidad de Mediana Estadía (UPC)
	Visita a Unidad de Larga Estadía (URLE)
	Visita Unidad Transversal (Medicina 1 COVID)
01/06/2022	Visita a Unidad de Larga Estadía (Pabellón 4, 8, UCD y Medicina 2 (Psicogeriatría)
	Visita Unidad Mediana Estadía (Patología Dual)
<i>Fuente: Elaboración propia</i>	

2. Recolección de información: estrategias de levantamiento de la información y muestra

Las estrategias de levantamiento de información utilizadas en esta visita fueron: (a) *Entrevistas semiestructuradas individuales y grupales tanto a personas con diagnóstico de salud mental, como a funcionarias/os;* (b) *Conversaciones informales individuales y grupales a personas con diagnóstico de salud mental y a funcionarias/os;* (c) *Observación de campo y etnografía* y (d) *Revisión documental y de registros.* Para cada una de ellas se diseñaron

instrumentos o pautas específicas, según la temática y objetivos de la visita, atendiendo a los estándares internacionales sobre condiciones de privación de libertad y derechos de personas con diagnósticos de salud mental bajo cuidado y/o custodia estatal.

Durante la visita, se logró realizar un total de 5 entrevistas individuales, 1 conversación grupal y 2 conversaciones informales con personas con diagnóstico de salud mental, la revisión de 7 fichas clínicas; se realizó un total de 26 entrevistas individuales y 6 conversaciones informales con funcionarias/os; además de 9 pautas de observación de campo y 5 pautas etnográficas en las diferentes dependencias y unidades del centro. La siguiente tabla (Tabla 3) ilustra el detalle de los instrumentos aplicados y la muestra lograda.

Tabla 3 Muestra Lograda

Actor	Tipo de instrumento	Total
Personas con diagnóstico de SM	Entrevista individual	5
	Entrevista grupal	1
	Conversación informal	2
	Revisión de fichas clínicas	7
Funcionarias/os	Entrevista individual	26
	Conversación informal	6
Observación de campo	Pauta de Observación	9
	Pauta etnográfica	5
TOTAL INSTRUMENTOS		61
<i>Fuente: Elaboración propia</i>		

3. Dificultades y limitaciones de la recolección de información

Como principales dificultades o limitaciones al momento de recolectar información y realización de la visita, se encuentran el alto ausentismo laboral por licencias médicas, lo que genera mayor sobrecarga en las/os funcionarias/os, dificultando generar momentos de encuentro. Sin embargo, estas/os lograron generar espacios para poder concretar las entrevistas.

Por otra parte, la condición clínica en la que se encontraban algunas/os usuarias/os -tales como alteración del juicio de realidad o autismo severo-, también dificultó la aplicación de entrevistas individuales en ciertos casos. Sin perjuicio de lo anterior, el CPT realizó una adaptación de la técnica de recolección de información y se establecieron conversaciones informales con esas personas.

Otro aspecto complejo para la obtención de información se relaciona con las extensas distancias entre las distintas unidades de atención, en las que se encontraban jaurías intimidatorias y agresivas en ocasiones, afectando el tiempo de tránsito y la seguridad de las/os profesionales del CPT. Asimismo, las/os funcionarias/os entrevistadas/os señalan la peligrosidad del recinto, dado la intromisión de personas ajenas, quienes han realizado actos delictivos, interfiriendo así en su propio desplazamiento, generando temor a sufrir una vulneración.

Por último, durante esta visita no se analizaron las residencias y hogares protegidos, dependientes del Hospital El Peral.

4. Dimensiones y subdimensiones monitoreadas

Las siguientes dimensiones y subdimensiones guiaron el levantamiento de información y su análisis:

Tabla 4 Dimensiones y subdimensiones monitoreadas

Dimensión	Subdimensión permite conocer en detalle
Régimen y actividades	Ingreso, clasificación y segmentación de las personas
	Uso del tiempo (régimen de internación, oferta programática - educación trabajo, recreación-, intervención psicosocial)
Contacto con el mundo exterior	Vinculación con familiares, amigas/os
	Vinculación con comunidad
Condiciones materiales de la internación	Infraestructura: Emplazamiento, edificación y equipamiento
	Alimentación y agua
	Iluminación, ventilación y calefacción. Higiene y plagas.
	Servicios sanitarios (baños, lavamanos y duchas), y ropa y cama
	Privacidad, intimidad, confidencialidad, y seguridad
Salud	Acceso a prestaciones y tratamientos de salud (servicios de urgencia, atención especializada, salud mental)
	Características y dotación del personal de salud al interior del establecimiento
	Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos
	Promoción, prevención, control y manejo de enfermedades (transmisibles y no transmisibles)
Medidas de protección	Acceso a información
	Mecanismos de solicitudes y de quejas
	Acceso a la justicia y reparación
	Egreso

	Supervisión independiente
	Medidas de Prevención
Trato	Medidas de control, contención y uso de la fuerza (sujeciones físicas/farmacológicas), procedimientos irreversibles, hospitalización o tratamiento sin consentimiento)
	Aislamiento (uso y motivo de ingreso, registro, régimen, condiciones materiales y acceso a la salud)
	Violencia institucional (violencia física, psicológica, sexual, discriminación, extorciones, amenazas, descuido o indicios de tortura o malos tratos, abuso patrimonial, entre otras)
	Violencia entre usuarias/os (violencia física, psicológica, sexual, discriminación, extorciones, amenazas, descuido o indicios de tortura o malos tratos, abuso patrimonial, entre otras)
Gestión del establecimiento y del personal	Condiciones laborales (sobrecarga, turnos, recursos, percepción valoración de su trabajo)
	Formación del personal (asimilación protocolos, formación DDHH y temas específicos, como grupos vulnerables)
	Gestión y organización del establecimiento
Autonomía	Autonomía en el régimen de actividades
	Respeto por el ejercicio de su capacidad jurídica
	Autonomía en la atención en salud
<i>Fuente: Elaboración propia</i>	

5. Procesamiento y análisis de la información

La información recopilada fue vaciada y sistematizada en una matriz de análisis diseñada por el Comité para esta visita. Se utilizó análisis de contenido de la información obtenida. Además, para garantizar su validez, se realizó triangulación, tanto en la utilización de diferentes herramientas para recolectar información (entrevistas, observación, revisión de registros, entre otras), como también al momento de analizarla (diferentes investigadoras/es). Asimismo, se realizaron múltiples reuniones con la participación de todo el equipo de visita, con el fin de comparar impresiones y establecer un análisis común respecto a las brechas de cumplimiento de dichos estándares.

Como marco conceptual para el análisis de la información recopilada, se tuvo como referencia la normativa y los estándares nacionales e internacionales vinculados a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, respecto de personas con diagnósticos de salud mental.

Por último, como marco interpretativo -desde el levantamiento del diagnóstico, construcción de instrumentos y hasta el análisis de los datos- se decidió adoptar un enfoque de derechos que prioriza el foco en los derechos humanos de las personas con diagnósticos de salud mental. Esto quiere decir que, de forma transversal a los focos de la visita y preocupaciones del CPT, se buscó no perder de vista la historia, necesidades y características de esta población.

6. Consideraciones éticas

Durante el trabajo de campo, el análisis y la elaboración del informe de la visita se resguardó la identidad o datos sensibles de las personas que se entrevistaron y observaron, por lo que se le explicó la función del CPT y el objetivo de la visita a cada persona entrevistada. Se utilizó una pauta de consentimiento informado, en la que se explicitó -entre otros elementos- el carácter voluntario, anónimo y confidencial de la entrevista, lo cual implica que en cualquier etapa la persona pudiese solicitar su término -sin ninguna repercusión-, como también que toda la información compartida en este proceso será únicamente conocida por las/os profesionales del CPT que realizaron la visita, sin ser divulgada información de carácter personal y sensible. Asimismo, se especificó que, de utilizar citas en el presente informe, estas siempre son anonimizadas, a fin de disminuir posibles individualizaciones de su persona y así evitar efectos iatrogénicos y/o represalias hacia ellas/os. Por último, es importante mencionar que tanto la información recopilada, como los audios de las entrevistas grabadas, son resguardados por el CPT en programas especializados de almacenamiento.

VI. Hallazgos de la visita

El Hospital Psiquiátrico El Peral cuenta con tres servicios de atención cerrada, divididos en las siguientes unidades: Patología Dual, Larga Estadía -Unidad de Medicina Básica, Unidad de Medicina 2 (Psicogeriatría), Unidad de Crónicos Dependientes (UCD), Unidad de Rehabilitación de Larga Estadía (URLE)-, Servicio de Mediana Estadía -Unidad de Trastornos del Desarrollo y Unidad de Patologías Complejas-.

Los resultados se organizan en las 8 categorías de análisis antes señaladas, que dan cuenta de las distintas áreas del Hospital visitadas. Considerando que cada una de las unidades se encuentran en espacios distintos, con necesidades y complejidades diferenciadas, se especificaron los elementos distintivos de cada unidad en el análisis.

Las dimensiones mencionadas a continuación y cada una de las subdimensiones a trabajar, fueron utilizadas como guía en las distintas unidades que presenta el hospital, siendo estas descritas detalladamente a continuación.

Cabe señalar que los hallazgos y conclusiones que se derivan de este análisis corresponden a lo observado al momento de la visita, es decir, retratan un momento determinado del funcionamiento de los recintos. Es preciso considerar, además, que la presencia de observadoras/es externas/os puede inhibir, modificar o fomentar ciertas disposiciones y dinámicas entre el personal de la unidad y sus labores.

1. Régimen y Actividades

La evaluación de esta dimensión es relevante como una forma de prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, observándose especialmente el ingreso y segmentación de las personas con diagnósticos de salud mental, así como también las actividades que realizan en los centros de salud, dado que impactan en el trato y las condiciones de vida. Lo anterior está en correspondencia con los Derechos Humanos que asisten a las personas con diagnósticos de salud mental, específicamente sus derechos de salud (Art. 25 de la CDPD) y el derecho a un nivel de vida adecuado (Art. 28 de la CDPD), entre otras.

1.1. Ingreso, clasificación y segmentación de las personas

Estándares evaluados: (1) A ninguna persona se le prohíbe el ingreso por motivos arbitrarios, tales como etnia, género, religión, opinión política; (2) Las habitaciones están separadas por género.

El ingreso de personas con diagnósticos de salud mental al Hospital Psiquiátrico El Peral se realiza a través de derivaciones en coordinación con el Servicio de Salud, especialmente desde el Hospital Barros Luco. Además, reciben algunas/os pacientes por órdenes judiciales (1 o 2 personas al año aproximadamente). Es de relevancia mencionar que, en la actualidad, solo las Unidades de Mediana Estadía y Patología Dual reciben nuevos ingresos, en contraposición de las Unidades de Larga Estadía, donde no se aceptan nuevas personas. Funcionarias/os dan cuenta que esto se debería a la tendencia del proceso de desinstitucionalización en que se encuentran los Hospitales Psiquiátricos en nuestro país.

Durante el año 2020, informan 42 ingresos en total, durante el año 2021 49 ingresos y durante el año 2022 -hasta el momento de la visita- 23 ingresos. La mayoría de estos han sido derivados desde hospitales de la red (72), y en menor medida de la atención secundaria (35), otras procedencias (6) y judiciales (1).

Se destaca que en el recinto no se realizan prohibiciones arbitrarias de ingreso -tales como género, edad, etnia, religión, entre otros-, respetando los criterios de prestación de cada servicio.

En este sentido, la clasificación y segmentación se realiza según los diagnósticos y necesidades de intervención de cada persona, a través de la evaluación de un Comité Técnico, con el fin de otorgar cuidados específicos. A modo de ejemplo, en el caso de *Patología Dual*, existen exclusiones de ingreso para personas con discapacidad cognitiva moderada o severa y/o trastornos antisociales; así como también personas con movilidad reducida, debido a la falta de infraestructura necesaria, al encontrarse la dependencia en un segundo piso sin ascensor. Respecto a la *Unidad de Rehabilitación de Larga Estadía (URLE)*, el perfil de ingreso se relaciona con personas que presentan discapacidad intelectual y problemas de conducta, o dependencia en sus cuidados, incluyendo personas mayores. Respecto a los criterios de exclusión, no pueden ingresar aquellas personas que presentan trastorno del desarrollo, consumo problemático de drogas o alcohol, o psicopatías. Por su parte, en la *Unidad de Trastornos del Desarrollo*, el ingreso se caracteriza por personas con diagnóstico de Trastorno en el Espectro Autista (TEA) con discapacidad intelectual, mayores o iguales a 18 años, y menores a 40-50 años. Los criterios de exclusión se relacionan con antecedentes de abuso sexual y discapacidad intelectual severa. Una vez ingresadas, las personas con diagnósticos de salud mental permanecen dos semanas en observación, durante las cuales las/os profesionales verifican la adaptación de ellas/os en la unidad.

A pesar de lo anterior, las/os funcionarias/os señalan como dificultad que, en ciertas unidades, algunas personas son ingresadas por instrucciones de la dirección del Hospital, sin que ellas cumplan el perfil de cuidado de cada unidad, generando alteraciones en el funcionamiento y la seguridad de las personas que se encuentran en estas

“Todos los servicios tienen sus criterios de ingresos, pero muchas veces no se nos toma en cuenta los programas que están acá mismo elaborados, las jefaturas dicen lo tiene que recibir y se les recibe [...] tengo un caso de NN, que es un paciente que se agita y tiene descompensaciones conductuales muy seguidas y hemos tenido que llegar a la contención, es un paciente que no cumple el perfil de acá, no debería estar acá, porque si tengo pacientes adultos mayores, les da puntapiés” (Funcionaria/o).

En cuanto a la segmentación, existen unidades con habitaciones separadas por género -tales como la *Unidad de Trastorno del Desarrollo* o de *Patología Dual*- , mientras que hay otras donde las habitaciones son mixtas -tales como *Unidad de Medicina Básica* y *Unidad de Medicina 2*-.

1.2. Uso del tiempo (régimen de internación, oferta programática, intervención psicosocial)

Estándares evaluados: (1) El establecimiento proporciona los recursos necesarios para garantizar que las personas interactúen y participen en actividades de recreación; (2) Las personas pueden interactuar con otras, incluidas las del sexo opuesto; (3) El establecimiento ofrece actividades adecuadas a las necesidades e intereses de las personas de forma regular, tanto al interior de este como en la comunidad; (4) El personal proporciona información sobre las actividades disponibles y facilita su acceso; (5) Cada persona 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.

Se destaca que la mayor parte de los servicios mantienen actividades que favorecen la interacción entre las personas. En este sentido, los espacios comunes y talleres grupales facilitan el encuentro entre personas de distintos géneros.

Por otra parte, cada usuaria/o tiene un Plan de Cuidado Integral (PCI) individualizado, el que es revisado de manera trimestral por el equipo de salud. Los talleres y terapias programadas dependen de cada unidad, ajustando las actividades al grado de autonomía y necesidades específicas.

Dentro del Hospital se encuentra ubicada una escuela *Open Door*, a la cual asisten las personas con diagnósticos de salud mental -aproximadamente 77 matriculadas-, especialmente de las *Unidades de Larga Estadía*, durante la mañana de lunes a viernes, y algunas también en las tardes. En relación con la oferta programática, existen talleres de rehabilitación, aprendizaje laboral (taller de cocina y jardinería en la *Unidad de Patología Dual*, y de artesanía y manualidades en la *Unidad de Patología Compleja*). A su vez, en la *Unidad de Larga Estadía* se priorizan los talleres de desarrollo de habilidades para la vida diaria, como fortalecimiento de la autonomía, aprender a vestirse de forma independiente, yoga, estimulación cognitiva, entre otras. Cabe destacar que previo a la pandemia por SARS-CoV-2, en algunas unidades existían paseos y talleres fuera del Hospital Psiquiátrico, donde las personas con diagnósticos de salud mental podían acudir a comprar o participar en actividades organizadas por la Municipalidad de Puente Alto, tales como piscina e hipoterapia (suspendidas por razones sanitarias).

Durante la visita del CPT, fue posible observar un taller de estimulación cognitiva en *URLE* a cargo de alumnas de la carrera de Terapia Ocupacional, bajo supervisión de la/el profesional del área, en la cual se pudo constatar una adecuada preparación e integración de las personas, generando un ambiente de respeto en su ejecución. En esta unidad, no se realizan actividades que involucren la comunidad, dada las posibles descompensaciones conductuales que puedan tener las personas con diagnósticos de salud mental, según indican funcionarias/os entrevistadas/os.

Por su parte, en la *Unidad de Patología Dual* es donde se observa una mayor estructuración de talleres y espacios de terapia, donde además se pesquisan grupos terapéuticos diferenciados por género, para abordar necesidades específicas:

“Siempre hay un polo de terapia enorme, ya sea con deporte, con baile, con karaoke, con, con los mismos profesionales que le hacen inducciones para sacarlos de este cuento de la droga. Es fantástico. (...) siento que hacen una buena labor en ese aspecto. Ahora, que los chicos adhieran, es otra cosa” (Funcionaria/o).

No obstante, es de preocupación para el CPT lo observado en la *Unidad de Medicina 1 y Medicina 2 (COVID-19)*, donde se pesquisó una menor estructura de actividades terapéuticas, por lo que se reporta mayor cantidad de tiempo en que las personas con diagnósticos de salud mental se encuentran desocupadas o solo viendo televisión:

“Nosotros mismos que de repente le pasamos el cuaderno para que lean, para que pinten, pero eso sería cuando, y aparte ocurre más cuando uno tiene tiempo también para hacer cosas” (Funcionaria/o)

Otro aspecto que se observa como dificultad, es que, en general, no existe la integración de opiniones o preferencias de las personas en sus planes terapéuticos y oferta programática, lo que profesionales argumentan que se debe a la escasa comunicación verbal que algunas poseen -ej: casos de deterioro cognitivo severo-. Sin embargo, las/os funcionarias/os de las distintas unidades relatan reconocer las preferencias de las personas que tienen bajo su cuidado, así como medidas para atenuar el escalamiento de conductas disruptivas, pese a que estas no quedan registradas ni sistematizadas para su transmisión. Del mismo modo, en unidades donde se encuentran personas con un mayor desarrollo expresivo en lo verbal, tampoco existen registros en sus historias clínicas.

En síntesis, y atendiendo a los estándares referidos al régimen y actividades, el CPT **evalúa el componente de régimen y actividades como “parcial”**, lo que implica que hay importantes desafíos, aún pendientes, para acortar la brecha entre lo observado y lo esperado en la materia. Entre ellos, realizar una adecuada segmentación de las personas al interior de las unidades -separando habitaciones por género-, desarrollar una oferta programática regular y ajustada a las preferencias de las personas, que propenda a su recuperación y/o estimulación, especialmente en las *Unidades de Medicina 1 y 2*, así como también implementar estrategias para incorporar a la comunidad en ella y las preferencias y opiniones de las personas con diagnósticos de salud mental en los PCI y su evaluación.

2. Contacto con el mundo exterior

Esta dimensión está en correspondencia con los Derechos Humanos que les asisten a las personas con diagnósticos de salud mental, específicamente sus derechos de accesibilidad (ART. 9 de la CDPD) y en el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad (ART. 19 de la CDPD), y Artículo 11, título III de la Ley 21.331 “Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental”.

Estándares evaluados: (1) Las comunicaciones (teléfono, internet, etc) están disponibles gratuitamente para las personas sin censura; (2) Las personas pueden recibir visitas, elegir a quienes ver y compartir con ellas/os en cualquier horario razonable; (3) El establecimiento permite, apoya y gestiona la asistencia a actividades comunitarias; (4) Se motiva a las personas a establecer una red de apoyo social y/o mantener el contacto con miembros de su red para facilitar la vida independiente en la comunidad; (5) El establecimiento proporciona asistencia para contactar a las personas con familiares y amigas/os de acuerdo con sus deseos; (6) El establecimiento vincula a las personas con servicios de la comunidad, tales como apoyo económico, alojamiento, agencias de empleo, centros de día y atención residencial asistida.

2.1. Contacto con familiares y amigas/os

Esta dimensión se ha visto seriamente afectada debido a la pandemia por SARS-CoV-2, en las que el recinto ha generado estrategias para favorecer el contacto de las personas con sus familias y/o amigas/os. Se valora la implementación del contacto a través de llamados telefónicos y videollamadas, siendo los horarios establecidos por cada sala, y su duración definida según la capacidad de concentración y atención de cada persona con diagnósticos de salud mental: *“Les hacen videollamadas; y duran hasta cuándo ellos se aburren. Al principio están hablando bien y después se olvidan de que ya no están ni ahí. Se aburren”* (Funcionaria/o).

Se destaca también la recepción de encomiendas, las que son supervisadas por las/os funcionarias/os y sujetas a condiciones sanitarias y de seguridad, quienes indican que tendrían principal preocupación en la supervisión de alimentos, ya que varias de las personas con diagnósticos de salud mental presentan problemas de deglución. Agregan que, para aquellas personas que no cuentan con una red de apoyo extensa, serían las/os mismas/os funcionarias/os quienes “las apadrinan”, a fin de ayudarla con la satisfacción de sus necesidades. Además, relatan que el personal intenta motivar y fortalecer el contacto de las personas con sus familiares, principalmente, a través de las/os trabajadoras/es sociales, quienes solicitan reuniones, realizan llamados telefónicos y/o envían fotografías mientras se encuentran en actividades.

No obstante a lo expuesto anteriormente, se observa con preocupación que el establecimiento mantiene suspendido el contacto directo con familiares y personas significativas desde el inicio de las restricciones sanitarias. Si bien hubo un intento por restablecer el régimen de visitas, estas se mantienen intermitentes y suspendidas en la mayoría de las unidades, tanto por medidas de seguridad, como por falta de personal que supervise el adecuado cumplimiento de las medidas sanitarias -mantención de distancia y uso de mascarillas-. Cabe destacar que existe una pequeña casa para las visitas en la *Unidad de Trastorno del Desarrollo* (pabellón 4 y 8), la cual estaría condicionada específicamente para el contacto con su red extensa:

“La mayoría de las personas tienen familias y vienen a visitarlas. Existe una “casa de visita” para los pabellones 4 y 8. Se organizan de lunes a domingo las mismas familias. Durante la pandemia estuvieron suspendidas, haciéndose videollamadas todos los días, sin restricción de horarios en pabellón 4 y 8, a través de los celulares de los mismos profesionales. Se reinician visitas en septiembre aproximadamente del 2021, tienen calendario de uso. Una semana para cada pabellón. Se recibe 1 familia am y 1 familia pm, aunque ahora se encuentran suspendidas por brote de SARS-CoV-2” (Funcionaria/o).

Asimismo, el uso de internet y computadores está restringido debido a la mala conexión que existe en todo el Hospital; las/os funcionarias/os señalan que ellas/os mismas/os tendrían dificultades para acceder a internet debido a la baja, esporádica y mala conectividad; por lo que es utilizada principalmente para rellenar los sistemas informáticos requeridos.

En cuanto a la realización de salidas al exterior del Hospital, funcionarias/os refieren que pueden ser realizadas con previo estudio del caso y autorización de las autoridades, agregando que se gestiona internamente la ayuda de traslados a dichas salidas. No obstante, refieren que estos requerimientos no serían comunes.

2.2. Contacto con la comunidad

Según reportan funcionarias/os entrevistadas/os, previo a las restricciones sanitarias, las personas con diagnósticos de salud mental podían salir al exterior -al mall, a talleres impartidos por la municipalidad, a paseos en el Cajón del Maipo, entre otros-. Sin embargo, posterior a dichas restricciones, las actividades recreativas se han restringido y realizado al interior del Hospital: *“Ahora con COVID es todo interno, sobre todo vamos a las áreas verdes, hay una ruta hacia una virgen y llevamos la once”* (Funcionaria/o), agregando que estas actividades serían de forma voluntaria.

Respecto a la implementación de estrategias para conectar a las personas con los recursos comunitarios, se observan limitadas acciones, refiriendo las/os entrevistadas/os que existe al interior del Hospital una escuela *Open Door*, como también una sección de integración laboral denominada “La Comarca”, donde se realizan actividades de mantención de áreas verdes y aseo industrial. También cuentan con un vivero, una unidad apícola y de reciclaje.

El acceso a la información -para que las/os usuarias/os estén informadas/os de lo que sucede en el país y el mundo- se realiza por medio de las/os funcionarias/os, como también a través de la televisión y/o celulares que disponen en algunas unidades. En contraposición, se observa que algunas unidades -como *Medicina 1 (COVID)*- no presentaban ningún tipo de actividad y/o medios que permitieran el acceso a la información, como tampoco a actividades de ocio.

En resumen de lo observado y recogido en la visita, y atendiendo los estándares referidos al contacto con el mundo exterior, el CPT **evalúa el componente de contacto con el mundo exterior como “insuficiente”**, ya que se detectan falencias que preocupan de especial manera al Comité. Estas se encuentran relacionadas con la suspensión y/o intermitencia de las visitas en diversas unidades, lo que genera aislamiento e interferencia en la vinculación con el entorno, así como también dificulta el soporte afectivo que realizan las familias, todo lo cual es de suma relevancia para la salud mental de las personas. Además, se observan escasos medios tecnológicos de comunicación -teléfonos, computadores, internet- que sostengan las medidas implementadas para el contacto remoto entre las personas y sus referentes y/o familiares. En el mismo sentido, existe un limitado acceso a información de actualidad, noticias de contingencia nacional y mundial, que les permitan mantenerse orientadas/os y conectadas/os al entorno y a las dinámicas sociales. Por último, se aprecia un limitado contacto con la comunidad -acrecentado por la

contingencia sanitaria-, que promueva la vinculación con redes de apoyo externas, favorezca una apertura del sistema de intervención y permita una retroalimentación del medio.

3. Condiciones Materiales

En esta dimensión se analizan las subdimensiones de infraestructura, emplazamiento, edificación y equipamiento, capacidad y utilización de las dependencias, alimentación y agua, iluminación, ventilación y calefacción, higiene y existencia de plagas, servicios sanitarios (baños, y duchas), ropa y cama, privacidad, intimidad y confidencialidad, y finalmente, seguridad.

La CDPD señala en su ART. 28 el derecho a un nivel de vida adecuado, en el que se expone que:

“los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad”.

3.1. Infraestructura: Emplazamiento, edificación y equipamiento

Estándares evaluados: (1) La infraestructura se encuentra en buen estado de conservación; (2) es amplia y cómoda y (3) permite acceso a personas con discapacidad; (4) La disposición del establecimiento es propicia para la interacción entre las personas, funcionarias/os y visitantes; (5) El establecimiento cuenta con dependencias específicamente designadas como zonas de recreación; (6) Los dormitorios y otras dependencias, tienen suficiente espacio para cada persona y sin hacinamiento.

Respecto a la infraestructura, el Hospital Psiquiátrico se ubica en un amplio terreno, contando con áreas verdes al interior, observándose que las que se encuentran cercanas a las distintas unidades y son usadas regularmente, en general se encuentran mantenidas, limpias y con mobiliario adecuado. Sin embargo, no tiene un adecuado cierre perimetral y existen largos caminos entre las distintas unidades, intermediados por sitios eriazos y oscuros, sin la presencia de supervisión constante y adecuada iluminación, lo cual ha propiciado actos delictivos -e incluso incendios- por personas que ingresan ajenas al recinto.

Desde la entrada al recinto, se encuentran distintas dependencias que son parte de la edificación histórica; considerando la antigüedad de estas, se observan fallencias graves de infraestructura, las cuales van desde problemas en el sistema eléctrico, cañerías y presión de agua; pintura, paredes, pisos y techumbre en mal estado; hasta el riesgo de derrumbe, incendio u otros imperfectos. Además, algunos de estos edificios se encuentran abandonados y en deterioradas condiciones, lo cual genera condiciones propicias para su mal uso por personas externas al Hospital.

Asimismo, el lugar se encuentra en altura, por lo que para poder acceder a las distintas unidades se debe transitar por una ruta larga y con una pendiente pronunciada, dificultando esto el desplazamiento de las personas. Con relación a lo anterior y la adecuación del recinto para personas con movilidad reducida, esta es insuficiente, observándose que no todas las salas cuentan con pasamanos para apoyar traslados, existen desniveles sin rampas, unidades en pisos superiores sin ascensor, además de caminos fuera de las salas y patios que se encuentran desnivelados.

De particular gravedad es lo observado en la *Unidad de Medicina 2*, donde entrevistadas/os dan cuenta que debido a la emergencia sanitaria y a los brotes de Sars-CoV-2, las personas fueron desplazadas a un galpón que se utilizaba de gimnasio para funcionarias/os, siendo este espacio inadecuado y precario para la estadía de las personas con diagnóstico de salud mental, refiriendo:

“Es horrible, horrible, en realidad horrible. Esto nunca fue un servicio, en realidad esto era un gimnasio, este era el gimnasio de los funcionarios, ya como el que tienen los gremios, ya eso era esto. Nosotros, hace dos años, pasamos este servicio porque llegó covid al hospital y como llegó covid, se implementó la sala Covid que está allá en el instituto, pero todo eso que es covid era Medicina dos. Entonces por eso nos trasladamos para acá pensando que iba a ser como el mes o dos meses de covid” (Funcionaria/o).

Respecto a los dormitorios, la cantidad de residentes por habitación es variable, apreciándose salas compartidas entre dos y hasta seis personas; a excepción de *Medicina 2*, donde todas las personas se encontraban en una pieza común, instalando biombos en algunas ocasiones, a fin de resguardar la intimidad y privacidad.

Como recursos destacados, es posible mencionar que en los dormitorios cada usuaria/o tiene su cama y un lugar para guardar sus cosas -closet o locker-, observándose un buen estado de conservación en general.

Asimismo, las salas presentan -en general- un diseño que promueve la interacción entre las personas con diagnósticos de salud mental, donde se aprecian esfuerzos de los equipos de salud por generar ambientes más acogedores y agradables a través de la instalación de elementos decorativos, haciendo partícipe a las personas en la elaboración de estos (cuadros, murales, entre otros), pese a la falta de recursos disponibles, la antigüedad de las instalaciones y al carácter institucional de las dependencias. Por último, faltan zonas en algunas unidades que estén destinadas específicamente para la recreación (tienden a ser multiuso) y cuenten con suficiente y variado material para ello, así como también mobiliario adecuado, incluyendo de apoyo clínico (escritorios y sillas para el personal).

3.2. Alimentación y agua

Estándares evaluados: (1) Existe suministro suficiente de alimentos y agua potable, de buena calidad y satisfacen las necesidades (culturales y de salud) de las personas; (2) La comida es servida en condiciones satisfactorias y las zonas para comer son culturalmente apropiadas; (3) La cocina de encuentra limpia y en buen estado; (4) la cocina se limpia con regularidad.

Respecto a la alimentación, los horarios de comidas están definidos, entregándose 3 comidas diarias -desayuno, almuerzo y cena- y una colación. En ellas, se consideran y respetan las necesidades de dieta especial en relación a la consistencia de esta (entera o papilla) o para patologías prevalentes, como diabetes o hipertensión, y las necesidades de ayuda en el proceso de ingesta; siendo los espacios -comedores- adecuados para su consumo y limpios. Sin embargo, las/os funcionarias/os refieren que no existiría un plan acorde a las necesidades de las personas hospitalizadas, siendo estas monótonas y repetitivas: *“Los pacientes están comiendo todos los días si no es fideo, es arroz, tenemos mucho rechazo de los pacientes. Diabéticos hipertensos tienen sus dietas. Los pacientes están rechazando porque es todos los días lo mismo”* (Funcionaria/o).

Con relación al agua, cabe destacar que las/os funcionarias/os de ciertas unidades señalan que no sería potable, por lo cual utilizan bidones de agua.

3.3. Iluminación, ventilación y calefacción. Higiene y Plagas.

Estándares evaluados: (1) Iluminación, ventilación y calefacción proporciona ambiente confortable; (2) El establecimiento en términos generales está limpio y ordenado; (3) La limpieza y el orden se hacen de forma rutinaria; (4) El establecimiento no tiene factores de riesgo para el desarrollo de zoonosis; (5) No se observa la presencia de vectores; (6) En caso de factores de riesgo para zoonosis o presencia de vectores, el establecimiento actúa oportuna y adecuadamente para su erradicación.

En general todos los espacios están limpios y ordenados, turnándose algunas/os funcionarias/os en las tareas de limpieza en cada dependencia, lo cual intercalan con las labores de cuidado de las personas con diagnósticos de salud mental. Estas últimas, también contribuyen al orden de sus piezas. La higiene se realiza según protocolo, entre 1 a 2 veces al día, y para el área administrativa y pasillos, cuentan con convenio con empresa externa.

Si bien la ventilación se percibe como adecuada, la iluminación al interior de cada sala es insuficiente para las personas, observándose que, en algunas unidades, se cierran las cortinas a las 18 hrs, quedando en penumbras hasta el día siguiente. Al exterior de las unidades se observan escasas luminarias, generando inseguridad en las/os funcionarias/os debido a situaciones delictivas que han ocurrido.

Como otro punto de preocupación para el Comité, se observa la ausencia de un sistema adecuado de calefacción: las salas son heladas en invierno debido a que las calderas no funcionan bien, lo cual puede traer problemas de salud a las personas hospitalizadas y/o a las/os funcionarias/os, mientras que en verano son muy calurosas, por lo que han debido instalar ventiladores (no cuentan con aire acondicionado en todas las unidades).

También es de inquietud, las plagas reportadas por algunas/os funcionarias/os, pese a contar con una empresa externa especializada de desratización y sanitización:

“Acá pasan habiendo ratones, un tiempo que casi todos los turnos estaban persiguiendo ratones, matando ratones. Escuchamos bulla en la noche, y uno cree que son los pacientes, y son los ratones. Me pasa porque como este lugar es tan amplio, es tanto verde, tanto árbol, tanto un pastizal, deben estar por todos lados los ratones (...), también tenemos perros que entran, tenemos palomas, caminan toda la noche si se escuchan arriba en el techo”
(Funcionarias/os).

Cabe destacar el caso de la *Unidad de Medicina 2*, en donde funcionarias/os relatan que han encontrado heces de ratones entre las sábanas de las personas, siendo un factor de riesgo para las personas con diagnósticos de salud mental debido a las enfermedades transmitidas por roedores, como también un desmedro en su dignidad.

3.4. Servicios sanitarios (baños, lavamanos y duchas), ropa y cama.

Estándares evaluados; (1) Los baños están limpios y funcionan adecuadamente; (2) Existen medidas para las necesidades especiales de estos servicios para personas postradas, con movilidad reducida u otras discapacidades; (3) Existe ropa de cama limpia y en cantidad suficiente; (4) Las personas pueden usar su propia ropa y zapatos; (5) A las personas que no tienen ropa propia, se les facilita ropa de buena calidad y adecuada (a sus necesidades, preferencias y clima).

Respecto a los baños, estos dependen de cada unidad, observándose unos en mejores condiciones que otros. En general, se encuentran limpios y presentan un adecuado acceso para personas con movilidad reducida, contando en su mayoría con pasamanos y barras de apoyo, y amplitud suficiente para el ingreso de personas en sillas de ruedas. En cuanto a las personas que se encuentran postradas, funcionarias/os refieren que se les realizan baños y aseo en cama, dando cuenta que una gran parte de las personas con diagnósticos de salud mental utilizan pañales y/o necesitan asistencia para ir al baño, realizar sus necesidades y mantener una adecuada higiene personal.

Por otra parte, se observan deficiencias en relación a filtraciones de agua, humedad, inodoros sin tapas ni asientos, falta de puertas. Además, según refieren funcionarias/os, han presentado fallas de alcantarillado,

problemas de desagüe en inodoros y llaves en mal estado con regularidad. Mencionan también que se han presentado recurrentes problemas en la disponibilidad de agua caliente para ducharse -calefont- y que al no tener un adecuado sistema de calefacción son helados, por lo que las personas son expuestas a bajas temperaturas, especialmente durante las duchas.

En cuanto a los artículos de aseo (champú, pasta de dientes, toallas sanitarias, etc.), refieren contar con suficiente cantidad, y que son comprados por el hospital y/o las mismas personas con diagnósticos de salud mental, a través de sus pensiones o las encomiendas que ingresan las/os familiares.

Se destaca que existe disponibilidad de ropa de cama para todas las personas y se observa en buen estado de conservación y limpia, pese a que en algunas unidades señalan que sería insuficiente, principalmente debido a que es frecuente que las/os usuarias/os las rompan, se orinen o defecuen en ellas.

Por último, las personas pueden tener su propia ropa y vestirse de acuerdo a sus preferencias, mientras sea acorde al clima. Se lava frecuentemente en la lavandería central y/o al interior de algunas unidades. A aquellas personas que ingresan al hospital sin los implementos suficientes, se les compra con su pensión por medio de la solicitud de las/os profesionales a la/el jefa/e de unidad y dirección del hospital, quien finalmente la aprueba. En caso de no contar con redes de apoyo ni pensión, reciben la ayuda de las/os mismas/os funcionarias/os.

3.5. Privacidad, intimidad y confidencialidad. Seguridad (cuidado, custodia y traslado)

Estándares evaluados: (1) Las dependencias aseguran la privacidad de las personas (habitaciones, baños, etc); (2) Disponen de espacios suficientes para que las personas guarden sus pertenencias de forma segura; (3) Se respeta la privacidad en las comunicaciones de las personas (visitas, llamadas, etc); (4) Se disponen de medidas de seguridad para proteger a las personas de emergencias y/o desastres.

Respecto a la privacidad e intimidad, se valora que en algunas unidades existan lockers con candado en las habitaciones para cada persona, donde pueden resguardar sus pertenencias. Las llaves las manejan las mismas personas con diagnósticos de salud mental en caso de contar con niveles suficientes de autonomía, o de lo contrario, el personal de la unidad.

Por otra parte, si la habitación y el baño son compartidos, no se observan espacios adecuados para poder cambiarse de ropa de forma privada, salvo la instalación de biombos en algunas salas.

Asimismo, se destaca que las personas pueden recibir llamadas de manera privada y que, cuando estaban permitidas las visitas, también podían disponer de lugares para conversar de manera más íntima, como la “casa de visitas” ubicada en la *Unidad de Trastornos del Desarrollo*.

En relación con las medidas de seguridad frente a catástrofes, el hospital cuenta con un protocolo y encargados de seguridad y evacuación, además de extintores en cada unidad. No obstante, en algunas dependencias no cuentan con detectores de humo y las salidas de emergencia se encuentran con llaves, lo que podría dificultar la salida expedita frente a emergencias.

“Tenemos establecido por protocolo vías de escape de los pacientes; hemos hecho simulacros, salimos, tenemos salida por esta puerta (...), sabemos lo que tenemos que hacer, tenemos claro los protocolos, no hemos tenido necesidad de hacerlo” (Funcionaria/o).

Por el contrario, las medidas de seguridad cotidianas al interior del Hospitales son de gran preocupación para el CPT, debido a las escasas cámaras de seguridad -tanto al interior como exterior de las unidades-, a la falta de perimetración del lugar y rondas de seguridad, como también las numerosas situaciones de riesgo relatadas por las/os funcionarias/os que ponen en peligro la integridad física y psicológica, tanto de ellas/os como de las personas con diagnósticos de salud mental, ya sea por asaltos o incendios provocados por personas ajenas al recinto que ingresan de manera irregular

“Hay asaltos, a una compañera trataron de abusarla y la quemaron con ácido, es gente de afuera que viene a robar. No tenemos seguridad en los hospitales. Sólo tenemos cuatro o cinco guardias. Pero aquí, han habido robos de vehículo a mano armada (...). Entonces nosotros claramente nos sentimos totalmente abandonados por las autoridades. Llevamos años pidiendo que se cierre, que se realice el cierre perimetral de la institución y nada” (Funcionaria/o).

“Y como acá el hospital está tan abierto, entra mucha gente al hospital, externa del hospital, entonces igual uno escucha atrás bulla, y todo es igual en la noche. Nosotros como que cerramos todo, o sea, uno anda como poniendo candados, cerrando puertas y todo por el riesgo también, porque igual nosotros estamos aislados del instituto; entonces igual es un riesgo para nosotros como pedir ayuda hacia allá si estamos acá solos” (Funcionaria/o).

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a las condiciones materiales, el CPT **evalúa el componente de condiciones materiales como “insuficiente”**, lo que implica que hay importantes desafíos, aún pendientes, para acortar la brecha entre lo observado y lo esperado en la materia, debido al alto nivel de deterioro de las instalaciones y abandono de algunas de estas, y los factores de riesgo que se observan para las/os usuarias/os y sus funcionarias/os; siendo de especial preocupación para el CPT la seguridad actual del hospital en general, como también la situación particular de la *Unidad de Medicina 2*, debido a las plagas y condiciones de infraestructura de esa unidad.

4. Salud

La CDPD, señala en Salud (ART. 25):

“que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud”.

4.1. Acceso a prestaciones y tratamientos de salud

Estándares evaluados: (1) Todas las personas que solicitan atenciones en salud las reciben oportunamente; (2) Se crea una ficha médica personal y confidencial para cada usuaria/o; (3) Cuando se necesitan procedimientos quirúrgicos o médicos que no pueden ser proporcionados en el establecimiento, existen mecanismos de referencia para asegurar que las personas reciban estos servicios de salud en forma oportuna; (4) Cada persona cuenta con un plan integral e individualizado de “recuperación”, el cual incluye sus metas y objetivos sociales, médicos, ocupacionales y educacionales; (5) Los planes de “recuperación” son revisados y actualizados periódicamente por la persona y un miembro del personal; (6) Los establecimientos vinculan a las personas con la red de atención de salud.

Respecto al acceso a prestaciones, destaca que las personas mantienen controles y atenciones médicas de acuerdo al plan de tratamiento psiquiátrico en cada unidad, el cual es personalizado (Plan de Tratamiento Individual -PTI- o Plan de Cuidado Integral -PCI-) y se encuentra registrado en su ficha clínica. En cuanto a las distintas necesidades de atención, el recinto cuenta con 6 médicas/os, quienes realizan turnos de 24 horas (4 psiquiatras y 2 internistas). Además de los servicios especializados en salud mental, se realizan

prestaciones de medicina básica, entre ellas curaciones, suturas, administración de fármacos intravenosos, instalación de sondas, además de algunos exámenes de laboratorio (que envían al Hospital Barros Luco para su análisis) u oxigenoterapia. En caso de no contar con las prestaciones requeridas -ej: necesidad de imagenología, cirugías o evaluación por especialistas-, derivan generalmente al Hospital Barros Luco, o en caso de urgencias vitales al Hospital Sótero del Río. Para la atención de personas con patologías neurológicas severas, el hospital mantiene un convenio con la fundación “Rostros Nuevos”, la cual presta servicios particulares. Asimismo, cuentan con una expedita coordinación con CESFAM Villaseca, quien realiza algunas prestaciones, como vacunación, toma de PAP, entre otras. Para efecto de traslados, el hospital cuenta con una ambulancia 24 horas.

Si bien el PTI es revisado y ajustado de manera trimestral, es de preocupación que en esta evaluación no participen las mismas personas con diagnósticos de salud mental, quedando a cargo del equipo de salud.

Otro elemento a mejorar, se asocia con la demora en las atenciones cuando surgen otras necesidades en salud -distintas a las psiquiátricas-, dada la baja cantidad de personal disponible en el establecimiento y las largas listas de espera para ser evaluados por especialistas en los centros terciarios o en los servicios de urgencia. También dificulta el alcance de los estándares en esta dimensión, las frecuentes discriminaciones que relatan sufrir desde estos mismos servicios de salud, por la estigmatización y prejuicios existentes en el personal frente a personas con diagnósticos de salud mental.

4.2. Características y dotación del personal de salud al interior del establecimiento

Estándares evaluados: (1) El establecimiento cuenta con personal capacitado y competente, acorde a los servicios entregados; (2) Las personas pueden consultar con un/a médica/o u otra/o integrante del personal de salud especializado cuando así lo deseen; (3) La dotación del personal de salud es suficiente en cantidad, según el número de residentes que tiene a su cuidado.

En cuanto al personal que realiza las distintas atenciones (psiquiatras, médica/o general, enfermeras/os, terapeutas ocupacionales, TENS, psicólogas/os, kinesióloga/os, entre otras), entrevistadas/os refieren que, en general, cuenta con las competencias necesarias para brindar una atención especializada. Sin embargo, según reportan las/os profesionales, existe un déficit en la cantidad de funcionarias/os en relación con las necesidades de atención, lo que se ve agravado por licencias frecuentes:

“Hemos estado muy críticos, hay un ausentismo grave, somos el hospital que tiene más ausentismo a nivel nacional, pasa porque hay un comité de ausentismo y el director tiene la última palabra, pero han sido muy permisivos con la gente que tiene licencias, tienen más de 200, 300 días de licencia” (Funcionaria/o).

En el mismo sentido, se reporta que durante las tardes y fines de semana, la cantidad de funcionarias/os se reduce, dificultando abarcar todas las necesidades: *“Durante el día está el médico tratante, después de las 5 queda un enfermero residente y un médico para todo el hospital, es lo que hay, no es suficiente” (Funcionaria/o).*

Asimismo, refieren que *“Los estándares del MINSAL se basan en servicios de medicina general, no psiquiátrica, donde la carga de cuidado es diferente. Una cama médica básica requiere un auxiliar. Acá son más dependientes, uno no es suficiente, se debería adaptar” (Funcionaria/o).*

Por último, se destaca que existen pocas capacitaciones para la atención de personas con mayor complejidad, por lo que existen brechas en esta materia.

4.3. Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos

Estándares evaluados: (1) El establecimiento dispone de la medicación adecuada o es posible recetarla; (2) Se dispone de un suministro constante de medicamentos esenciales, en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de las personas; (3)

El tipo y la dosis de los medicamentos utilizados son siempre apropiados para los diagnósticos clínicos de las personas y se revisan con regularidad; (4) El establecimiento cuenta con dependencias de salud adecuadas y en buenas condiciones, acorde a las prestaciones que entrega; (5) El establecimiento cuenta con el equipamiento y los insumos médicos necesarios para realizar las atenciones en salud.

Respecto a los insumos de medicamentos, se destaca que se encuentran disponibles en una adecuada cantidad, por lo que las personas reciben su tratamiento de manera ininterrumpida. De igual forma, existe una vigilancia de su administración por parte de profesional química/o farmacéutica/o. Si bien se han presentado equivocaciones en la administración de medicamentos, estos eventos son reportados de manera oportuna.

Por otro lado, se reporta que el Hospital no cuenta con autorización sanitaria -solamente habilitación sanitaria-, lo que genera dificultades en la administración y preparación de los medicamentos, como también en los procedimientos realizados.

Además, se detectan brechas importantes en el funcionamiento de la farmacia en el hospital:

“Una de las cosas que más nos ha complicado del manejo de la Unidad de Formación como acreditación propiamente tal, tenemos una farmacia que solamente está disponible de lunes a viernes y después queda en funcionamiento un botiquín” (Funcionaria/o),

lo que preocupa al CPT. Como medida paliativa para abordar estas deficiencias, cada unidad cuenta con un botiquín de urgencias psiquiátricas, con el cual pueden responder frente a las necesidades inmediatas:

“Tenemos los medicamentos del botiquín de paro, porque no tenemos un carro, porque por las características físicas tenemos que cargarlo eso, tenemos un maletín (...) y además tenemos un maletín de urgencia psiquiátrica, ya que solamente son los medicamentos en el caso de tratamientos médicos impostergables” (Funcionaria/o).

En el mismo orden de ideas, es de preocupación que las instalaciones de salud no son adecuadas para brindar una atención de calidad, ya que se reporta ausencia de implementación básica, tales como lavamanos, dependencias pequeñas y deficiente diferenciación de áreas limpias y sucias.

4.4. Promoción, prevención, control y manejo de enfermedades (transmisibles y no transmisibles)

Estándares evaluados: (1) Se ofrece a las personas exámenes de salud física y/o detección de enfermedades específicas al ingresar en el establecimiento y, posteriormente, con regularidad; (2) El tratamiento para los problemas generales de salud incluyendo vacunas, está a disposición de las personas en los establecimientos o a través de derivación a otro establecimiento; (3) En el establecimiento se lleva a cabo educación y promoción de salud en forma regular; (4) Las personas son informadas y asesoradas sobre asuntos de salud mental, cognitiva, funcional y sexual.

Se destaca la gestión oportuna de vacunas y realización de exámenes con la red de atención primaria de salud, lo que permite mantener vigentes campañas preventivas en las persona con diagnósticos de salud mental y atender enfermedades que surjan en el transcurso del tratamiento.

No obstante, se reporta como déficit que no se realizan exámenes de salud integrales al ingreso del tratamiento. Por otra parte, las actividades de promoción en salud son escasas, situación que se observa con preocupación por parte del CPT. En el mismo sentido, en cuanto a salud sexual y reproductiva, existe un déficit en la atención, especialmente en las unidades de larga estadía, donde se menciona que las personas fueron esterilizadas desde hace décadas, por lo que no se constituye como un tema a trabajar en la actualidad. De acuerdo con lo anterior, se indaga que prevalece una mirada asociada a lo normativo, por

sobre una visión integral respecto a la sexualidad y afectividad como parte de la salud mental de las personas, persistiendo un discurso sancionador y una deficiente incorporación de estas áreas en los planes de cuidado, más allá de la entrega de anticonceptivos y la educación individual que realizan los equipos.

Otra situación de preocupación, tiene relación con el manejo y control del SARS-CoV-2. Por un lado, se observa que la implementación al interior del hospital de medidas preventivas y correcto uso de elementos de protección personal ha sido deficiente, presentando constantes desabastecimientos de implementos sanitarios, entre otras dificultades, lo que ha favorecido contagios. Por otro lado, se generó un retraso en la administración de la cuarta dosis de refuerzo contra SARS-CoV-2, tanto a las personas con diagnóstico de salud mental como a las/os funcionarias/os, debido a que no se gestionó con la SEREMI el envío oportuno de esta dosis.

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a salud, el CPT **evalúa el componente de salud como “insuficiente”**, ya que si bien se evalúa que la preparación y conocimiento profesional respecto a la salud mental de las personas es altamente favorable -lo que promueve los procesos de recuperación-, existen algunas materias de preocupación, tales como que el hospital solo cuente con habilitación sanitaria; una deficiente infraestructura y personal insuficiente -dada la complejidad de las personas con diagnósticos de salud mental que ahí residen y el alto índice de licencias médicas-; la escasa realización de actividades de promoción en salud general, incluyendo la esfera sexual, afectiva y reproductiva, lo cual dificulta la prevención y educación en las personas; y un deficiente manejo para la prevención y manejo de SARS-CoV-2.

5. Medidas de protección

El artículo 12 de la CDPD, sobre el igual reconocimiento como persona ante la ley, refiere que:

“Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial”.

En la misma línea, en la Convención se reconoce el Acceso a la justicia (ART. 13) y la Libertad y seguridad de las personas (ART. 14).

5.1. Acceso a información

Estándares evaluados: (1) Se entrega a las personas 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; (2) Se proporciona información clara y completa sobre los derechos de las personas en forma escrita y verbal; (3) A las personas que reciban tratamiento sin su consentimiento informado, se les informa acerca de los procedimientos para apelar sobre su tratamiento; (4) Las personas tienen acceso a la información contenida en sus fichas médicas; (5) Las personas están informadas sobre las opciones de tratamiento que son posibles alternativas a la medicación o podrían complementarla, tales como la psicoterapia; (6) Las personas están informadas sobre el propósito de los medicamentos que se ofrecen y sus potenciales efectos secundarios.

Según lo recabado, al ingreso de las personas, se les entrega la información del tratamiento a las/os familiares o tutoras/es principalmente, mientras que a las personas con diagnósticos de salud mental

generalmente solo se les informa en el caso de ser autovalentes. Bajo los mismos criterios, se explican tanto las reglas del recinto, como los derechos de las personas.

Se destaca la entrega de información escrita respecto a sus derechos, a las personas en *Patología Dual* y a través del Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) al momento del ingreso, en un lenguaje comprensible.

Asimismo, las/os profesionales refieren que intentan mantener informadas a las personas autovalentes respecto a sus evaluaciones, diagnósticos y tratamientos. Esto es registrado en las fichas clínicas revisadas, donde se observa que incluyen la composición y dosis de medicamentos, así como -en algunos casos- sus efectos secundarios.

Por otra parte, se han adoptado algunas estrategias específicas en la *Unidad de Larga Estadía* para las personas que tienen mayor dificultad para comprender las reglas del establecimiento, derechos y planes de tratamiento. Ante ello, al ingreso se les informa a familiares respecto a políticas y procedimientos del centro, mientras que a las personas con diagnósticos de salud mental, se les muestra el lugar y las distintas dependencias, además de informarles en lenguaje simple y comprensible los objetivos generales de su tratamiento.

En cuanto a la ficha clínica, si bien las personas con diagnósticos de salud mental suelen no solicitarlas, las/os familiares pueden rellenar un formulario y acceder a ella. Algunas/os entrevistadas/os relatan que las personas no autovalentes, no podrían acceder a esta información.

Por último, es de especial preocupación que la mayoría de las/os entrevistadas/os desconocen los procedimientos que tienen las personas para apelar sobre internación o tratamiento involuntario y que algunas/os pacientes entrevistadas/os, especialmente en la *Unidad de Medicina 2*, relatan desconocer sus diagnósticos y planes de intervención: “*A mí, me tienen desde no sé cuándo acá y todavía no me dicen porqué estoy, ni cuando me voy, yo tenía problemas porque me caí, pero no me dicen qué van hacer conmigo*” (Persona con diagnósticos de salud mental).

5.2. Mecanismos de solicitudes y de quejas

Estándares evaluados: (1) Las personas están informadas 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, maltrato, aislamiento o contención, hospitalización o tratamiento sin el consentimiento informado y otras materias relevantes que impliquen vulneración de derechos; (2) Las personas están protegidas contra las repercusiones negativas derivadas de las quejas que pudieran presentar.

Los mecanismos de solicitudes y quejas en el Hospital se realizan por medio del buzón de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), disponible en cada unidad del recinto, o a través de la misma oficina, donde existen formularios a rellenar. Sin embargo, las personas con dificultades de lecto escritura no tienen acceso a este medio, por lo que en caso de quejas o solicitudes deben realizarlas directamente a las/os funcionarias/os. Por otro lado, no se observan instancias periódicas en cada unidad, donde las personas puedan expresar sus preocupaciones y sugerencias.

Si bien existe una percepción positiva general de las personas con diagnósticos de salud mental entrevistadas respecto a la acogida de sus solicitudes, los medios disponibles carecen de confidencialidad y no aseguran la protección contra las posibles repercusiones negativas derivadas de las quejas que pudieran presentar. Incluso, funcionarias/os señalan que, al haber presentado ellas/os mismas/os alguna queja contra otra/o profesional, han debido soportar presiones por parte de la/el denunciada/o.

Por último, preocupa al CPT que la mayoría de las/os entrevistadas/os desconoce la existencia de organismos legales externos, para apelar a tratamientos. Sin embargo, algunas/os reconocen, como organizaciones disponibles para apoyar a las personas a defender sus derechos, a la Asociación de Familiares (local), INDH y CONAPPREM.

5.3. Acceso a la justicia y reparación

Estándares evaluados: (1) Todos los hechos que puedan ser constitutivos de delitos, se documentan y se informan rápidamente a una autoridad legal (acciones legales como denuncia, amparos, protección, entre otros); (2) Los establecimientos apoyan el acceso de las personas a procedimientos de representación legal en caso de requerirlos; (3) Las personas tienen acceso a defensores, para ser informadas de sus derechos, discutir los problemas y ser apoyadas en el ejercicio de sus Derechos Humanos y la presentación de apelaciones y quejas; (4) Se toman las medidas disciplinarias y legales contra cualquier persona que cometa actos de maltrato o vulneración de derechos; (5) La institución apoya a las personas que han sido víctimas de abuso, para que puedan acceder a la ayuda que requieran (apoyo médico y/o psicológico, etc).

Se valoran los esfuerzos que realiza el establecimiento para orientar a las personas y/o sus tutoras/es que requieren apelar a la internación o a algún tratamiento, así como en la mantención de coordinaciones con el departamento de asesoría jurídica del Servicio de Salud Metropolitano Sur. Sin embargo, falta capacitar al personal de todas las unidades respecto a ello, a modo de facilitar el acceso de las personas a representación legal en caso de requerirlo.

Por otro lado, si bien relatan conocer -tanto autoridades como funcionarias/os- el protocolo de denuncia frente a posibles vulneraciones y documentar e informar rápidamente al jefe de unidad, y luego a la dirección del hospital, todos los hechos que pudiesen ser constitutivos de delitos, los cuales se investigan (a través de una investigación sumaria y/o denuncia penal, según corresponda), es de especial preocupación para el CPT lo que reportan algunas/os funcionarias/os: En primer lugar, que muchas veces las/os funcionarias/os inculpadas/os siguen ejerciendo funciones en el hospital, siendo solamente trasladadas/os a otras unidades, exponiendo y generando riesgos de represalias en las personas afectadas, así como victimización secundaria. De igual manera, que los casos de vulneración tienden a ser abordados de manera hermética en la unidad donde ocurren, sin permitir la comunicación ni la transmisión de información que pueda favorecer la prevención en el resto de las dependencias.

5.4. Egreso

Estándares evaluados: (1) A ninguna persona se le prohíbe el egreso por motivos arbitrarios, tales como etnia, género, religión, opinión política; (2) Se hacen todos los esfuerzos para facilitar el alta del establecimiento, de modo de que las personas puedan vivir en sus comunidades; (3) Se apoya a las/os usuarias/os para el acceso a un lugar donde vivir y contar con los recursos financieros necesarios para vivir en la comunidad; (4) El establecimiento apoya a las personas para que puedan acceder a oportunidades de educación y empleo.

Se destaca que el hospital no prohíbe el egreso a las personas por motivos arbitrarios -tales como etnia, género, religión u opinión política-, generando planes de intervención que tienden a promover la desinstitucionalización de las personas. En ello, la/el trabajadora/trabajador social realiza un trabajo con las familias, para que puedan desarrollar y/o fortalecer estrategias que les permitan brindar un cuidado adecuado y, en caso de que no se logre o no posean redes de apoyo, se busca el ingreso a una residencia protegida. Sin perjuicio de lo anterior, entrevistadas/os destacan que existe poca disponibilidad de plazas en estos centros y que algunas personas con condiciones complejas -tales como Trastorno del Desarrollo- no pueden ser derivadas a ellos, ya que no se ajustan a sus necesidades de cuidado, por lo que en muchas oportunidades las estadías hospitalarias se prolongan. Asimismo, es de preocupación lo observado en la Unidad de Larga Estadía, donde permanecen personas de edad avanzada, que no tienen alternativas de

egreso debido a sus discapacidades y ausencia de redes. Si bien esta situación no depende exclusivamente del Hospital El Peral, es una problemática que afecta los objetivos propuestos por el MINSAL en torno a la desinstitutionalización de las personas con diagnósticos de salud mental.

En ese sentido, según información aportada por el propio hospital, se observa que el tiempo promedio de permanencia de las/os residentes es de 290 días y que durante el último año han egresado 48 personas -8 en el último mes-. Del total señalado, indican que 35 personas habrían sido derivadas a otra red asistencial de salud, 3 personas a centros residenciales, 2 habrían sido retiradas por familiares, 2 por voluntad de la misma personas con diagnósticos de salud mental y 6 por fallecimientos. En relación con las causas de muertes -lo que preocupa de sobremanera al CPT-, se encuentran neumonías, sepsis de diversos focos (pulmonares, abdominales, urinarios) y fallas multiorgánicas.

Por otra parte, entrevistadas/os señalan que mantienen un convenio con una asociación de integración laboral -Fundación Ayuda-, favoreciendo oportunidades de educación y desarrollo de empleos. Sin embargo, falta fortalecer el apoyo que se entrega sobre opciones de viviendas, recursos financieros, beneficios sociales, entre otros.

Por último, el CPT valora lo observado en la *Unidad de Patología Dual*, donde se trabaja el egreso junto a las personas con diagnósticos de salud mental, siendo bien valorado por ellas:

“Abora todos los talleres que hemos tenido, como que van mejor dirigidos hacia nosotros para salir de aquí con todas las herramientas. Con todas las herramientas para poder abordar cualquier tipo de situación que nos pase afuera con adicciones, porque usted sabe que aquí estamos en una burbuja, como le comenté. Pero después uno se va a la calle y la calle y las cosas están igual o peor” (Persona con diagnóstico de salud mental).

5.5. Supervisión independiente. Medidas de Prevención

Estándares evaluados: (1) El establecimiento es supervisado y fiscalizado por una autoridad independiente, tanto para identificar eventuales vulneraciones de derechos, como para prevenir la ocurrencia de las mismas; (2) Las supervisiones y fiscalizaciones son realizadas con la frecuencia, y extensión adecuada; (3) Se han adoptado medidas apropiadas para prevenir todas las formas de maltrato; (4) Estas medidas han sido difundidas al personal, residentes y autoridades (5) La institución ha dispuesto los recursos necesarios; (6) Existen instancias de evaluación de la efectividad de las medidas adoptadas.

Según lo recabado, entrevistadas/os relatan que son escasas y poco regulares las instancias de supervisión y/o fiscalización por organismos independientes, mencionando las ejecutadas por el INDH, CONAPPREM y el Servicio de Salud. Además, reportan que no tendrían un impacto de relevancia en las/os funcionarias/os:

“El Servicio metropolitano sur viene a fiscalizar, lo ve la dirección, vienen de Calidad para ver si se cumplen los protocolos, las vacunas, han venido de derechos humanos, conversan a veces con nosotros pero no sé a qué vienen” (funcionaria/o).

Respecto a las medidas implementadas para prevenir maltrato, entrevistadas/os refieren las orientaciones que se entregan cuando ingresa una/un nueva/o funcionaria/o, capacitaciones en buen trato u otras temáticas relevantes -optativas y disponibles en el programa anual de capacitación-, la supervisión clínica que realizan las/los enfermeras/os diariamente en cada unidad, entre otras. Ante ello, las/os funcionarias/os reconocen que las medidas no serían suficientes y que se requiere contar con más instancias preventivas y capacitaciones con enfoque de Derechos Humanos:

“Debiera darse una directriz de que todo funcionario público debería tener un curso de derechos humanos en salud. Porque hoy día hay algo fundamental, es tan fundamental como hacer RCP y eso es obligatorio. Entonces yo creo

que eso debiera ser obligatorio también, porque así se podría decir que efectivamente la persona se agrede, agrede con conocimiento” (funcionaria/o).

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a las medidas de protección, el CPT **evalúa el componente de medidas de protección como “insuficiente”**, lo que implica que hay importantes desafíos, aún pendientes, para acortar la brecha entre lo observado y lo esperado en la materia. Especialmente, en lo referido a fortalecer las medidas de protección hacia las personas con diagnósticos de salud mental y el personal de salud que denuncia posibles vulneraciones, así como también la fiscalización y supervisión independiente y el desarrollo de estrategias para prevenir malos tratos.

6. Trato

Esta dimensión permite evaluar cómo son tratadas las personas con diagnósticos de salud mental, en concordancia con lo estipulado en la CDPD, respecto a la Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (ART. 15), y en relación a la protección contra la explotación, la violencia y el abuso (ART. 16).

6.1. Medidas de control, contención y uso de la fuerza (sujeciones físicas/farmacológicas), procedimientos irreversibles, Hospitalización o tratamiento sin consentimiento

Estándares evaluados: (1) Las personas no son sometidas a contención; (2) Se han implementado alternativas a la 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 las personas o a las/os trabajadoras; (3) Se realiza una evaluación de “atenuación del escalamiento” consultando a las personas, con el objetivo de identificar los gatillantes y factores que ella considera que logran aminorar sus situaciones de crisis y para determinar sus métodos preferidos de intervención en crisis; (4) Los métodos preferidos de intervención identificados por la persona están disponibles para ser utilizados en una crisis y se integran al plan individual de “recuperación”; (5) Se registra cualquier caso de contención (incluyendo tipo, duración, entre otros) y se informa al director del establecimiento, así como a un organismo externo pertinente; (6) No se administra ninguna terapia electroconvulsiva sin el consentimiento libre e informado de las/os usuarias/os; (7) Existe disponibilidad y cumplimiento de guías clínicas claras, basadas en la evidencia, sobre cómo y cuándo la terapia electroconvulsiva puede o no ser administrada; (8) Nunca se utiliza la terapia electroconvulsiva en su forma no modificada (es decir, sin un anestésico y un relajante muscular); (9) Nunca se administra la terapia electroconvulsiva a un menor de edad; (10) No se lleva a cabo psicocirugía ni otros tratamientos irreversibles sin el consentimiento libre e informado del o de la usuario/a y la aprobación de una comisión independiente; (11) No se llevan a cabo abortos ni esterilizaciones en las usuarias sin su consentimiento; (12) No se somete a ninguna persona a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento informado; (13) Los experimentos médicos o científicos se llevan a cabo sólo con el consentimiento libre e informado de las personas; (14) El personal no recibe ningún privilegio, compensación o remuneración a cambio de promover o reclutar a las personas a participar en experimentos médicos o científicos; (15) No se lleva a cabo experimentación médica o científica si es potencialmente dañina o peligrosa para la persona; (16) Cualquier experimentación médica o científica es aprobada por un comité de ética independiente.

Se valora que el hospital mantenga protocolos de actuación frente a conflictos, diferenciados por cada unidad, de acuerdo a las características de las personas y los tratamientos que cursan. En ese sentido, entrevistadas/os señalan que no se aplicarían castigos, conociendo y ajustando su actuar al protocolo de manejo de crisis y contención, que define las etapas progresivas de esta intervención: inicialmente, utilizan la contención emocional, ambiental y verbal, y en caso de no ser suficiente, la contención farmacológica y física, que intentan sea el último recurso, frente a riesgo de auto o heteroagresiones. Estas últimas son indicadas siempre por una/un médica/o, se realizan en los dormitorios de las personas y son supervisadas por las/os profesionales tratantes.

Sin embargo, el uso de sujeciones y tranquilizantes aún es habitual al interior del recinto: A modo de ejemplo, según información entregada por el mismo establecimiento, en el último año habrían realizado 162 contenciones físicas (no se cuenta con el indicador para las contenciones farmacológicas).

Asimismo, si bien se consigna en las fichas clínicas el uso de aislamiento, contención física y farmacológica y se valora que las/os funcionarias/os reciban capacitaciones anuales en intervención en crisis, no se observan registros sistemáticos de las medidas y preferencias que las personas con diagnósticos de salud mental y el personal reconocen para atenuar el escalamiento frente a una descompensación. Pese a que la mayoría de las/os funcionarias/os indica conocer a las/os usuarias/os y abordar esta temática en las reuniones clínicas -donde se transmiten entre las/os funcionarias/os los desencadenantes y atenuantes, para evitar crisis futuras-, mencionan además otras dificultades: *“Como acá la mayoría tiene trastornos del espectro autista y también esquizofrenia como sensoriales, si hay uno que le gusta gritar mucho y al otro silencio, al que grita mucho tratamos de ver qué quiere, en general es música, le ponemos música y baja la tensión, hay hartas cosas que no sabemos, como son más sensoriales no nos pueden decir que quieren, vamos de a poco averiguando qué puede ser, nos cuesta como no nos pueden decir”* (Funcionaria/o).

Cabe señalar que la contención física es informada a la SEREMI de Salud, no así las contenciones farmacológicas.

Por último, en el recinto, no se realiza TEC, psicocirugía, esterilizaciones ni abortos. Algunas/os entrevistadas/os relatan participación de personas con diagnósticos de salud mental en estudios multicéntricos o locales de tipo cualitativo, pero previa aprobación por el Comité de Ética del Servicio de Salud y con el Consentimiento Informado firmado por la persona y sus representantes.

6.2. Aislamiento (uso y motivo de ingreso, régimen, condiciones materiales y acceso a la salud)

Estándares evaluados: (1) Las personas no son sometidas a aislamiento; (2) Se han implementado alternativas al aislamiento en el establecimiento, y el personal está capacitado en técnicas de “atenuar el escalamiento”, para intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a las personas o a las/os trabajadora/es; (3) Se registra cualquier caso de aislamiento (incluyendo causa, tipo, duración, entre otros) y se informa a la dirección del establecimiento, así como a un organismo externo pertinente; (4) En caso de residentes en aislamiento, es por el menor tiempo posible; (5) las condiciones en que se encuentran las dependencias son adecuadas, para asegurar el acceso a sus necesidades y un buen trato.

Otro de los procedimientos utilizados como medida de control -y que reviste especial preocupación para el Comité-, es el aislamiento, cuyo uso es justificado por las/os profesionales entrevistadas/os como estrategia para evitar auto y hetero agresiones en las/os pacientes, señalando que se toman resguardos de vigilancia hacia quienes se encuentran en esta situación. Este se realiza en habitaciones que contienen cama clínica y baño, pero sin agua. Además, se registra en la ficha clínica de cada persona y se reporta periódicamente a la SEREMI de Salud, no así a las autoridades del hospital:

“Cada uno de los profesionales y se hace un acta de evaluación clínica y la medida de la contención física, la indicación siempre es por médico y las enfermeras implementan un protocolo de medidas de prevención de efecto adverso y centinela, donde se registra el seguimiento cada 30 minutos del paciente contenido” (Funcionaria/o).

Asimismo, también le preocupa al CPT lo que reportan algunas/os entrevistadas/os en relación con una menor fiscalización de las contenciones y aislamientos durante las tardes y noches, cuando la mayor parte de las/os funcionarias/os se ha retirado, y que en la *Unidad de Medicina 1* se observa como personas con diagnósticos de salud mental se encuentran contenidas físicamente durante todo el día, a fin de evitar su deambulación y el contacto con otras personas.

6.3. *Violencia institucional (violencia física, psicológica, sexual, discriminación, extorsiones, amenazas, descuido o indicios de tortura o malos tratos, abuso patrimonial entre otros)*

Estándares evaluados: (1) Los miembros del personal tratan a las personas con humanidad, dignidad y respeto; (2) Ninguna persona es sometida a abuso verbal, físico, sexual, mental y/o patrimonial. Asimismo, ninguna persona es sometida a descuido físico o emocional [negligencia de cuidados].

Se valora de manera positiva que, en general, el trato de las/os funcionarias/os hacia las personas con diagnósticos de salud mental durante la visita se observe respetuoso y adecuado, priorizando su estabilidad y respondiendo a sus necesidades. Sin embargo, resultan de extrema gravedad y preocupación para el CPT, los relatos de algunas/os entrevistadas/os sobre diversas vulneraciones ocurridas al interior del establecimiento, dada la especial condición de vulnerabilidad de las personas que tienen bajo su cuidado. En este sentido, se reportan agresiones psicológicas, físicas y sexuales, situación que es problematizada por algunas/os funcionarias/os, dado que observan la ausencia de medidas atinentes para detener y prevenir estas situaciones:

“En todos los pabellones, existen malos tratos, hay una funcionaria que maltrata a los pacientes, los gritonea, no sé qué están esperando para tomar acciones. Ella les grita, de repente los trata bien, por cámaras la vieron como tironeo a una paciente, les chispea los dedos. Hay una investigación acá porque un paciente se cayó, al hospital no le importa” (Funcionaria/o).

En este recinto, ocurrió también un caso de vulneración sexual hacia una persona con diagnósticos de salud mental. Si bien fue reportado y denunciado a las autoridades, se pesquiza que existió lentitud en este proceso, deficientes medidas de protección para la persona víctima de esta situación y un abordaje hermético en la unidad donde se produjo este evento:

“No se sabe mucho de ese evento, se sabe que fue un abuso sexual y que el funcionario ahora está preso, pero acá no se sabe nada [...] así es en general, uno sabe lo del pabellon que le toca a uno” (Funcionaria/o).

“Bueno, aquí ha habido abuso, un abuso de una paciente por un funcionario, pues él está preso, se abre un sumario y han pasado dos años y todavía no ha caído gente, siendo que aquí había jefatura y muchas personas que estaban al tanto de lo que estaba pasando. Y eso es grave, eso es vulneración de los derechos de los pacientes y nosotros los funcionarios públicos somos los que estamos a cargo de estos pacientes. (...). Y más encima el subdirector le negó la compra del medicamento para prevención de infecciones porque dijo que era carísimo, y no le dieron el típico para prevenir, no, le dieron otra cosa barata; pero el que había que comprar se lo negó. Eso también está en sumario, porque la doctora que pidió eso lo dejó escrito en el sumario, entonces hoy día tampoco hay sanciones. Yo siento que aquí uno hace denuncia, se denuncia. (...). Siento que acá se han vulnerado los derechos de todas las personas, tanto de los trabajadores como de los pacientes de aquí. La gente hace vista gorda, está con la dirección. Todas las cosas, grandes se tapan, se tapan, se tapan, se tapan. y nadie hace nada” (Funcionaria/o).

Según información entregada por el propio hospital, en los últimos dos años, existen cuatro sumarios administrativos, en proceso actualmente: dos relacionados a malos tratos y/o acoso al personal y dos relacionados a malos tratos y/o abuso a residentes, siendo denunciado penalmente solo uno de ellos.

Además, se reportan dificultades en la gestión ante el fallecimiento de una persona con diagnósticos de salud mental, lo que ha provocado alteraciones y afectación en el resto de las/os residentes, siendo de alta preocupación la ausencia de un protocolo conocido por las/os funcionarias/os ante eventos como este:

“La paciente falleció a las 06:20 y la paciente tuvo covid, [...] Bueno, ella lo dejó así hasta las 10:00. A las 10:00, recién fue capaz de venir a decir que había que ponerla en una bolsa mortuoria [...] Y eso fue lo peor, es

una sala común, no se protegen los derechos primero de hasta de la paciente que está muerta porque, o sea, cómo exponerla de esa manera y por su otros paciente y ya, quizás si no todos son conscientes y todo ese tema, pero no por eso no podemos dejar pasarlos a llevar simplemente porque sean pacientes psiquiátricos, no corresponde. Y aparte, como yo les decía, tenemos tres pacientes que son conscientes. Ellos sabían que existía una paciente que estaba muerta” (Funcionaria/o).

6.4. Violencia entre usuarias/os (violencia física, psicológica, sexual, discriminación, extorsiones, amenazas, descuido o indicios de tortura o malos tratos, abuso patrimonial, entre otros)

Estándares evaluados: (1) Las/os residentes se tratan con humanidad, dignidad y respeto; (2) Ninguna persona es sometida a abuso verbal, físico, sexual, mental y/o patrimonial por parte de otras/os residentes.

Existen interacciones que interfieren en las actividades diarias entre las personas con diagnósticos de salud mental, tales como peleas y/o auto o hetero agresiones, las que son atendidas por las/os funcionarias/os, quienes muestran interés y capacitación en atenuar las agresiones y prevenirlas. Sin embargo, la falta de personal dificulta anticiparse y evitar escaladas de violencia, logrando intervenir, generalmente, una vez que ya se han iniciado. No se reportan vulneraciones graves entre personas con diagnósticos de salud mental: *“La relación entre las personas usuarias es regular, son comunes las discusiones, por las patologías que presentan. Se realiza manejo ambiental. Se trabaja la autorregulación, se educa” (Funcionaria/o).*

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos al trato, el CPT **evalúa el componente de trato como “insuficiente”**, existiendo brechas relevantes para alcanzar el estándar, asociadas principalmente a vulneraciones graves de derechos ocurridas en el centro, incluyendo casos de abuso verbal, mental, físico y sexual, en las cuales -según los relatos recopilados- no han existido instancias adecuadas para el personal, donde se problematizan, visibilizan y prevengan estas situaciones. También, es de especial preocupación las dificultades que se pesquisan en evitar escalamientos de las crisis de las personas con diagnósticos de salud mental, así como el uso frecuente de aislamiento, contenciones físicas y medicamentosas.

7. Gestión del establecimiento y del personal

La gestión, formación y bienestar de las/os funcionarias/os es preponderante en la atención hacia las personas con diagnósticos de salud mental. La CDPD exige a los Estados Partes *“promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos” (ART. 4, letra i);*

“Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado” (ART. 25, letra d);

“Promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación” (ART. 26).

7.1. Condiciones laborales (sobrecarga, turnos, recursos, percepción valoración de su trabajo)

Estándares evaluados: (1) El ambiente laboral es agradable y respetuoso de las/os trabajadoras/es y no existen problemas laborales tales como hechos de maltrato o acoso laboral; (2) La carga laboral es adecuada; (3) Las/os trabajadoras/es tienen una remuneración coherente con sus funciones; (4) El personal se siente valorado en su trabajo, por la jefatura y por la comunidad.

Con respecto a las condiciones laborales del hospital, se identifica un escaso sentido de pertenencia, debido a la alta carga laboral, asociada tanto a la complejidad del trabajo con personas con diagnósticos de salud mental, como a la falta de personal, agudizado por el alto número de licencias médicas. Lo anterior, genera constantes rotaciones y suplencias en los equipos de trabajo, la realización frecuente de horas extras -las que serían remuneradas- e incluso en algunos casos, prestar tareas en dos unidades del establecimiento a lo largo de una misma jornada laboral. Según información entregada por el establecimiento, en el último año se presentaron 303 licencias médicas -44 funcionarias/os al momento de la visita- y 9 renunciaciones de personal.

Como consecuencia de esto, es que las/os trabajadoras/os han debido ejecutar funciones que no son parte de su perfil de cargo, sin observar un cambio en sus remuneraciones, provocando una percepción disminuida respecto a su valoración laboral, lo que pudiese generar roces y un clima debilitado y/u hostil, tanto entre funcionarias/os, como hacia las personas con diagnósticos de salud mental:

“Es que vienen muchos reemplazos, pero también se va por lo mismo, porque les vulneran sus derechos, les vulneran sus horas de trabajo, no hay descanso. O sea, se van y tienen que estar volviendo de vuelta, tienen que ir por el alto ausentismo de los mismos compañeros” (funcionaria/o).

Además, destacan las diferencias de carga laboral según las diferentes unidades, ya que algunas requieren un mayor esfuerzo que otras, lo cual no se ve reflejado en la distribución de funcionarias/os:

“Entonces no es lo mismo que irse a un pabellón con paciente autovalentes, que estar con pacientes postrados que en realidad que les tiene que hacer todo entonces, y sacan y sacan gente siempre. Entonces eso igual es una carga laboral para nosotros al final porque no está cumpliéndose el equipo que debería estar por servicio” (Funcionaria/o).

Por otra parte, refieren que los constantes cambios de unidad han propiciado la propagación de ciertas enfermedades, como por ejemplo el SARS-CoV-2:

“A nosotros mismos también nos expone porque no sé, nos mandan a un, por ejemplo, acá ya no estamos en cuarentena, no estamos contagiados, están todos los pacientes bien, y nos mandan a un servicio que están contagiados, si nosotros podemos tomar los resguardos, usar nuestros elementos de protección y todo lo que corresponde, pero aún así, también ponemos en riesgo a los pacientes, aunque uno ocupe los implementos como corresponde, igual estamos en riesgo” (Funcionaria/o).

Por último, se observan conflictos entre algunas/os funcionarias/os, lo que afecta el clima laboral, disminuye la satisfacción y repercute en un alto ausentismo.

7.2. Formación del personal (asimilación protocolos, formación DDHH y temas específicos como grupos vulnerables)

Estándares evaluados: (1) Existen actividades o cursos de capacitación en DDHH y son de calidad, estando el personal informado sobre los derechos de las personas con discapacidades y con las normas internacionales de DDHH, incluyendo la CDPD; (2) Estos cursos son hechos por personas externas a la institución; (3) El establecimiento incentiva la capacitación en DDHH; (4) Existen actividades o cursos de capacitación en materias específicas de personas con diagnósticos de salud mental u otros grupos en situación especial de vulnerabilidad, como personas con discapacidad, mujeres, migrantes, entre otros;

(5) *Estos cursos son hechos por personas externas a la institución;* (6) *El establecimiento incentiva la capacitación en estas materias;* (7) *El personal está bien informado acerca de los servicios entregados en el establecimiento, la disponibilidad y el papel de los servicios, y los recursos comunitarios para promover la vida independiente y la inclusión en la comunidad;* (8) *El personal del establecimiento está capacitado y autorizado para prescribir y revisar la medicación psicotrópica.*

En relación a la inducción que realiza el Hospital al ingreso del nuevo personal, funcionarias/os exponen que *“La inducción la entregan en un CD, hoy en día los PC vienen sin lector de CD, por lo tanto no pueden ver la inducción ni realizarla. No sé, no sé si a los chiquillos le han realizado. Yo por lo menos no he tenido tiempo”* (Funcionaria/o), por lo cual no tendrían acceso a esta, siendo menester actualizar el formato de entrega.

Referente a la formación del personal se indaga que, si bien cuentan con una oferta anual de capacitaciones -contenidas en la Programación Anual de Capacitación-, estas serían online, voluntarias y no acordes a las necesidades de las/os funcionarias/os según relatan; agregando que, debido a la sobrecarga laboral, tampoco tendrían el tiempo ni la motivación para asistir a dichos cursos.

Según información entregada por el propio hospital, durante este año estaban programadas capacitaciones en diversas materias relevantes, tales como *“Derechos humanos y Perspectiva de Género”, “Psicopatología Básica”, “Diversidad e inclusión: prevención del acoso Laboral y Sexual”, “Salud Laboral Autocuidado y Manejo de Estrés”, “Manejo de Agitación Psicomotora”, “Actualización en trato y manejo de usuarios geriátricos”, “Actualización de TEA”,* entre otras.

Por último, las/os funcionarias/os explicitan la necesidad de fortalecer las capacitaciones en temáticas específicas de DDHH y en la CDPD, ya que relatan desconocer estas materias; así como también desarrollar espacios formales y sistemáticos de autocuidado, los cuales si bien se han realizado, serían esporádicos y autogestionados.

7.3. Gestión y organización del establecimiento

Estándares evaluados: (1) El establecimiento cuenta con las autorizaciones y otros documentos necesarios para poder funcionar adecuadamente (autorización sanitaria, políticas que rigen la convivencia y protocolos de seguridad, entre otros).

Respecto a la gestión y organización del establecimiento, se destaca que el hospital no cuenta con acreditación sanitaria, ni mantiene una adecuada organización relacionada a las jefaturas directas de las/os funcionarias/os:

“Yo me siento igual acá maltratada en el sentido que siento que no, no te escucha. Yo soy la jefa de la unidad X y toman decisiones, no escuchan a su personal, no escuchan a su jefatura, no me hacen partícipe de reuniones en donde yo después tengo que informarle a la gente con la cual trabajó. Entonces en ese sentido yo me siento pasada a llevar, me siento como vulnerada en los derechos que yo también como trabajadora tengo, que por lo menos que, cómo se llama que te informe, porque eso también es una vulneración, de que no te informen” (Funcionaria/o).

Esto es valorado negativamente, añadiendo que también se debería a las relaciones familiares/afectivas que existirían entre las jefaturas, lo cual no permite realizar de manera imparcial sus labores: *“la jefa de (X) equipo, es la pareja del (X). Entonces son toda una protección”* (Funcionaria/o); *“De repente, igual hay jefatura que abusa de los funcionarios aquí”* (Funcionaria/o); *“Me han tocado muchas direcciones, pero esta dirección es malísima (...), estamos botado paciente y nosotros, pacientes y nosotros estamos botados.”* (Funcionaria/o). Ante ello, persiste desconfianza en la valoración y evaluación que puede realizar una jefatura sobre el trabajo de una/un funcionaria/o,

alterando también la posibilidad de recurrir a conductos regulares, para plantear quejas o incluso denunciar hechos que afecten a las/os trabajadoras/es o a las personas con diagnósticos de salud mental.

En resumen, y atendiendo los estándares referidos a la gestión del establecimiento y personal, el CPT **evalúa el componente de gestión del establecimiento y del personal como “insuficiente”**, debido a la valoración negativa que las/os entrevistadas/os le otorgan a la gestión de algunas jefaturas, las altas cargas laborales, el constante ausentismo producto de licencias médicas, y la ejecución de funciones no acordes al perfil de cargo de cada una/o. El conjunto de estos elementos genera sentimientos de escaso reconocimiento laboral, lo cual se ve reflejado en una remuneración que no va en correspondencia con la exigencia y niveles de desempeño. Asimismo, tampoco existe una formación sistemática en Derechos Humanos, que favorezca la sensibilización y desempeño acorde a estándares enfocados en derechos, ni instancias periódicas y formales de autocuidado.

8. Autonomía

El derecho de vivir una vida independiente y ser incluida/o en la sociedad se consigna en el ART. 19 de la CDPD, así como en el ART. 28, referido al derecho a un nivel de vida adecuado.

8.1. Autonomía en el régimen de actividades

Estándares evaluados: (1) Las personas son libres de elegir cuándo despertarse y acostarse; (2) Cuándo ir a la sala de baño; (3) Cuándo circular por el recinto; (4) Las personas pueden comunicarse en el idioma de su elección; (5) El establecimiento aporta los recursos necesarios para ello (por ejemplo: intérprete o facilitador intercultural); (6) Las personas pueden ejercer su derecho a la vida afectiva y sexual; (7) Las preferencias de las personas tienen prioridad en todas las decisiones que les afectan (planes de intervención, actividades, etc); (8) Las preferencias de las/os usuarias/os tienen prioridad en todas las decisiones sobre dónde van a recibir el cuidado; (9) Los planes de “recuperación” son conducidos por la/el usuaria/o, reflejando sus opciones y preferencias para la atención, los cuales son puestos en práctica.

Dentro de sus rutinas, si bien los horarios para levantarse, dormir y alimentarse se encuentran predeterminados -favoreciendo así la organización del establecimiento y sistema de turnos de los equipos-, estos se intentan flexibilizar según las necesidades y deseos de las personas con diagnósticos de salud mental, respetando así sus preferencias.

Respecto a la necesidad de comunicación en otros idiomas, el Hospital no cuenta con traductoras/es ni interventoras/es interculturales que puedan favorecer una comunicación expedita, ni explicar los procedimientos que se lleven a cabo al ingreso, refiriendo que esto no sería una necesidad actual del recinto, dado que no cuentan actualmente con residentes que no manejen el idioma español, siendo pertinente establecer redes de contacto para posibles casos en que se requiera de este servicio.

Por otra parte, en cuanto al derecho a ejercer la vida afectiva y sexual, se encuentran prohibidas las interacciones de carácter sexual, desincentivando este tipo de vínculos al interior del recinto. Se aprecian inconsistencias con respecto a este ámbito por parte del hospital, puesto que funcionarias/os refieren que las mujeres de la *Unidad de Trastornos del Desarrollo* utilizarían métodos anticonceptivos: “*Aquí las chiquillas más jóvenes las tienen por si acaso, las tienen con eso para que no queden embarazadas, anticonceptivos*” (Funcionaria/o), siendo incapaces de explicar los motivos de su uso, y sin relevar la importancia del abordaje integral de la sexualidad. Dicha situación es alarmante para el CPT, dado el antecedente de vulneración sexual ocurrido en el recinto.

8.2. Respeto por el ejercicio de su capacidad jurídica

Estándares evaluados: (1) Las personas son libres para tomar decisiones en el ámbito de su vida personal y patrimonial (véase por ejemplo contraer matrimonio, vender bienes, entre otros); (2) Las personas pueden decidir de forma libre aquellas personas que le brinden asistencia legal o jurídica, y pueden reunirse con ellos de forma confidencial; (3) A las personas que reciban tratamiento o sean ingresadas en un establecimiento sin su consentimiento, se les informa acerca de los procedimientos para apelar (y/o accionar judicialmente) sobre su tratamiento o internación; (4) Todo caso de tratamiento y/o ingreso a un establecimiento sin el consentimiento libre e informado se documenta y se informa rápidamente a una autoridad legal; (5) El establecimiento apoya 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; (6) Las/os usuarias/os 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 u otros, y las personas seleccionadas serán reconocidas como tales por el personal; (7) El personal respeta la autoridad de la persona o red de personas de apoyo que han sido designadas por la/el usuaria/o para comunicar sus decisiones con apoyo; (8) La toma de decisiones con apoyo es el modelo predominante, y se evita la toma de decisiones sustitutivas; (9) Cuando un/a usuaria/o 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; (10) Se apoya el derecho de las/os usuarias/os a participar en la vida política y pública y en el ejercicio de la libertad de asociación.

El Comité valora que las gestiones del recinto propendan a que las personas puedan tomar decisiones en su vida personal y patrimonial, preservando la compensación de su salud mental, y en caso que lo requiera, se tome contacto con familiares o tutoras/es. En ello, refieren que son las mismas personas quienes definen a quién contactar como apoyo. Sin embargo, preocupa al CPT que, si la/el paciente no se encuentra en condiciones de poder transmitir su opinión, es la tutora o tutor quien define la conducta a seguir (toma de decisión sustitutiva), en vez de realizar la toma de decisión con apoyo. Además, en el caso de no contar con redes de apoyo, las/os entrevistadas/os desconocen qué organizaciones pueden facilitar el ejercicio jurídico y patrimonial de las/os pacientes, por lo que es una labor que queda en manos de la/el directora/director del establecimiento.

Por otra parte, dada las restricciones observadas al momento de la visita del contacto con la comunidad, no existen nexos para el poder participar en organizaciones (religiosas y sociales); no obstante funcionarias/os refieren que al interior del recinto cuentan con una capilla para aquellas personas que deseen utilizarla.

En cuanto al derecho de participar en la vida política y pública, funcionarias/os refieren que gran parte de las personas con diagnósticos de salud mental se encuentran inhabilitadas de sufragar, debido a su estado de interdicción judicial, por lo cual no tendrían acceso a participar en estas instancias. Sin embargo, para aquellas personas que pueden sufragar, no relatan información o posibilidades de traslado para ejercer ese derecho. Lo anterior, no se condice con la información entregada por el propio hospital, donde refieren que solo 11 personas con diagnósticos de salud mental -de las 105 hospitalizadas al momento de la visita- estarían declaradas legalmente como interdictas.

8.3. Autonomía en la atención en salud

Estándares evaluados: (1) La hospitalización y el tratamiento se basan en el consentimiento libre e informado de las personas, y se les comunican de forma clara y entendible; (2) Las preferencias de las personas tienen prioridad en todas las decisiones sobre sus planes de tratamiento y “recuperación”; (3) Como parte de sus planes de “recuperación”, se motiva a las personas a desarrollar instrucciones anticipadas que especifique las opciones de tratamiento y de “recuperación” que desean tener, así como aquellas que no, las que se utilizarán si se encuentran incapacitadas/os de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro; (4) El personal respeta las instrucciones anticipadas de las/os usuarias/os cuando proveen el tratamiento; (5) Las/os usuarias/os tienen el derecho a rechazar el tratamiento; (6) Las personas pueden decidir de forma libre a aquellas personas que le brinden la atención en salud; (7) Las personas pueden agregar información escrita, opiniones y comentarios a

sus fichas médicas sin censura; (8) A las personas se les proporcionan servicios de salud general, mental, sexual y reproductiva con el consentimiento libre e informado.

Se observa la presencia de una brecha en la posibilidad que tienen las personas con diagnósticos de salud mental de conducir y dirigir sus planes de cuidado e incorporar sus preferencias o sugerencias, así como también la posibilidad de rechazar un tratamiento. Entrevistadas/os relatan que a las personas con mejor pronóstico y facultades se les incorpora de mejor forma, que a aquellas con menores facultades, a las cuales no se les informa, ni consulta por sus posibilidades de recuperación y preferencias. Todo lo anterior, no se observa plasmado ni registrado de forma sistemática en las fichas clínicas revisadas.

Tampoco se pesquiza que se intenten otorgar alternativas en los tratamientos de salud, que las personas puedan agregar comentarios a sus fichas, ni que puedan elegir dónde atenderse. De igual forma, se desconoce por parte del personal cómo definir y gestionar las voluntades anticipadas, sin observarse registro de aquellas.

Por otra parte, en la mayoría de las fichas clínicas analizadas se observa el consentimiento informado de ingreso/hospitalización firmado, en algunos casos por las personas con diagnósticos de salud mental, y en otros, por sus representantes legales. Sin embargo, el registro es menos sistemático para los tratamientos que reciben.

Otro aspecto que dificulta la autonomía de las personas, se asocia a la nula orientación respecto a la planificación familiar, sin existir un abordaje integral respecto a la posibilidad de tener familia y/o hijas/os mientras dure el tratamiento -ya que no se permiten al interior del recinto las relaciones amorosas o las interacciones sexuales-; por lo cual tampoco se gestionaría el acceso a métodos anticonceptivos -tanto en hombres como en mujeres-, a excepción de las mujeres de la *Unidad de Trastornos del Desarrollo*, que contarían con métodos irreversibles de larga data, o con anticonceptivos las más jóvenes, desconociéndose si estos habrían sido indicados con consentimiento de las personas y/o de sus tutoras/es, dado que no se encontró esta información en las fichas clínicas revisadas.

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a la autonomía, el CPT **evalúa el componente de autonomía como “insuficiente”**, apreciándose dificultades generales dadas las restricciones que se han interpuesto en distintos niveles, especialmente en cuanto a que sean las mismas personas quienes conduzcan sus planes de recuperación, firmen los consentimientos informados y tomen las decisiones que les involucran -con apoyo de ser necesario-, incluidas las relacionadas con su vida sexual y reproductiva -siendo una preocupación el caso de las mujeres de la *Unidad de Trastornos del Desarrollo*-, así como también el escaso registro en cuanto a la posibilidad de rechazar tratamientos, elaborar las instrucciones anticipadas e incorporar sus sugerencias y preferencias en las fichas clínicas.

VII. Evaluación CPT: asignación de niveles de logro.

Los hallazgos de la visita se organizan de acuerdo a ejes temáticos que se nutren de los relatos e información obtenida en la visita durante la implementación de los instrumentos de levantamiento de la información, buscando dar cuenta de los diversos factores de riesgo que podrían incidir en la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes que afectan actualmente a personas con diagnósticos de salud mental.

Nivel de logro por dimensión



- Ingreso y Segmentación
 - Salud
 - Gestión del Personal
- Contacto con el mundo Exterior
 - Medidas de Prevención
 - Autonomía
- Infraestructura
 - Trato

VIII. Recomendaciones

El presente apartado expone las recomendaciones elaboradas por el CPT al Hospital Psiquiátrico El Peral, a la luz de los hallazgos obtenidos durante la visita realizada los días 30 de mayo y 1 de junio de 2022, los cuales ya han sido expuestos a lo largo del presente informe.

Las recomendaciones se organizan según las diversas dimensiones y subdimensiones definidas por el CPT en sus instrumentos y pautas aplicadas en el área de salud mental, que a su vez recogen y reflejan aquellas variables de riesgo asociadas a la mayor probabilidad de tortura y/o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

1. Recomendaciones Hospital Psiquiátrico El Peral

Régimen y actividades

1. Se insta a corto plazo, realizar procesos de segmentación en las diferentes unidades del hospital según edad, sexo y diagnóstico de salud mental, a fin de realizar un trabajo especializado y acorde a las necesidades de dicha población.
2. Se recomienda a corto plazo, considerar las opiniones y sugerencias de las personas con diagnósticos de salud mental, y avanzar en el registro de las mismas en las historias clínicas, a fin de lograr una mayor participación en el plan de intervención.
3. Se insta a corto plazo, promover la realización sistemática de actividades que favorezcan los procesos de recuperación, y prevengan procesos de deterioro en las personas con diagnósticos de salud mental, incorporando sus preferencias en la programación, especialmente en *Unidad de Medicina 2*. Especialmente, se sugiere incluir talleres informativos y de orientación laboral, acceso a recursos sociales, comunitarios y económicos, promoviendo la utilización de estos.
4. Se recomienda a corto plazo, disponer de mayor cantidad de materiales recreativos, didácticos y de lectura, acorde a las preferencias de las personas.
5. Se recomienda a corto plazo, retomar progresivamente las actividades al aire libre, disminuyendo así las horas de encierro. En ello, se insta a realizar más actividades en los patios.

Contacto con el mundo exterior

6. Se sugiere a corto plazo, reanudar el régimen de visitas con familiares y amigas/os en aquellas unidades que se mantienen interrumpidas o con dificultades por las condiciones sanitarias de la pandemia, estableciendo un sistema de turnos, a fin de resguardar la seguridad y salubridad de las personas.
7. Se sugiere a corto plazo, que todas las secciones del hospital cuenten con al menos un teléfono celular para recibir y efectuar llamadas. En aquellas secciones en que se cuenta con ello, y en que el número de personas sea mayor a cinco, se sugiere habilitar más teléfonos celulares. Estos, a diferencia de los teléfonos fijos, también permiten efectuar videollamadas, lo que puede mejorar la vinculación de las/os pacientes con sus familiares y personas significativas, sobre todo en casos en que su red de apoyo no se encuentra en la región o tiene dificultades para visitarlos.
8. Se recomienda a mediano plazo, aumentar la frecuencia de actividades comunitarias al interior y exterior del establecimiento, a través de las siguientes medidas:
 - (a) Elaborando un plan de acción para las distintas unidades en esta materia.
 - (b) Incentivando la generación de convenios con redes de apoyo local.

- (c) Reiniciando las actividades que fueron suspendidas por la pandemia.

Condiciones materiales

9. Se insta de forma urgente, gestionar el control de las jaurías existentes al interior del recinto, para garantizar la seguridad de funcionarias/os y personas con diagnósticos de salud mental. En ello, se recomienda contactar a la Municipalidad, para que ejecute la labor de rescate y derivación a una de las entidades sin fines de lucro promotora de la tenencia responsable, asegurando su bienestar.
10. Se recomienda a mediano plazo, instalar cámaras de seguridad en la mayor parte del recinto, a fin de evitar y/o documentar situaciones de riesgo.
11. Se recomienda a mediano plazo, mejorar las condiciones físicas de las salas de recreación y descanso, en particular el mobiliario.
12. Se insta a mediano plazo, mejorar las dependencias del personal de salud, a modo de contar con una correcta diferenciación de áreas sucias y limpias, y zonas de descanso con mobiliario adecuado.
13. Se insta a mediano plazo, remodelar instalaciones, especialmente de techos, baños, aislamiento térmico y sistema de calefacción, resguardando la utilización de materiales que no propicien factores de riesgo a las personas con diagnósticos de salud mental y el personal.
14. Se insta a mediano plazo, implementar estructuras que permitan la accesibilidad para personas con discapacidades físicas en las distintas dependencias y espacios comunes del centro, especialmente en patios y pisos superiores.
15. Se recomienda a mediano plazo, aumentar la dotación de seguridad, que prevenga actos delictivos y proteja la integridad de las personas con diagnóstico de salud mental y funcionarias/os.
16. Se insta a largo plazo, propiciar un cierre perimetral que favorezca la seguridad al interior del recinto y evite el ingreso de personas ajenas a este.

Salud

17. Se insta a corto plazo, a generar estrategias de coordinación con los establecimientos de la red asistencial de salud, a fin de establecer referencias y contrarreferencias de manera de asegurar la atención oportuna y disminuir los tiempos de espera a las personas con diagnósticos de salud mental (Ejemplo: considerar un horario diferenciado, avisar urgencias, entre otras).
18. Se recomienda a corto plazo, informar a las/os usuarias/os, cada vez que sea necesario sobre el propósito de los medicamentos y sus posibles efectos adversos, resguardando el derecho a rechazar el tratamiento. Asimismo, se insta a dejar registro de estas acciones en la ficha clínica.
19. Se urge a corto plazo, desarrollar actividades periódicas de promoción y prevención en salud, tanto individuales como colectivas, que recojan e incorporen las preferencias de las personas (Ejemplo: estilos de vida saludables, ejercicio físico, lavado de dientes, salud sexual y reproductiva, entre otros).
20. Se insta a corto plazo, elaborar y posteriormente socializar un protocolo que aborde la esfera afectiva, sexual y reproductiva de las personas con diagnósticos de salud mental, con enfoque de derechos y respetando su autonomía.

Medidas de protección

21. Se recomienda a corto plazo, proveer información clara y completa sobre los derechos de las/os usuarias/os en forma escrita y verbal durante toda su estadía, por medio de afiches y charlas con las personas con diagnósticos de salud mental. Además, que considere la entrega de información

- sobre el acceso a organismos independientes, representantes legales y defensores de derechos humanos, que permitan proporcionar a las/os usuarias/os sistemas de apoyo en la toma de decisiones, información sobre sus derechos y mecanismos de apelación en cuanto a condiciones de hospitalización y tratamiento involuntario.
22. Se insta a las autoridades del hospital a corto plazo, realizar supervisiones periódicas, como mínimo una vez al mes, a las diferentes unidades.
 23. Se insta a corto plazo, a proporcionar información clara y completa a las personas sobre la evaluación, diagnóstico, opciones de tratamiento y recuperación, permitiéndole tomar decisiones libres e informadas, agregando un apartado en la ficha clínica destinado a ideas, opiniones, comentarios y sugerencias de las/os usuarias/os, de manera de promover su participación activa en estos planes.
 24. Se recomienda en el corto plazo, establecer instancias de participación periódicas en cada unidad, donde las personas puedan expresar sus opiniones, críticas y preocupaciones sobre la organización del servicio prestado, así como plantear mejoras, por ejemplo, a través de asambleas.
 25. Se insta a corto plazo, realizar denuncias penales de forma inmediata, toda vez que se tome conocimiento de hechos que puedan constituir delitos, independiente de la investigación sumaria o sumario administrativo.
 26. Se sugiere a mediano plazo, elaborar un sistema para formular reclamos y/o denuncias, independiente del “libro de reclamos”, que garantice la confidencialidad y se realice a un órgano independiente.

Trato

27. Se insta en el corto plazo, incorporar en las fichas clínicas de todas las personas con diagnósticos de salud mental un apartado fácilmente visible, que contenga información sobre los factores gatillantes y las medidas efectivas para aminorar las situaciones de crisis en cada persona.
28. Se insta a corto plazo, desarrollar y posteriormente socializar un protocolo de prevención de las distintas formas de maltrato o abuso físico, psicológico, sexual o verbal, descuido físico o emocional, con difusión en todo el establecimiento.
29. Se insta a corto plazo, desarrollar y posteriormente socializar un protocolo de actuación que permita garantizar la protección de las/os usuarias/os que han sido víctimas de abuso o descuido al interior de la unidad y/o del personal que haya efectuado una denuncia, con difusión en todo el establecimiento.

Gestión del establecimiento y del personal

30. Se recomienda a corto plazo, otorgar atención psicológica externa y/o intervención en crisis a los equipos expuestos a situaciones de conflicto, violencia y agresión.
31. Se insta a corto plazo, fortalecer estrategias de comunicación entre unidades, tales como designación de profesionales encargados de comunicación en cada área, reuniones semanales, entre otras, que permitan una mejor y mayor coordinación entre ellas.
32. Se recomienda a corto plazo, realizar un levantamiento de brechas de recursos humanos.
33. Se insta a corto plazo, generar estrategias de gestión de personal, con estándares de transparencia y actualización en los sistemas de evaluación de las/os funcionarias/os.
34. Se recomienda a mediano plazo, desarrollar un sistema de calidad de vida laboral (buen trato laboral, clima laboral, autocuidado, higiene y seguridad laboral), que permita mejorar el grado de satisfacción de las/os trabajadores y promover así un mejor ambiente laboral.

35. Se insta a mediano plazo, a 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.
36. Se recomienda a mediano plazo, realizar capacitaciones en promoción de buen trato, necesarias para garantizar procesos de prevención de tortura y malos tratos.

Autonomía

37. Se urge a corto plazo, garantizar que todo ingreso, tratamiento y/o procedimiento, cuente con el proceso de consentimiento libre e informado, firmado por la persona con diagnóstico de salud mental (y su representante legal en caso de ser necesario) en su ficha clínica, privilegiando siempre la toma de decisiones con apoyo, y no sustitutiva.
38. Se insta a mediano plazo, promover la participación activa de las/os usuarias/os en la construcción de su plan de *recuperación*, orientado a garantizar el ejercicio de su capacidad jurídica. Para ello, se recomienda considerar el desarrollo de las *voluntades anticipadas*, que especifiquen la identificación de posibles gatillantes de crisis por parte de las/os usuarias/os, además de factores que logren aminorarlas y determinar sus métodos preferidos de intervención (Según Ley 21.331). Del mismo modo, incluir los proyectos de vida independiente en las áreas de educación, trabajo y participación en la comunidad.
39. Se sugiere a mediano plazo, mapear y articular los posibles actores que otorguen recursos sociales, comunitarios y económicos a los que pueden acceder las personas con diagnósticos en salud mental, para promover su integración en la vida cotidiana, laboral y/o educacional.
40. Se recomienda a mediano plazo, generar capacitaciones a funcionarias/os en temas de abordaje de la sexualidad en personas con diagnósticos de salud mental. Junto a ello, incorporar en el plan de salud el ejercicio de la vida sexual, reproductiva y afectiva de las personas, con resguardo de los espacios e intimidad.

2. Recomendaciones a otros actores claves

Régimen y actividades

1. Al **Ministerio de Salud**, junto con los **Ministerios de Educación, Vivienda, Trabajo y Desarrollo Social**, se urge, en el mediano plazo, a fortalecer y promover sistemas y redes de apoyo intersectorial, que garanticen el acceso a recursos financieros, oportunidades de educación, vivienda y empleo, participación en la vida política y social a las/os usuarias/os en establecimientos de salud mental, con el objetivo de garantizar el derecho a la vida independiente y la inclusión en la comunidad.

Contacto con el mundo exterior

1. Al **Municipio de Puente Alto**, se insta a corto plazo, generar espacios, actividades comunitarias o estrategias de vinculación con actividades que ya se realizan, tanto al interior como al exterior del establecimiento, a fin de promover el contacto de las personas con diagnósticos de salud mental con el mundo exterior.

2. Al **Municipio de Puente Alto**, se insta a corto plazo, la generación de convenios entre el hospital y redes de apoyo local, que puedan contribuir a una mejor calidad de vida y que permitan oficializar las instancias señaladas en la recomendación anterior.

Condiciones materiales

3. Al **Servicio de Salud**, se insta a mediano plazo, gestionar los recursos presupuestarios necesarios para arreglar las instalaciones defectuosas detectadas, resguardando la utilización de materiales que no propicien factores de riesgo a las personas con diagnósticos de salud mental.
4. Al **Servicio de Salud**, se insta a mediano plazo, gestionar recursos presupuestarios necesarios para generar el cierre perimetral del recinto, así como la reestructuración de las dependencias abandonadas que han generado focos de incendios y actos de vandalismo.

Salud

5. Al **Hospital Barros Luco**, se insta a corto plazo, generar estrategias de atención prioritaria para personas con diagnósticos de salud mental provenientes de Hospitales Psiquiátricos (Ver recomendación N° 16 dirigida al hospital).
6. Al **MINSAL**, se insta a mediano plazo, a promulgar los reglamentos de la Ley 21.331 publicada el 11 de mayo de 2021, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental.

Medidas de protección

7. A la **SEREMI de Salud**, se insta a corto plazo, realizar fiscalizaciones periódicas y trabajar en conjunto con el Hospital Psiquiátrico, en particular, a los actos vinculados al mandato de la COREPPREM.
8. Al **Servicio de Salud**, se insta a corto plazo, realizar supervisiones periódicas a fin de visualizar necesidades y favorecer procesos de cambio, en caso de necesitarlos, en las diferentes unidades.
9. Al **INDH regional**, se insta en el mediano plazo, establecer mesas de trabajo junto al hospital, que permitan garantizar el acceso a la justicia para las/os usuarias/os, toda vez que lo requieran, como, por ejemplo, en la apelación sobre tratamientos o internaciones involuntarias.
10. Al **MINSAL**, se insta a largo plazo, aumentar la oferta residencial para personas en situación de discapacidad o alta complejidad, a fin de evitar la institucionalización prolongada de aquellas/os residentes que no cuentan con redes de apoyo apropiadas para su manejo y cuidado.
11. Al **Ministerio de Salud**, junto con los **Ministerios de Vivienda, Educación, Trabajo y Desarrollo Social**, se recomienda contar con un plan intersectorial de cierre y sustitución de los Hospitales Psiquiátricos, resguardando servicios y apoyos para la vida independiente y la inclusión en la comunidad de las personas que se encuentran en situación de institucionalización, definiendo plazos concretos y un presupuesto estatal garantizado.

Trato

12. Al **MINSAL**, especialmente a la **Subsecretaría de Salud Pública**, se insta a mediano plazo, realizar actualizaciones a la Norma General Técnica sobre la Contención en Psiquiatría, según los estándares internacionales vigentes, así como promover su estricto procedimiento; realizando constantes supervisiones y monitoreo en su aplicación.

Gestión del establecimiento y del personal

13. Al **Servicio de Salud**, se recomienda a corto plazo, gestionar los recursos financieros necesarios para cerrar brechas de recursos humanos.
14. Al **MINSAL**, específicamente a la **Subsecretaría de Redes Asistenciales**, establecer a mediano plazo 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 participativos, el diseño de instrucciones anticipadas, implementación de alternativas al aislamiento y contención, intervención en crisis, prevención del suicidio y autoagresiones.
15. A la **Superintendencia de Salud**, se insta a largo plazo, incorporar enfoque de DD.HH. en los procesos de acreditación para prestadores institucionales de atención psiquiátrica, que den cuenta de las experiencias de las personas con diagnósticos de salud mental.

IX. Seguimiento

Respecto a la estrategia de seguimiento de los resultados, el CPT realizará en primer lugar la difusión del informe con el Hospital Psiquiátrico El Peral, a fin de socializar los hallazgos y desafíos existentes en la materia, y poder generar instancias de conversación y trabajo conjunto a corto, mediano y largo plazo.

En segundo lugar, se busca impulsar instancias de difusión de los resultados de visita con actores estratégicos que interfieran e interactúen con el Hospital, a fin de generar un trabajo en conjunto a mediano y largo plazo.

En tercer lugar, se busca dar seguimiento a la implementación de las recomendaciones. Para ello el CPT propone elaborar un plan de trabajo de forma participativa con los actores involucrados, acordando con ellos la manera de dar respuesta a las recomendaciones y los plazos en que estas se realizarán.

X. Referencias Bibliográficas

- Asociación para la Prevención de la Tortura [APT] (2004). *Detention Focus*.
<https://www.appt.ch/es/centro-de-conocimiento/detention-focus-database>
- Comité para la Prevención de la Tortura [CPT] (2022). *Diagnóstico de caracterización y vulneraciones a los derechos humanos en el área de salud mental, Resumen Ejecutivo*. Chile.
- Comité para la Prevención de la Tortura [CPT] (2021). *Primer Informe Anual 2020 "Prevención de la tortura y situación de las personas privadas de libertad en Chile"*. Chile
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2018). Observación General N° 6: Sobre la igualdad y la no discriminación, párr. 56. CRPD/C/GC/6.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2020). Lista de cuestiones previa a la presentación de los informes periódicos segundo a cuarto combinados de Chile, párr. 12 letra a). CRPD/C/CHL/QPR/2-4. *Ibid.*, párr. 34.
- Decreto 201 (25 de agosto de 2008). Promulga la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Diario Oficial de la República de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=278018>
- Ley N° 18.600 (30 de enero de 1987). Establece normas sobre deficientes mentales. Diario Oficial de la República de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=29991&idVersion=2018-04-01&idParte=>
- Ley N° 20.422 (3 de febrero de 2010). Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Diario Oficial de la República de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903>
- Ley N° 20.584 (13 de abril de 2012). Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario Oficial de la República de Chile <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
- Ley N°21.154 (25 de abril de 2019). Designa al Instituto Nacional de Derechos Humanos como el Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes. Diario Oficial de la República de Chile <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1130871&idVersion=2019-10-26&idParte=10018047>
- Ley 21.331 (11 de mayo de 2021). Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. Diario Oficial de la República de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383>
- Reemplaza a la observación general 7, prohibición de la tortura y los tratos o penas crueles, 10 de abril de 1992. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1399.pdf>
- Relator Especial sobre la Tortura (2013). Informe de 1 de febrero de 2013. UN Doc. A/HRC/22/53
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002). Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/optional->

protocol-convention-against-torture-and-other-cruel#:~:text=El%20objetivo%20del%20presente%20Protocolo,penas%20cruels%2C%20inhumanos%20o%20degradantes.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental. Derechos Humanos y Legislación.* WHO ebrary collections. <https://biblioteca.corteidh.or.cr/adjunto/16221>