

*Informe de Visita*  
*Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso*

**Elaborado por el**

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

-Chile-

Octubre 2022

## Índice

I.	3	
II.	4	
III.	5	
1.	5	
2.	8	
3.	8	
IV.	10	
V.	10	
1.	10	
2.	12	
3.	13	
4.	14	
5.	15	
6.	15	
VI.	16	
1.	16	
2.	40	
3.	49	
VII.	60	
VIII. Recomendaciones		61
1. Recomendaciones al Hospital del Salvador:		61
2. Sugerencias a actores claves		64
IX.	68	
X.	69	
X. Anexo		69

## 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, Carlos Baeza Villar, Sebastián Cabezas Chamorro, María Rosario Beltrán Campos, Gonzalo Horstmeier Garote, Germán Díaz Urrutia, Marcela Ureta Melo, Carolina Villagra Pincheira.

### Equipo de investigación, análisis y redacción

Javiera Canessa Cordero, Yamileth Granizo Román, Carlos Baeza Villar, Sebastián Cabezas Chamorro, María Rosario Beltrán Campos, Gonzalo Horstmeier Garote, Germán Díaz

Urrutia, Marcela Ureta Melo, Carolina Villagra Pincheira.

### Edición final

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

Santiago, Octubre, 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 Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso”*. 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 del Salvador y sus respectivos servicios de atención cerrada: Unidad de Corta y Mediana Estadía, Unidad Infanto-Juvenil y Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria, esta última ubicada en el Centro de Cumplimiento Penitenciario de Valparaíso. La visita tuvo lugar los días martes 14 y miércoles 15 de junio del año 2022. 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 psiquiátricos del país, en ella también se consideraron los antecedentes de la denuncia efectuada por la Ministra de Salud al Ministerio Público con fecha 11 de mayo del presente año, donde menciona haber tomado conocimiento de *“un alto riesgo para las personas usuarias, desde la práctica de intervenciones fuera de norma técnica, TEC, contención farmacológica preventiva, escasa supervisión y cuidado que deja expuesto a violencia a las personas [...] Dado que los hechos expuestos se asemejan a la figura típica y antijurídica consagrada en el artículo 150 A del párrafo IV De la tortura, otros tratos crueles, inhumanos o degradantes...”* (MINSAL, 2022).

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

El presente documento está dirigido al Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, a las personas con diagnósticos de salud mental bajo cuidado y/o custodia 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. Todos estos actores pueden acoger los hallazgos que aquí se presentan y jugar un rol activo en la implementación de soluciones con un enfoque de derechos humanos.

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

---

<sup>1</sup> 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 se 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*”<sup>2</sup>. 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<sup>3</sup>.

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<sup>4</sup>.

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”<sup>5</sup>.*

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, en el 2016, 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<sup>6</sup>.

De esta forma, se 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<sup>7</sup>. 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

---

<sup>2</sup> Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Humanos (1992). Observación General N° 20: Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (artículo 7), párr. 5. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol.I), pág. 239.

<sup>3</sup> Organización de las Naciones Unidas. Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (2013). Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. A/HRC/22/53.

<sup>4</sup> Organización de las Naciones Unidas. 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.

<sup>5</sup> Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Artículo 1. 13 de diciembre de 2006.

<sup>6</sup> Organización de las Naciones Unidas. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016). Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile, párr. 33. CRPD/C/CHL/CO/1.

<sup>7</sup> *Ibid.*, párr. 34.

solicitar información sobre la temática<sup>8</sup>, 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”<sup>9</sup>.*

## 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”<sup>10</sup>, 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; 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*

---

<sup>8</sup> Organización de las Naciones Unidas. 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.

<sup>9</sup> Organización de las Naciones Unidas. Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (2013). Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, párr. 85 letra a). A/HRC/22/53.

<sup>10</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 12.1.

*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 establecimientos<sup>11</sup>, 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) del año 2001 -y también reforzado en el correspondiente del 2017- es la *desinstitucionalización* de las 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 información<sup>12</sup>- 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

---

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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.

contra la Tortura. En este mismo sentido, en el Manual de Recursos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, se especifica que

*“el artículo 7 del PIDCP<sup>13</sup> 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” (OMS, 2006).*

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 físico y emocional.

El CPT decidió realizar una visita al Hospital del Salvador de Valparaíso, teniendo en consideración que es uno de los cuatro Hospitales Psiquiátricos del país, y estando contemplada en la planificación anual. Además, se consideró la denuncia interpuesta el día 11 de mayo del año 2022, por la Ministra de Salud, que generó una especial preocupación en la opinión pública y en el CPT. De acuerdo a ello, se solicitó a la SEREMI de Salud de Valparaíso, el informe de la visita realizada por la Comisión Regional de Protección de Derechos de Personas con Enfermedades Mentales (COREPREM), de la cual se obtuvo respuesta a través de ORD. 719, con fecha 20 de julio de 2022, donde se señala que se realizó una visita al Hospital del Salvador, el día 10 de marzo del presente año, con el fin de fiscalizar sala de procedimientos para realización de terapia electroconvulsiva, cuyos hallazgos dan cuenta del incumplimiento a la norma técnica e indicando sumario sanitario. En ella se describe que *en sala de procedimientos no hay áreas clínicas señaladas, sin depósito de lavado profundo, mesas con presencia de óxido, ausencia de mesas de trabajo, ventanas que permanecen abiertas permitiendo el ingreso de polvo y vectores de interés biológico, vías de emergencia y evacuación obstruidas por objetos en desuso, no existe un protocolo de aplicación ni registro del número de TEC aplicadas y se evidencia que realizan la terapia sin anestesia ni médico anestesista* (SEREMI Valparaíso, 2022).

El Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso se emplaza en el sector de Playa Ancha, en la comuna de Valparaíso, desde finales de 1859 cuando se comienza la habilitación del lugar para funcionar como Lazareto, que anteriormente operaba en el Cerro Barón. Entre los años 1978-1881 el recinto funcionó para atender a heridos de la guerra del pacífico y a partir de 1918 se cambia su nombre a Hospital del Salvador de Valparaíso, funcionando como hospital público general hasta el año 1969. A partir de esa fecha, el recinto pasó a albergar personas con diagnóstico de salud mental. En la actualidad cuenta con cuatro unidades de atención cerrada: (1) Unidad de Corta Estadía, conformada por las salas UDD1, UDD2 y UCE; (2) Unidad de Mediana Estadía, conformada por las salas UME, Azocar y, Valenzuela; (3) Unidad Infante-Juvenil; y (4) Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria; encontrándose esta última ubicada al interior del Complejo Penitenciario de Valparaíso. El Hospital tiene una capacidad máxima de 87 camas para personas con diagnóstico de salud mental y 16 camas para la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria; en relación a las/os funcionarias/os administrativos, profesionales y técnicos se conoce que hasta el año 2020 contaban con 309 personas (CPT, 2021).

---

<sup>13</sup> Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

## 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 crueles, inhumanos o degradantes que afectan a personas con diagnósticos de salud mental bajo el cuidado y custodia estatal en el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso durante el año 2022.

Como **objetivos específicos** se propuso:

1. Explorar las condiciones materiales, laborales y personales en el 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. Indagar sobre la utilización de protocolos en procedimientos TEC.
5. Elaborar recomendaciones dirigidas a las diversas autoridades con competencia en la administración y funcionamiento del Hospital Psiquiátrico del Salvador, que inciden en factores asociados a la prevención de la tortura y otros tratos crueles inhumanos y 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, s.f.), más una octava propuesta por el CPT:

- (1) Régimen y actividades
- (2) Contacto con el mundo exterior
- (3) Condiciones materiales
- (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 las experiencias y opiniones de las personas con diagnósticos de salud mental, funcionarias/os y directivos del Hospital Psiquiátrico del Salvador. Se aplicaron pautas de observación y 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 se ha adelantado, la visita se efectuó entre los días martes 14 y miércoles 15 de junio del año 2022 por un grupo de profesionales del CPT, que se dividió en dos equipos, a fin de optimizar recursos

humanos. 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*

<b>Miembro/s</b>	<b>Rol</b>	<b>Funciones</b>
Javiera Canessa (Médica familiar)	Experta CPT- Líder de la visita	1. Presentación y entrevista Director
		2. Solicitud de documentación a Director
		3. Entrevistas a funcionarias/os
		4. Revisión de fichas clínicas
Yamileth Granizo (Salubrista)	Experta CPT	1. Entrevistas a Subdirector Médico
		2. Entrevistas a usuarias/os
		3. Entrevistas a funcionarias/os
Sebastián Cabezas (Abogado)	Experto CPT	1. Entrevista a abogado
		2. Entrevistas a funcionarias/os
		3. Pauta de observación
Carlos Baeza (Trabajador Social)	Experto CPT	1. Entrevistas a usuarias/os
		2. Entrevistas a funcionarias/os
		3. Pauta de observación
María Rosario Beltrán (Psicóloga)	Encargada de visita – Equipo de profesionales CPT	1. Encargada preparación documental, logística y operativa de la visita
		2. Entrevistas a funcionarias/os
		3. Revisión fichas clínicas
Gonzalo Horstmeier (Psicólogo)	Equipo de profesionales CPT	1. Encargado preparación documental, logística y operativa de la visita
		2. Entrevistas a usuarias/os
		3. Entrevistas funcionarias/os
Germán Díaz (Sociólogo)	Equipo de profesionales CPT	1. Entrevistas a usuarias/os
		2. Entrevistas a funcionarias/os
		3. Pauta de observación
Carolina Villagra (Psicóloga)	Equipo de profesionales CPT	1. Entrevistas a usuarias/os
		2. Entrevistas a funcionarias/os
Marcela Uretra		1. Entrevistas a funcionarias/os

(Periodista)	Equipo de profesionales CPT	2. Pauta de observación
<i>Fuente: Elaboración propia</i>		

*Tabla 2 Agenda diaria de la Visita*

Día	Actividades
14/06/2022	Presentación del CPT con las autoridades del recinto
	Visita a Unidad de Mediana Estadía
	Visita Unidad Infanto-Juvenil
15/06/2022	Visita a Unidad de Corta Estadía
	Visita Unidad Mediana Estadía
	Visita a Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria
<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 funcionarios/os*; (b) *Conversaciones informales individuales y grupales*; (c) *Observación de campo* 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 14 entrevistas individuales y 16 conversaciones informales con personas con diagnóstico de salud mental, la revisión de 14 fichas clínicas; a funcionarios/os se realizó un total de 32 entrevistas individuales, 2 entrevistas grupales y 10 conversaciones informales; además de 9 observación de campo en las diferentes dependencias y unidades del centro, la cual contempla las horas de los distintos integrantes del equipo de visita. 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	14
	Entrevista grupal	2
	Conversaciones informales	16
	Revisión de fichas clínicas	14
Trabajadoras/es	Entrevista individual	32
	Entrevista grupal	2
	Conversaciones informales	10
<b>TOTAL INSTRUMENTOS</b>		<b>92</b>
Observación de campo		9
<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 encuentra el estado emocional de las/os funcionarias/os, debido a la denuncia interpuesta por el Ministerio de Salud, lo cual además generó temor e incertidumbre de participar del proceso de entrevistas. Debido a esta misma situación, durante el primer día de visita las/os funcionarias/os se encontraban en una reunión ampliada y durante el segundo día en una movilización, esto disminuyó la cantidad de personas disponibles a ser entrevistadas; sin embargo esta situación se pudo sopesar durante las tardes, cuando había mayor cantidad de funcionarias/os en ejercicio.

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 que dificultó la obtención de información para insumar lo observado y recogido por el CPT, se relaciona con el cuestionario institucional, el cual es un instrumento que permite recabar datos específicos del funcionamiento del recinto; este fue explicado al director al momento de la visita y posteriormente requerido vía correo electrónico con un plazo de 20 días hábiles, no recibiendo respuestas de la institución, por lo cual se volvió a solicitar, lo que contestan en el mes de octubre.

Por último, dado el mandato del Comité -el cual está enfocado en las personas privadas de libertad, bajo cuidado y/o custodia del Estado-, durante esta visita no se examinó la atención abierta. En esta

oportunidad tampoco se analizaron las residencias y hogares protegidos, dependientes del Hospital Psiquiátrico del Salvador.

#### 4. Dimensiones y subdimensiones monitoreadas

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

*Tabla 4 Dimensiones y subdimensiones monitoreadas*

Dimensión	Sub dimensión 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, cercanos
	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, 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 otros)
	Violencia entre usuarias/os ( violencia física, psicológica, sexual, discriminación, extorciones, amenazas, descuido o indicios de tortura o malos tratos, abuso patrimonial, entre otros )
Gestión del establecimiento y del personal	Condiciones laborales (sobrecarga, turnos, recursos, percepción valoración de su trabajo)
	Formación del personal (asimilación protocolos, formación DD.HH. 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

## 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 realizó 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 investigadores). 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 la información- 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 ha considerado el resguardo de la identidad o datos sensibles de las personas que se entrevistaron y observaron. Para ello, a



cada persona entrevistada se les explicó la función del CPT, así como el objetivo de la visita. Se utilizó una pauta de consentimiento informado en adultos y asentimiento en adolescentes, en el que se explicita -entre otros elementos- el carácter voluntario, anónimo y confidencial de la entrevista, lo cual implica que en cualquier etapa la persona puede 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 serán anonimizadas, a fin de disminuir posibles individualizaciones a 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 del Salvador cuenta con cuatro unidades de atención cerrada: (1) Unidad de Corta Estadía, conformada por las salas UDD1, UDD2 y UCE; (2) Unidad de Mediana Estadía, conformada por las salas UME, Azocar y, Valenzuela; (3) Unidad Infanto-Juvenil; y (4) Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria; encontrándose esta última ubicada al interior del Complejo Penitenciario de Valparaíso.

Los resultados se organizan en las 8 categorías de análisis antes señaladas, que dan cuenta de las distintas áreas del Hospital visitadas. La Unidad Infanto-Juvenil se analizó de manera independiente, en consideración a las características particulares de este tramo etario, así como sus necesidades especiales de protección. Asimismo, la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria también se describe de manera diferenciada, dada la situación jurídica en que se encuentran las personas en este sector, por lo que su espacio físico se encuentra apartado del Hospital, en el complejo penitenciario de Valparaíso.

Las dimensiones mencionadas a continuación en 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 observadores externos puede inhibir, modificar o fomentar ciertas disposiciones y dinámicas entre el personal de la unidad y sus labores.

### 1. Unidades de Corta y Mediana Estadía

#### 1.1. Régimen y Actividades

La evaluación de esta dimensión es relevante como una forma de prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas y degradantes, observándose especialmente el ingreso y segmentación de las personas con diagnóstico de salud mental, las actividades que realizan en los centros de salud, así también el contacto que tienen con el mundo exterior, dado que es un punto relevante sobre el trato y las condiciones de vida. Lo anterior, está en correspondencia con los derechos humanos que les asisten a las personas con diagnóstico de salud mental, específicamente sus derechos de salud (ART. 25 de la CDPD), así como el derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 28 de la CDPD), entre otras.

##### *1.1.1. 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.*

En cuanto al ingreso de las personas con diagnósticos de salud mental al Hospital, se valora que no existan criterios de exclusión para el ingreso -tales como género, edad, etnia, religión, entre otros-, más allá de recibir solo a personas pertenecientes al seguro público de salud FONASA, por ser un hospital público. En este sentido, las/os funcionarias/os informan principalmente tres vías de derivación: (1) Desde la Atención Primaria de Salud (APS) o desde el mismo Policlínico del establecimiento; (2) Desde los servicios de urgencia de la zona de Valparaíso y San Antonio u otros Hospitales de la red (mayoritariamente del Hospital Carlos Van Buren); y (3) Por orden de tribunales, ya sea por ingresos administrativos o forenses.

En cuanto a listas de espera, se destaca una gestión de las derivaciones acorde a la capacidad del centro, lo cual queda a cargo de la enfermera gestora de camas; al no tener cupos disponibles en el centro, se intenta gestionar un espacio, a través de la evaluación de posibles altas u otras alternativas. De no ser posible -y el paciente encontrarse grave- se deriva al servicio de urgencia del Hospital Van Buren, hasta que se desocupe una plaza.

Es relevante destacar que se realizaron adaptaciones para el ingreso de las personas, con el fin de evitar brotes de Sars-CoV-2 dentro del Hospital, ya que anterior a esta, las/os pacientes ingresaban a la sala UCE, en habitaciones compartidas, donde se les realizaba la evaluación inicial y las distintas intervenciones necesarias para compensar su cuadro agudo. Posteriormente, eran derivadas a la sala intra hospitalaria correspondiente o dadas de alta, en caso de no requerir mayores cuidados en salud. Durante la emergencia sanitaria, ajustaron los flujos de ingreso como se detalla a continuación: todas las personas ingresan a la sala UDD1 -que tiene 8 habitaciones individuales-, donde las evalúa la/el médica/o de turno, quien define si es pertinente el ingreso y se les realiza una PCR de entrada (día primero) y de salida (al quinto día). En caso de tener PCR de ingreso negativa y requerir menor supervisión, pueden ser trasladadas transitoriamente a UDD2, dependencia que también fue adaptada para realizar aislamientos preventivos, ya que cuenta con 4 habitaciones individuales; sin embargo, solo tiene 1 baño y el equipo de salud disponible es más pequeño que UDD1. Luego, y solo en caso de tener PCR de salida negativo y camas disponibles, las personas son derivadas a la unidad correspondiente a sus necesidades. A pesar de que estas adaptaciones han tenido un fin preventivo, han existido dificultades en el tiempo en que las personas permanecen aisladas, ya que, según entrevistadas/os, esto se prolonga por falta de plazas disponibles en las otras unidades, lo cual se evidenció al momento de la visita que, las/os cuatro pacientes en UDD2 tenían PCR negativas de salida y llevaban 7, 8, 11 y 12 días en aislamiento, encontrándose en espera de plazas disponibles en las unidades correspondientes.

En cuanto a la clasificación y segmentación al interior del Hospital, se realiza según edad y necesidades de intervención; las personas menores de 15 años son derivadas a la unidad Infanto-Juvenil; y por su parte, las personas iguales o mayores de 15 años se distribuyen en las unidades de Corta y Mediana Estadía, según el diagnóstico psiquiátrico que presenten, sin hacer diferencias por su edad. Esta situación es de especial preocupación para el Comité, dado que adolescentes de 15 a 17 años, comparten salas y dormitorios con personas adultas. En relación con esto último, diversas/os funcionarias/os señalan que sería óptimo crear una sala transitoria para este segmento etario, reconociendo que en ocasiones la convivencia entre adolescentes y personas adultas se complejiza, por lo que ellas/os mismas/os intentan segmentarlas/os en habitaciones por edades similares; identificando que la creación de esta nueva sala ayudaría a resguardar a las personas y poder responder a sus necesidades de manera más especializada: *“después de los 15 se van a la sección de adultos y eso los pone en situación de vulnerabilidad, sumado a que ya muchos de ellos han sido vulnerados. Debiera existir una sección de adolescentes”* (funcionaria/o), mientras que otra/o funcionaria/o señala:

*“la ministra dice niños con adultos, si, es una realidad, todos los sabemos, el director mandaba carta, mandaba carta y no, que tiene que tenerlos, no me importa cómo. Yo estaba ahí cuando empezaron a mandarlos, hace 6 años atrás, a niños del Sename, pero teníamos que tenerlos. No daban recursos ni menos la posibilidad de tener un nuevo pabellón” (Funcionaria/o).*

En cuanto a la segmentación por sexo de las personas ingresadas, se visualiza que únicamente las salas Azocar y Valenzuela -parte de la Unidad de Mediana Estadía- presentan una diferenciación, siendo de mujeres y hombres respectivamente, mientras que las otras unidades serían mixtas. Es posible señalar que las habitaciones de las salas UME, UDD1 y UDD2 son individuales, mientras que las habitaciones de la sala UCE son compartidas y mixtas. En estas últimas, las/os mismas/os funcionarias/os intentan hacer una segmentación por sexo y motivos de ingreso, además de relatar que en caso de ingresar una persona trans o de otra disidencia sexogénérica, se intenciona su hospitalización en ellas.

### *1.1.2. 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 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 el Hospital proporciona espacios y recursos para que las personas puedan interactuar entre ellas, pudiendo acceder a los distintos espacios dentro de la sala en que se encuentren, acudiendo a los lugares destinados a recreación -sala con televisión, sillones- comedor, como también a sus dormitorios en cualquier momento del día. Asimismo, pueden acceder al patio de cada sala bajo supervisión de las/os funcionarias/os. Además, en sala Azocar cuentan con un espacio especial para fumadoras/es, el cual es utilizado cuando las condiciones climáticas son adversas. Por situación sanitaria, está restringido salir a otros lugares dentro del Hospital, excepto para realizar actividades supervisadas, tales como deportes en la cancha de fútbol o compras en el almacén dentro del recinto.

Si bien en las salas mixtas, se aprecia una adecuada interacción entre las personas de distinto sexo- género, en las salas Azócar y Valenzuela esto está prohibido, restringiéndose cualquier tipo de interacción con otros; incluso, según reportan funcionarias/os entrevistadas/os, en el sector de patio en que se podía mirar de un espacio al otro, se hicieron obras para bloquear la visibilidad entre ambas salas, con el fin de resguardar conductas “sexualizadas” que se producían en estos sectores.

Sobre el uso del tiempo relacionado al régimen de internación, el equipo de salud establece rutinas claras en sus planes de cuidado, relacionadas con la hora de despertar, higiene, y alimentación. No obstante, se observa una disímil planificación de actividades clínicas y recreativas entre las salas; mientras en la Unidad de Mediana Estadía existe una mayor oferta, debido al modelo de intervención y al mayor tiempo de hospitalización en que se encuentran estas personas, donde se han realizado talleres para el desarrollo de habilidades sociales o aspectos prácticos de la vida diaria, como el manejo del dinero; en contraposición, se observa que en la Unidad de Corta Estadía, el foco está puesto en la compensación de la patología aguda, por lo que las actividades recreacionales son menores debido a la falta de personal disponible y capacitado para realizarlas, lo que interfiere en la programación de más contenidos y retrasa el cumplimiento de los

objetivos terapéuticos, la rehabilitación, el desarrollo de habilidades e inserción de las personas en su comunidad.

Es de preocupación, que, en la construcción y desarrollo de los planes de cuidado integral no existe participación activa de las personas con diagnósticos de salud mental, sin perjuicio de que los equipos -una vez establecido el plan- refieren conversar con ellas/os, responder sus dudas y realizar los ajustes pertinentes.

En síntesis, y atendiendo a los estándares referidos al régimen y actividades, el CPT **evalúa este componente como “parcial”**, lo que implica que hay importantes desafíos, aún pendientes, para acortar la brecha entre lo observado y lo esperado en la materia; principalmente con relación a la segmentación de adolescentes de entre 15 a 17 años, siendo menester la diferenciación con la población adulta, así como una menor planificación de actividades de recuperación y recreacionales en unidades de corta estadía.

## 1.2 Contacto con el mundo exterior

Esta dimensión está en correspondencia con los derechos humanos que les asisten a las personas con diagnóstico 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 incluido en la comunidad (ART. 19 de la CDPD), así como en el 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 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 los 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.*

### 1.2.1. Contacto con familiares y amigos

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, los cuales tienen horarios delimitados, lo que son establecido por cada sala, por ejemplo, en Unidades de Corta Estadía es de 15:30 a 18:00, y en Unidades de Mediana Estadía, los llamados duran hasta las 19:30. Además las personas pueden usar el teléfono en cualquier dependencia, lo que les brinda privacidad si lo necesitan; sin embargo, ellos no pueden tener teléfonos propios; en ello, se observan dificultades, ya que al poseer solo un teléfono por sala, se concentran las llamadas en un mismo horario, lo que dificulta el acceso para todas las personas. En el mismo sentido, el uso de internet está restringido, existiendo computadores del centro que las personas pueden ocupar, previa autorización.

Se destaca también la recepción de encomiendas sin restricción de días u horarios, las que son supervisadas por las/os funcionarias/os y sujetas a condiciones sanitarias y de seguridad, registrando todos los productos en un formulario firmado; cabe señalar que se prohíbe el ingreso de alimentos que pueden afectar la salud de las personas, y elementos cortopunzantes que pueden usarse para auto o hetero agresión; comentando una/un funcionaria/o “vienen a portería, nosotros salimos a recibir al familiar, vemos que pueden ingresar o no. Les

*mandan muchas golosinas, de repente paquetes grandes, les pedimos cosas no tan grandes, son muy sedentarios o tienen diabetes” (Funcionaria/o).*

No obstante a lo expuesto anteriormente, se observa con preocupación que el establecimiento mantiene suspendido el contacto directo con familiares y amigas/os desde el inicio de las restricciones sanitarias. Si bien, hubo un intento por restablecer el régimen de visitas en octubre del 2021, esto se suspendió, tanto por medidas de seguridad (en sala Valenzuela detectaron el ingreso de drogas hacia un paciente); y por falta de personal que supervisara el adecuado cumplimiento de las medidas sanitarias (mantención de distancia y uso de mascarillas).

Solo en Unidades de Mediana Estadía, las personas pueden salir los fines de semana, lo que es evaluado por el equipo tratante, y en coordinación con las familias. Sin embargo, esta medida se aplica a pocas personas, condicionado tanto la disponibilidad de una tutora o tutor o familiar ya evaluada/o que pueda asumir responsabilidades, como a la estabilidad y avances del tratamiento que llevan las personas. Cabe señalar que el traslado a dichas salidas es por cuenta propia, dado que el recinto hospitalario no cuenta con transporte para facilitar la movilización de las personas con diagnóstico de salud mental.

Frente a situaciones en que las familias de las personas no establezcan contacto por un periodo de tiempo prolongado, las funcionarias/os del área psicosocial incentivan una reanudación del contacto por medio de llamadas telefónicas y/o videollamadas.

### *1.2.2. Contacto con la comunidad*

Según reportan las/os funcionarias/os, previo a las restricciones sanitarias, las personas podían salir a ferias y realizar paseos de manera frecuente. Asimismo, concurrían al Hospital organizaciones de ayuda a las personas con diagnóstico de salud mental, entre ellas “las damas de azul”, que visitaban a las/os pacientes y las/os ayudaban entregándoles distintos artículos de higiene, ropa, entre otras. Sin embargo, a raíz de las restricciones por medidas sanitarias, estas instancias se vieron mermadas. Solo en la unidad de mediana estadía, se han reanudado actividades como salidas a lugares para comprar y paseos a la playa cercana, los cuales siempre son acompañadas/os por una/un referente o funcionaria/o.

En el mismo sentido, si bien existen convenios con universidades de la región para pasantías de estudiantes, quienes realizaban actividades terapéuticas y recreativas, supervisadas por los profesionales del recinto, también se encuentran suspendidas.

Respecto a la implementación de estrategias para conectar a las personas con los recursos comunitarios, las/os entrevistadas/os refieren que se han realizado capacitaciones para inserción laboral, sin embargo, esto no ha sido una práctica generalizada y sistemática. En este sentido, dan cuenta de una experiencia excepcional, en que una persona actualmente cursa estudios superiores, a quien se le facilitan las condiciones para estudiar (uso de computador, espacios de lectura, ausentarse a los talleres), manteniendo la supervisión de su tratamiento.

Para favorecer el acceso a la información, se realizan talleres grupales donde se abordan temas de actualidad, así también pueden debatir temas contingentes. Sin embargo, se observa una escasa habilitación de dispositivos que permitan a las personas mantenerse informadas/os, dado que los televisores de cada sala, no tienen señal de antena, lo que dificulta ver noticias y programas que puedan brindar información, por lo que este recurso lo ocupan solo viendo películas, a través de internet facilitado por las/os funcionarias/os. En general, no existe acceso a internet, excepto en Unidad de Mediana Estadía, donde está habilitada una sala de computación.

En resumen de lo observado y recogido en visita, y atendiendo los estándares referidos al contacto con el mundo exterior, el CPT **evalúa este componente como “insuficiente”**, ya que se detectan falencias que

preocupan de especial manera al Comité, relacionadas con la suspensión de las visitas, generando aislamiento e interferencia en su vinculación con el entorno, como también de recibir soporte afectivo y la posibilidad de expresar necesidades con sus familias de manera directa, todo lo cual es de suma relevancia para su salud mental de las personas. Se observan escasos medios de comunicación 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 contingencia nacional y mundial que les permita mantenerse orientados y conectado al entorno y las dinámicas sociales. Además, se aprecia una ausencia de contacto con instancias ajenas al Hospital que promuevan la vinculación con el medio externo, que favorezca una apertura del sistema de intervención y permita una retroalimentación del medio.

### 1.3 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, existencia de plagas y vectores, 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” (Funcionaria/o).*

#### 1.3.1. 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 se ubica en un amplio terreno, contando con áreas verdes al interior, las que se aprecian bien mantenidas, limpias y con mobiliario adecuado para el uso de las personas hospitalizadas y funcionarias/os. Desde la entrada al recinto, se encuentran distintas dependencias que son parte de la edificación histórica, ocupadas por los servicios de recepción, atención psicosocial ambulatoria, farmacia, entre otras. En ellas, considerando la antigüedad de estas, se aprecian falencias graves de infraestructura, las cuales van desde problemas en el sistema eléctrico, problemas de cañerías y presión de agua, hasta el riesgo de derrumbe, incendio u otros imperfectos.

Las unidades de atención cerradas, se emplazan en una serie de edificios construidos el año 1975. Sin embargo, según refieren algunas/os funcionarias/os *“esta remodelación no fue pensada para un hospital psiquiátrico, por lo tanto, está lleno de vidrios y ventanales. La verdad que se han hecho bastantes arreglos, reparaciones, pero todavía tiene falencias”* (Funcionaria/o). Aunque las condiciones materiales difieren levemente entre las distintas unidades, pesquisando que entre las/os funcionarias/os hay un consenso generalizado que es necesario mejorar la infraestructura del recinto:

*“La infraestructura es insuficiente: los techos tienen asbesto y se filtran, la pintura está en mal estado, es muy helado en invierno y no hay calefacción, yo ya he tenido 2 neumonías, mala aislación. Se deberían cambiar los techos, hay*



*un proyecto para el 2º semestre, pintar de nuevo el centro, poner un sistema de calefacción, mejorar la aislación, las cañerías y griferías, se tapan muy frecuentemente los baños, porque son antiguas, la electricidad, los cortes de luz también son frecuentes, sobre todo en invierno, comprar nuevos computadores para personal” (Funcionaria/o).*

Dentro de las falencias detectadas, es posible referir una seria deficiencia en la red eléctrica, afectando tanto la iluminación del recinto como el uso de cámaras de seguridad, ya que al fallar, además de su función de monitoreo y vigilancia, se ve interferido el registro, lo que pudiese generar y propiciar situaciones de riesgo para las/os usuarias/os *“es jodido porque la cámara de seguridad también está conectada a la red eléctrica y el calefón también funciona con electricidad y ha sido todo un problema este asunto”* (Funcionaria/o). Otro de las dificultades graves observadas en esta área, se asocia a las techumbres, debido a su deterioro producto de la erosión del aire, como de las heces de aves, lo que generaría filtraciones de agua cuando llueve.

En cuanto a la adecuación del recinto para personas con movilidad reducida esta es insuficiente, observándose que las salas no cuentan con pasamanos para apoyar traslados, existen desniveles sin rampas, los caminos fuera de las salas se encuentran desnivelados. En este punto, las/os funcionarias/os mencionan que es necesario reparaciones en este ámbito ya que estas generan limitaciones y dificultades el trabajo con ciertas personas hospitalizadas:

*“En la infraestructura para personas con movilidad reducida estamos al debe totalmente. O sea, yo, por ejemplo, cuando tengo que llevar algunos pacientes en silla de ruedas o que están con alguna ayuda técnica a la cancha, que es donde yo más hago actividad, es difícil hacerlo. Los pavimentos están malos, no está totalmente delimitado el acceso para llegar allá, por ejemplo, y aquí en esta sala, por ejemplo, no podríamos tener una paciente que usará silla de ruedas como las habitaciones están en el segundo piso, no se podría llevar. Ya tendría que requerirse personal para que lo tomen en brazos y llevarlo, y eso finalmente es riesgoso”* (Funcionaria/o).

Para la mantención de la infraestructura y áreas verdes, el recinto cuenta con aproximadamente 5 maestros que están contratados 44 horas semanales, cuya función es reparar y mantener lo que haga falta. Sin embargo, su trabajo es insuficiente ante reparaciones de carácter más estructural que deben hacerse.

Otro aspecto a mejorar, es la mantención de mobiliarios en las áreas de recreación de cada sala, donde incluso en sala Azocar los sillones no tienen ningún tipo de acolchado. Los recursos de recreación son limitados, incluso las televisiones de las salas dependen del internet compartido por las/os funcionarias/os, ya que no cuentan con señal de antena abierta o de cable particular. Si bien en la sala de mediana estadía existen mayores recursos de recreación disponible, en salas de corta de estadía estos se encuentran en menor cantidad.

Respecto a los dormitorios, la cantidad de residentes por habitación es variable, observando salas individuales y otras compartidas con hasta doce personas. Si bien existen dormitorios y baños mixtos, se intentan separar por sexo, tomando algunas medidas para resguardar la privacidad de las personas, como la instalación de biombos.

Como recursos destacados, es posible mencionar que en los dormitorios, todos los usuarios tienen su cama y un lugar para guardar sus cosas -closet o locker-, observándose un buen estado de conservación en general:

*“Cada persona tiene una cama, están en buen estado. La cantidad mínima y máxima depende de la sala: por ejemplo en UDD son dormitorios individuales porque están en aislamiento, en UME son dos máximo por pieza, en UCE son 12 camas en 1 habitación, pero hay biombos que separan cada dos camas, en Azocar y Valenzuela son 6 máximo por pieza, con biombo cada 3 camas”* (Funcionaria/o).

Asimismo, las salas presentan un diseño que promueve la interacción entre las personas con diagnóstico 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 y al carácter institucional de las dependencias. Además, existen patios en algunas salas -Mediana Estadía, Azocar y Valenzuela- con suficiente espacio y en adecuadas condiciones de mantenimiento donde las personas se reúnen, teniendo la implementación necesaria para ello. Se debe indicar también que, al conversar con las personas con diagnóstico de salud mental, estos tienen una buena valoración de las condiciones materiales del recinto y de su comodidad. Varios de ellos señalan sentir que tienen todo lo necesario y que no pasan mayores inconvenientes.

### *1.3.2. 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 se encuentra limpia y en buen estado; (4) la cocina se limpia con regularidad.*

Respecto a la alimentación, se valora de manera positiva la existencia de un plan acorde a las necesidades de las personas hospitalizadas, definido por especialistas, con adecuados espacios para el consumo. Los horarios de comidas están definidos, entregándose 5 comidas diarias -desayuno, colación de media mañana, almuerzo, colación de tarde y cena- en las que se consideran y respetan necesidades de dieta especial. En este sentido, las/os pacientes y funcionarias/os evalúan en general de manera adecuada la alimentación en el recinto; no obstante, algunas personas refieren quedar con hambre causada como efecto de los medicamentos.

Con relación al agua cabe destacar que las/os funcionarias/os si bien señalan que esta es potable y la que consumen las personas con diagnóstico de salud mental, esta no sería agradable al gusto, presentando una preocupación por su estado.

### *1.3.3. 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.*

La iluminación al interior de cada sala es suficiente y agradable para las personas, presentando problemas únicamente debido al suministro eléctrico antes mencionado. En general todos los espacios están limpios y ordenados, existiendo personal de limpieza en cada dependencia. Las personas con diagnóstico de salud mental, también contribuyen al orden de sus piezas.

Respecto a plagas, dentro de las salas no se reportan, sin embargo, por los patios se han visto roedores, lo cual regulan a través de empresas externas de control de plagas.

Como puntos de preocupación para el Comité, se observa la ausencia de un sistema adecuado de calefacción, en la cual las salas se mantienen la mayor parte del tiempo heladas, lo cual puede propiciar problemas de salud a las personas hospitalizadas y/o a las/os funcionarias/os.



### 1.3.4. 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).*

Se destaca en cuanto a la ropa de cama, que existe disponibilidad para todas las personas y se observa limpia y en buen estado de conservación. Asimismo, pueden tener su propia ropa y vestirse de acuerdo a su preferencia, mientras sea acorde al clima. Algunas personas que han llegado al Hospital sin los implementos suficientes, han recibido ayuda de “Damas de Azul” y de las/os mismas/os funcionarias/os.

Respecto a los baños, si bien se observaron limpios, estos mantienen deficiencias en relación a filtraciones de agua, humedad, inodoros sin tapas ni asientos, falta de puertas, así como también deficiencias para permitir el acceso y uso para personas con movilidad reducida. Asimismo, según refieren las/os funcionarias/os, estos han presentado fallas de alcantarillado, problemas de desagüe en inodoros, llaves en mal estado; mencionan también que, se han presentado recurrentes problemas en la calefacción del agua para ducharse -calefont- los que si bien han sido reparados, estas demoran, exponiendo a las personas a asearse con agua fría, estas han sido reparadas. No existe un acceso para personas con movilidad reducida. Los artículos de aseo (champú, pasta de dientes, toallas sanitarias, etc.) son aportados por las mismas personas y quienes no tienen, se les compra con el dinero de ellos mismos (por pensiones) o reciben apoyo de organizaciones (Damas de Azul).

### 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 cada habitación exista un armario para cada paciente, donde pueden manejar candados para resguardo de sus pertenencias. Asimismo, se destaca que las personas pueden recibir llamadas de manera privada. Cuando estaban permitidas las visitas, estas también podían disponer de lugares para conversar de manera más íntima.

No obstante, existen deficiencias en propiciar espacios que permitan el resguardo de la personas, especialmente en las que comparten adolescentes con adultos y en aquellas que son mixtas. Respecto a esto, solo las salas Azócar (mujeres) y Valenzuela (hombres), son de carácter unisex, donde comparten 6 personas por habitación. En ellas, las personas no tienen espacios a solas si necesitan cambiarse ropa, por lo que algunas optan por cambiarse en el baño, donde sí pueden ingresar solas/os. Si bien existen biombos, estos son insuficientes para asegurar su privacidad.

En cuanto a las medidas de seguridad, el recinto cuenta con extintores en cada sala, de fácil acceso y con mantención al día. Además, existen cámaras de seguridad al interior de las diferentes unidades siendo esto monitoreado las 24 horas, a fin de evitar situaciones de riesgo ocasionadas por las propias personas con diagnóstico de salud mental. No obstante, se observa que el Hospital tendría dificultades en la capacidad de resistir adecuadamente siniestros naturales o incendios debido a su antigua y deteriorada infraestructura.

En el mismo sentido, a pesar de que las/os funcionarias/os refieren la existencia de medidas de seguridad frente a catástrofes:

*“Sí hay planes, ante temblor, incendio, cortes de luz. Por ejemplo, en un terremoto, tenemos una mochila con cosas, insumos. Hay un plan de evacuación en caso de incendio. En terremoto los sacamos al primer patio de acá, si sigue nos vamos al gimnasio de la UPLA. Se empieza con los pacientes más complicados, la UCE, Azoocar, Valenzuela, nosotros esperamos abajo porque todos son autovalentes. Los pacientes se sienten seguros, se les pide calma, paciencia, una frazada cada uno y les llevamos sus cigarrillos. En el año 86, me tocó turno de noche, sin protocolo, ahora está todo normado”* (Funcionaria/o),

las personas con diagnóstico de salud mental desconocen qué hacer frente a algún siniestro *“yo saldría al patio, pero no sé qué hacer”* (Persona con diagnóstico de salud mental).

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a las condiciones materiales, el CPT **evalúa este componente 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 deterioro de las instalaciones, y los factores de riesgo que se observan para las/os usuarias/os y la de sus funcionarias/os, así como la ausencia de estrategias estables y de mayor impacto frente a la privacidad de las personas, especialmente en salas que se encuentran adolescentes junto a adultos y en aquellas que son mixtas.

## 1.4. 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”.*

Siendo por ello relevante observar esta dimensión, dadas las características del recinto y de su principal objetivo que es la salud mental.

### 1.4.1. 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 usuario; (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 y en caso de solicitarlas de manera espontánea, estas son respondidas con prontitud por parte de las/os funcionarias/os. Para acceder a estas prestaciones, las personas deben ser evaluadas por una/un médica/o quien dará las indicaciones necesarias. En este sentido, se valora lo comentado por las/os funcionarias/os, en relación con la prontitud en que se atienden las solicitudes de las/os pacientes, lo que ocurre generalmente en el mismo día y cuando el caso lo amerita, solicitando

interconsultas externas, todo lo cual queda registrado en su ficha clínica. En estos casos, es el médico quien prescribe los medicamentos, la enfermera los revisa y TENS administra.

Por la actual situación sanitaria, se cuentan con un médico general 24 por 7, aumentando la capacidad de respuesta *“En el corto plazo tienen acceso a la mayoría de profesionales, o sea, no pasan más de 24 horas, creo yo, en que en que alguien resuelva algo del equipo”* (Funcionaria/o). No existen registros de que este Hospital haya negado la atención de salud a alguna persona.

Otro elemento bien valorado, es que cada persona hospitalizada cuenta con una ficha médica personal, así como un plan integral e individualizado, el que se revisa de manera periódica *“Tienen un plan de rehabilitación integral, el cual involucra todas las áreas que hay que intervenir de acuerdo a los diagnósticos. Nosotros todas las semanas revisamos los planes, y el paciente tiene una vez al mes la revisión del plan”* (Funcionaria/o). Esto es corroborado por el registro en las fichas clínicas revisadas.

El establecimiento tiene capacidad para atender procedimientos de salud de baja complejidad, tales como instalación de catéter y curaciones, además de los servicios especializados en salud mental. En caso de que una persona requiera de atención más compleja, se coordina con la Red de Atención Primaria de Salud. Además, como parte del tratamiento de algunos pacientes, se realizan Terapias Electro Convulsivas (TEC) (hasta el mes de marzo); no obstante, no se realizan psicocirugías, ni esterilizaciones.

Como dificultad en esta área, las/os funcionarias/os refieren que las atenciones de urgencia, que son derivadas en su mayoría al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, mantienen un tiempo de espera excesivo, lo que atribuyen tanto a la sobrecarga asistencial como a prejuicios que las/os profesionales de estos servicios tienen frente a las personas con diagnóstico de salud mental. Esta situación afecta el bienestar general de las personas, además de interferir en lo operativo del Hospital del Salvador, dado que requiere el acompañamiento de una/un funcionaria/o quien deja de lado las actividades al interior del recinto. Esta situación, además genera que las personas que asisten a urgencias deban regresar a sala de aislamiento SARS-CoV-2 desajustando sus rutinas. Ante la necesidad de contar con procedimientos tales como exámenes e imágenes, han contado con derivaciones al Hospital Dr. Eduardo Pereira en el que han tenido una adecuada interacción.

#### *1.4.2. 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 médico u otro 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, médico general, enfermeras/os, terapeutas ocupacionales, TENS, psicólogos, kinesióloga/os, entre otras), cuenta con las competencias necesarias para brindar una atención especializada. Sin embargo, según reportan las/os profesionales existe un déficit en la cantidad funcionarios en relación con las necesidades de atención, lo que se ve agravado por licencias frecuentes, afectando principalmente en la organización y sobre carga laboral *“faltan psicólogos, psiquiatras, Terapeutas ocupacionales, mayor implementación para realizar psiquiatría comunitaria, para vincular el medio con el paciente”* (Funcionaria/o).

Asimismo, las/os funcionarias/os dan cuenta de la necesidad de contar con más capacitaciones, especialmente en el manejo de crisis, suicidio y otras situaciones asociadas al trato hacia las personas *“Al personal le falta capacitación, sobre todo en temas de contención, trato, manejo del suicidio”* (Funcionaria/o).

#### *1.4.3. 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 médicos, se valora de manera positiva que cada sala cuenta con un almacenamiento que permite mantener de manera individualizada los psicotrópicos administrados a cada paciente. Las oficinas de atención se mantienen ordenadas y con la privacidad suficiente para las patologías atendidas, sin embargo, los problemas de infraestructura son transversales en todas las dependencias del recinto (como se señaló anteriormente), donde además, las dependencias para estos procedimientos son poco espaciales, contando con deficientes espacios de diferenciación de áreas limpias y sucias o lugares de descanso para el personal de turno.

Disponen de camillas, monitores de signos vitales, pesas, electrocardiograma, desfibriladores, entre otros equipamientos básicos. En cuanto a la disponibilidad de fármacos, cuentan con buen arsenal para el manejo de patologías psiquiátricas, pero menor disponibilidad de medicamentos o insumos para el tratamiento de otras condiciones de salud general o situaciones de emergencia, como implementos para realizar curaciones de herida o antibióticos endovenosos, lo que aumenta la necesidad de derivaciones.

*“Se podría mejorar el arsenal farmacológico, los insumos y la canasta de exámenes, y así mejorar la calidad de las atenciones. Es un Hospital muy pobre. No hay ningún antibiótico endovenoso y no tengo cefadroxilo oral, tampoco Bromuro de ipratropio, el paracetamol se acaba con frecuencia, solo tengo lactulosa como laxante [...] Respecto a los exámenes, tenemos los básicos, que se procesan en el Hospital Eduardo Pereira y están disponibles generalmente al día siguiente: tales como hemograma, vhs, coagulación, grupo sanguíneo, glicemia, función renal [...] pero nos falta: T4L, PCR, Test de sangre oculta en deposiciones, dímero D, troponina y niveles de vitamina D, B12 y ácido Fólico, tampoco tienen disponible imagenología” (Funcionaria/o)*

#### *1.4.4. Promoción, prevención, control y manejo de enfermedades (transmisibles y no transmisibles)*

*Estándares evaluados: 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.*

Como medidas de prevención de enfermedades, a las/os pacientes habitualmente se les realiza exámenes preventivos al ingreso, permitiendo detección precoz de ciertas condiciones de salud que puedan complejizarse con el transcurso del tratamiento psiquiátrico, las que se intentan manejar en el mismo recinto, o se gestionan las derivaciones a los establecimientos de la red de atención. El registro y resultado de los exámenes practicados, quedan registrados en las fichas de cada paciente. Por otra parte, han podido acceder a vacunaciones de enfermedades estacionarias y por SARS-CoV-2 para toda la población y funcionarias/os, “se realizan operativos cada cierto tiempo, para SARS-CoV-2 e influenza. APS las entrega y enfermeras del centro las administran” (Funcionaria/o).

En cuanto a la promoción y asesoría de salud con las personas, preocupan las escasas instancias sistematizadas y generalizadas a todas/os las/os pacientes, centrándose principalmente en orientación durante las atenciones individuales.

En el mismo sentido, respecto a la salud sexual y reproductiva, si bien se observan algunas coordinaciones para realizar exámenes frente a sospecha de infecciones de transmisión sexual (ITS), atención ginecológica y/o indicación de métodos anticonceptivos, existe una deficiente incorporación de esta área en los planes de cuidado:

*“La enfermera de sala se encarga de hacer las coordinaciones y llevar a pacientes a CESFAM y se hace el control con el médico o la matrona de ella. Y si se da la oportunidad, la que se quiera poner la inyección o usar pastilla. También con coordinaciones con ETS, en ese caso también nosotros, llegaban los pacientes, algunos se les da la evaluación médica si necesita, la no sé, salió con sífilis. Nosotros hacemos los exámenes aquí nomás, pero lo procesa Pereira las muestras” (Funcionaria/o)*

De acuerdo con lo anterior, se indaga que prevalece una mirada asociada a lo normativo, por sobre una visión integral respecto a la sexualidad como parte de la salud mental de las personas, persistiendo un discurso sancionador de parte de funcionaria/os

*“Se conversa que hay ciertos límites, que aquí se viene, se viene a rehabilitar y no a pololear, pero si alguien declara que se gustan, quiere pololear, hemos tenido que ceder, pero el sexo tiene que ser fuera de acá y ojalá cuando ya estén en fase de alta, ellos son libres de decidir afuera y de la educación sexual y todo y uso de esos sistemas de prevención” (Funcionaria/o).*

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a salud, el CPT **evalúa este componente como “parcial”** evaluando que la preparación y conocimiento profesional respecto a la salud mental de las personas, es altamente favorable, lo que promueve los procesos de recuperación. No obstante, existen algunas materias de preocupación, tales como un deficiente abastecimiento de medicamentos que permitan una atención médica de mayor calidad. Asimismo, la sobrecarga laboral puede generar mayor estrés en las/os funcionarias/os y dificultad en las atenciones de salud. Por otro parte, preocupa las esperas excesivas de las personas con diagnóstico de salud mental que acuden a servicio de urgencias en la red pública. Además, es posible visualizar una mirada limitada de la salud sexual de las personas que interfieren la intervención integral de salud.

## 1.5 Medidas de protección

En 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)

### 1.5.1. 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 complementar tales como la psicoterapia; (6) Las personas están informadas sobre el propósito de los medicamentos que se ofrecen y sus potenciales efectos secundarios.*

Como orientación hacia las personas respecto a políticas y procedimientos del Hospital, se les proporciona un consentimiento informado, como también un protocolo de ingreso donde se explicitan las reglas. Asimismo, se observa que existe información visible relacionada a los derechos de los pacientes a través de afiches informativos en sala UME y Azócar.

A pesar de lo anterior, según refieren las/os pacientes, no existen instancias formales de reiteración u orientación en relación a las reglas del recinto durante el transcurso del tratamiento, lo que se hace necesario ya que se pesquiza que las personas señalan no recordar debido a los efectos propios de su patología y la medicación recibida. Si bien, el personal refiere estar disponible para orientar a los pacientes frente a las dudas que estos puedan tener, no existe un registro escrito de ello.

Se aprecian esfuerzos por mantener a las personas y sus familias informadas sobre sus diagnósticos, tratamientos y efectos de la medicación administrada, de esto se encarga generalmente la/el médica/o tratante, lo que es bien valorado por las/os pacientes *“El psiquiatra me explicó el tratamiento, los remedios, sé para qué sirven”* (Persona con diagnóstico de salud mental). Sin perjuicio de lo anterior, no se observa una transmisión sistemática sobre opciones de tratamiento alternativas a la medicación, ni instancias de monitoreo permanente y proactivo, que permitan asegurar la comprensión de las personas y la toma de decisión libre e informada. Además, se restringe información en aquellas personas hospitalizadas que puedan reaccionar de manera desfavorable, por información que no sea de su agrado relacionada con el tratamiento.

En cuanto a la ficha clínica, esta puede ser leída junto a las personas; sin embargo, no se les entrega esta. Los familiares podrían acceder a ella si lo necesitan, lo que es autorizado por la/el médica/o tratante; todo ello con el fin de mantener resguardo tanto de la información ingresada como de la privacidad de las personas.

### *1.5.2. 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 de libros de reclamo, sugerencias y felicitaciones disponibles en cada sala para las personas como también para sus familiares, lo que es revisado y gestionado por la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS); sin embargo, este canal de comunicación presenta una serie de dificultades, entre ellas que requiere las habilidades de lecto escritura, quedando en desmedro aquellos que no tienen esa capacidad. Por otra parte, queda a disposición de todas las personas, por lo que no existe privacidad en los reclamos. Además las personas refieren desconocer las consecuencias de sus requerimientos, como tampoco conocen a los otros estamentos o autoridades del Hospital, aparte de las salas en que se encuentran.



A su vez, preocupa al Comité la falta de claridad en cuanto a los procedimientos y protocolos a seguir ante situaciones de vulneración de derechos, existiendo en las/os funcionarias/os nociones parciales de los pasos a seguir frente a situaciones de mayor gravedad.

### 1.5.3. 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 requerirse; (3) Las personas tienen acceso a defensores, para ser informados de sus derechos, discutir los problemas y ser apoyados en el ejercicio de sus derechos humanos y la presentación de apelaciones y quejas; (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.).*

En esta área, se recoge en las entrevistas que los hechos constitutivos de delitos se deben documentar e informar de manera expedita, tomándose las medidas disciplinarias y legales contra personas que cometan actos de maltrato o vulneraciones, acorde a los estatutos administrativos. Asimismo, algunas/os de las/os entrevistadas/os mencionan que existen instancias para apelar sobre la internación y/o tratamiento.

No obstante, se aprecia un desconocimiento general por parte de las/os funcionarias/os tanto en la documentación e información respecto a los procedimientos por posibles denuncias, como en las instancias de ayuda legal para las/os usuarios. En este sentido, no se observa una capacitación en protocolos de acción frente a posibles vulneraciones de derechos. Asimismo, se desconoce las vías formales para que una persona pueda apelar a una internación u otras instituciones que puedan apoyarlas en la defensa de sus derechos *“En el Hospital hay un abogado que ve temas administrativos, si un paciente tiene acceso con un abogado es posible, no es que les busquemos asistencia”* (Funcionaria/o).

### 1.5.4. 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 los usuarios 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.*

Respecto a los egresos, dependen de la evolución de la patología y si las personas cuentan con red de apoyo, por lo que se restringen frente a la ausencia de esos criterios *“hay pacientes que han pedido irse y se van, a no ser de que esté muy mal, antes era más habitual en pacientes con drogodependencia”* (Funcionaria/o), o ante la necesidad de una orden judicial en aquellas/os pacientes ingresadas/os por orden judicial o resolución administrativa. En este sentido, se destaca que no existen prohibiciones por motivos arbitrarios, tales como etnia, género, religión u opinión política.

En este sentido, el establecimiento se asegura de que las personas cuenten con un lugar donde residir, manteniendo un seguimiento de sus situación social y continuidad de tratamiento ambulatorio

*“Nunca se prohíbe el egreso, lo que sí se realiza antes es asegurarse que tengan un buen lugar donde llegar, se da apoyo social, se gestionan las pensiones. Una vez que egresan los llaman post alta, y citan a un control en 15 días, en la unidad correspondiente, de forma presencial para pacientes complejos, o telefónica para los demás desde la pandemia (antes para todos era presencial) y luego de eso sigue en controles ambulatorios según requerimientos”* (Funcionaria/o).

Respecto a la información que pueden manejar las personas en cuanto a su egreso, esta es parcial, en la cual las/os funcionarias/os evitan otorgar referencias que puedan generar expectativas, debido a que proyectar un egreso que no se realice en el plazo mencionado, puede provocar alteración e incertidumbre “es lo que más he intentado saber, cuando me voy y no me dejan nada claro” (Persona con diagnóstico de salud mental).

En cuanto a la información sobre oportunidades de educación, empleos o recursos financieros, estos son otorgados de manera directa a quienes lo consultan, por lo que aquellas personas que no conocen estas posibilidades, no acceden a estas orientaciones. En UME se ha realizado orientación laboral para toda/os.

### *1.5.5. 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, preocupa lo mencionado por las/os funcionarias/os, quienes refieren pocas instancias de supervisión y fiscalización independiente. En ello, la visita realizada por el Servicio de Salud junto a COREPREM en marzo del presente año, permitió visualizar distintas dificultades en el establecimiento, prohibiendo entre otras medidas, la aplicación de TEC fuera de norma técnica.

En cuanto a las medidas de prevención de malos tratos adoptadas por el Hospital, se han realizado capacitaciones asociadas a cómo actuar frente a la agitación psicomotora, con la finalidad de otorgar una mejor gestión y evitar malos tratos en este procedimiento

*“A todos los funcionarios un curso de manejo de agitación psicomotora. Esta podría ser una medida de prevención porque es como finalmente prevenir como llegar a medidas más coercitivas [...]. Todos tenemos que pasar por ese curso para saber cómo manejar, verdad, las crisis que en un hospital psiquiátrico se da con bastante más frecuencia que en otros recintos” (Funcionaria/o).*

Sin embargo, esta capacitación se vio interrumpida por la pandemia de SARS-CoV-2, periodo en el cual ingresan nuevas/os funcionarias/os, quienes recibieron información escrita sobre ello, que a criterio de algunas/os entrevistadas/os, estas fueron más bien sugerencias de actuación.

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a las medidas de protección, el CPT **evalúa este componente como “parcial”**, lo que implica que hay importantes desafíos, aún pendientes, para acortar la brecha entre lo observado y lo esperado en la materia; debido a la necesidad de realizar y socializar medidas de prevención, como también protocolos de actuación en casos de vulneración de derechos.

## **1.6. Trato**

Esta dimensión permite evaluar cómo son tratadas las personas con diagnóstico 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).

*1.6.1. 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 los usuarios; (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 usuario y la aprobación de una comisión independiente; (11) No se llevan a cabo abortos ni esterilizaciones en los usuarios 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.*

En relación a las medidas de control, se destaca que las/os funcionarias/os mantienen conocimientos de protocolos y medidas de contención para las personas con agitación psicomotora, en el que manifiestan la gradualidad de las distintas alternativas de este procedimiento -contención emocional, ambiental, farmacológico y física- “*primero contención emocional, ambiental, aislamiento ambiental*” (Funcionaria/o); “*La última es la contención física, si un paciente está muy agitado pasamos directo a la física*” (Funcionaria/o); siendo esto presenciado por profesional del CPT, quien observa cómo aplican de manera gradual los diferentes tipos de contención, siendo utilizada las dos primeras por largo tiempo a fin de atenuar la crisis y evitar llegar a la contención física y farmacológica; y cuando esta es realizada se percibe como las/os funcionarias/os le van explicando cada acción y el objetivo de esta a la persona con diagnóstico de salud mental.

Sin embargo, se pesquisa que el uso de sujeciones y tranquilizantes serían habituales, lo que es reconocido tanto por profesionales “*Se realizan mucha contenciones física en el Hospital, está culturizado*” (Funcionaria/o) como por las personas hospitalizadas “*Las hojas de contenciones son rosadas, el doctor que fue que me dijo la otra vez, psiquiatra de acá, y yo tenía como rosada, rosada, rosada, rosada, blanca, rosada, rosada, rosada, rosada, rosada, blanca, tenía muchas contenciones, entonces yo no recuerdo muchas contenciones*” (Persona con diagnóstico de salud mental). Respecto a esto último, preocupa al Comité que las contenciones físicas y el aislamiento son utilizadas en ocasiones como intimidación o condicionantes hacia pacientes que presenten alteraciones conductuales “*Cuando llegué, no sabía porque me inyectaron, estuve 5 días en aislamiento, me pusieron camisa de fuerza, insistía en que no quería inyecciones por desconocer de qué eran y fue peor*” (Persona con diagnóstico de salud mental) “*Me estaba negando, por lo que había pasado, no me iba a tomar las pastillas y vinieron y me inyectaron de una*” (Persona con diagnóstico de salud mental).

Todo lo anterior es corroborado en las fichas clínicas revisadas, donde se consigna el uso de contención física y farmacológica, sin embargo, no existen registros de las medidas para atenuar el escalamiento frente a una crisis, como tampoco se observa incorporación de opiniones o medidas otorgadas por las/os funcionarias/os que le permitan predecir y posteriormente atenuar estas conductas.

Cabe señalar que estos procedimientos son informados a la SEREMI de Salud, lo cual queda consignado en la ficha médica (el registro incluye duración, indicación, medición, antecedentes de contención, etc.).

Respecto a otros procedimientos, según reportan funcionarias/os y de acuerdo a lo verificado en registros de fichas, en el Hospital se aplicó Terapia Electro Convulsiva (TEC) en su versión no modificada - sin anestesia general y relajante muscular- lo que se realizó hasta marzo del presente año (suspendida por indicación de la Autoridad Sanitaria), en pacientes con esquizofrenia catatónica, depresiones catatónicas, episodios maníacos, suicidabilidad inmanejable, suspensión de alimentación, trastornos conductuales incontrolables, entre otros. Dicho procedimiento se realizaba con una frecuencia aproximada de 10 a 25 sesiones al mes, dependiendo de las características de la persona y prescripción de la/el médica/o. Si bien, funcionarias/os entrevistadas/os mencionan que estaban en conocimiento de que su aplicación bajo estas condiciones contravenía la norma técnica emitida por MINSAL, argumentan que este procedimiento era necesario por el beneficio que generaba en el estado de salud de las personas, señalando además que al no contar con anestesiista, se usaba premedicación hipnótica (midazolam). Tras la aplicación se supervisaba a las personas por 30 minutos con controles cada 10 minutos

*“Si bien es cierto que el procedimiento no se hace tal vez de la mejor manera, pero tienes que estar tu adentro para ver que beneficio de ese procedimiento trae para un paciente, yo he visto cambios impresionantes con la terapia electroconvulsiva, que son más favorables para un paciente que negativas”* (Funcionaria/o).

A pesar de los argumentos de las/os funcionarias/os, una persona entrevistada a quien le fue aplicada la TEC, señala un malestar general en torno a esta experiencia, que le generó de manera posterior temor, dolores y un recuerdo cargado de emociones aversivas, no logrando recordar si otorgó consentimiento para llevar a cabo el procedimiento, pudiendo suspender estas sesiones tras solicitarlo explícitamente:

*“Horrible, según los técnicos, los profesionales, yo estaba muy bacán, andaba más parejito y todo, porque como que te resetean el cerebro, pero yo me sentía, tenía mucho miedo cuando me lo iban a hacer, sentía mucho miedo porque no sabía lo que me estaban haciendo, y si me dijeron, nunca me recuerdo que me hayan dicho. [...] llevaba cuatro terapias o algo así, me iban a seguir haciendo y yo hablé con la doctora NN y le dije que por favor no quería que me hicieran más y me respetaron. Yo tenía mucho miedo de que no me respetaran mi, mi y mi visión, pero ya no, que no, por favor. Yo pedía que no me hicieran más porque no era grato para mí. Yo sé que me sedan y todo, pero después salía y como que no, yo recuerdo cuando estaba en la UCE, como que no entendía nada, como que tenía en mi mente [...] yo estaba desnuda y yo me sentía súper vulnerable porque me ponían como una túnica y me llevaban desnuda, me abrían, me ponían unos chupones acá como en el cuerpo, me decían ya te vamos a dormir. No sé qué, pero yo me acuerdo, de lo único que me acuerdo que veía una foto al lado así, cuando yo miraba para arriba había una foto como de los chupones, dónde, en qué partes del cuerpo iba. Pero nunca nadie me dijo qué me iban a hacer, qué para qué me servía”* (Persona con diagnóstico de salud mental).

En cuanto al consentimiento informado previo a la realización del procedimiento mencionan que este era otorgado por las personas, en caso que estuviera en condiciones de consentir o de lo contrario por sus familiares o tutores; no obstante, expertos del CPT constatan a través de la revisión de fichas clínicas que a una/un adolescente proveniente de una residencia proteccional, se le realizaron 10 sesiones de TEC, en la cual no se observa consentimiento informado de su tutor, ni asentimiento informado de ella/él para poder realizar dicho procedimiento, lo que suma a lo ya mencionado en cuanto a contravenir las normativa nacional e internacional en torno a este procedimiento.

Cabe destacar que en el Hospital no se realizan otros procedimientos invasivos como psicocirugías y esterilizaciones (como método de regulación de la fertilidad).

### 1.6.2. 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 trabajadoras; (3) Se registra cualquier caso de aislamiento (incluyendo causa, tipo, duración, entre otros) y se informa al director 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 revisten preocupación para el Comité, es el aislamiento, incluso contando con salas para estos fines en distintos espacios del Hospital, siendo esto justificado por las/os profesionales entrevistadas/os como medida para evitar auto y hetero agresiones en las/os pacientes, tomándose resguardos de vigilancia hacia quienes se encuentran en esta situación.

Se pesquisa que en estos procedimientos se utilizan tranquilizantes inyectables, a fin de disminuir la agitación psicomotora, manteniendo al usuario en la sala hasta que se encuentra estabilizado; quedando registrados en la historia clínica la hora de inicio y término del aislamiento, como también del medicamento utilizado si es el caso:

*“Es con la camisita y van así, los toman, más de dos horas no pasan y les ponemos la camisa por la tobillera o la del paracaídas y de ahí su inyectable, pero siempre están, siempre estamos pendientes, la enfermera y de cómo está pasando, después se les pregunta estás bien, si se siente bien ‘¿Ya?’ ‘Sí, ahora sí ya me siento mejor’ se les pasa un calmante nos superan más allá de 2 horas porque también hay que ver que el paciente tiene que ir al baño, que tiene que tener una necesidad, que le puede dar sed, que tiene que estar alimentado” (Funcionaria/o).*

Las salas para estos fines, observadas por el CPT, son pequeñas, con cámara de seguridad y una cama similar a las ocupadas para pernoctar y sin otros elementos que pudiesen provocar daño en las personas.

### *1.6.3. 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 diagnóstico de salud mental se observa adecuado, priorizando la estabilidad de ellas/os, manteniendo visualizada las necesidades de estas/os, sin embargo, en ocasiones aisladas existen situaciones de abuso verbal, las que cobran especial relevancia dada la vulnerabilidad de las personas que se encuentran en el recinto:

*“el trato acá en general super bien, algunos son mas gritones, hay humores, el humor de ciertas TENS es especial, humor negro, sarcástico, no tienen tino en decir las cosas, a veces un paciente que está tranquilo van y le tiran la pachotada y ahí el paciente responde y pasan cosas, me ha pasado pero yo me lo tomo para talla” (Persona con diagnóstico de salud mental);*

frente a estas situaciones, los pacientes pueden acudir a la encargada/o de sala, sin embargo, no se pesquistan registros de ello.

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

*Estándares evaluados: (1) Las y los 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.*

Entre las personas con diagnóstico de salud mental, existen interacciones que interfieren en las actividades diarias, tales como peleas o auto o hetero agresiones, las que son atendidas por las/os funcionarias/os, permitiendo la continuidad de las actividades al interior de las secciones en que se encuentran y en espacio abierto. Sin embargo, la falta de personal, dificulta anticiparse y evitar escaladas de violencia, por lo que tiene que intervenir una vez que han comenzado las agresiones, donde se utiliza contención física y farmacológica *“Son infrecuente, hay pacientes que se puede prever, por pacientes que invaden espacios, se previene, pero si estamos con poco personal se descuidan y pasan”* (Funcionaria/o).

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos al trato, el CPT **evalúa este componente como “insuficiente”**, observándose en general, un trato respetuoso de las/os funcionarias/os hacia las personas, aunque en ocasiones pueden incurrir en verbalizaciones que pueden generar malestar. Es de especial preocupación las dificultades que se pesquisan en evitar escalamientos de las crisis de las personas con diagnóstico de salud mental, así como una tendencia a utilizar las contenciones físicas y medicamentosas. De manera particularmente grave, se considera la aplicación de TEC fuera de norma técnica (sin la utilización de anestesia y relajantes musculares, aplicación a menores de 18 años y la falta de consentimiento/asentimiento informado), la que no se puede justificar como tratamiento por sobre los estándares establecidos.

### 1.7. 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 diagnóstico 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).

#### 1.7.1. *Condiciones laborales (sobrecarga, turnos, recursos, percepción valoración de su trabajo)*

*Estándares evaluados: (1) El ambiente laboral es agradable y respetuoso de las/os trabajadores 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.*

En lo que concierne a las condiciones laborales del Hospital, se valora que existe un elevado sentido de grupo y pertenencia entre las/os funcionarias/os lo cual ayuda a un adecuado clima laboral y trato hacia las personas; no obstante, esto se ve mermado debido a una alta carga asociada tanto a la complejidad del trabajo con personas con diagnóstico de salud mental, como a la falta de personal, esto debido a licencias médicas, las cuales se han incrementado a lo largo de la situación sanitaria producto del SARS-CoV-2 *“La carga es alta porque no hay personal, por licencias médicas. El trabajo es más de lo que deberíamos hacer, yo, por ejemplo, estoy encargado de todas las contenciones del Hospital. La pandemia empeoró la situación”* (Funcionaria/o); como consecuencia de esto, es que las/os trabajadoras/os han debido ejecutar funciones que no son parte de su perfil de cargo, sin un cambio en sus remuneraciones, provocando una percepción disminuida respecto a su valoración laboral, lo que pudiese generar roces y un clima debilitado y/o hostil *“La remuneración no es adecuada, hacemos el doble de lo que nos corresponde por función, yo soy técnico, pero hago de cuidador, de trato directo, porque alguien tiene que hacerlo”* (Funcionaria/o).

Cabe destacar que la denuncia interpuesta por el Ministerio de Salud y el escrutinio público, ha afectado de manera importante la valoración comunitaria, generando incomodidad e incertidumbre entre las/os funcionarias/os.

### *1.7.2. 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 son hechos por personas externas a la institución; (3) el establecimiento incentiva la capacitación en derechos humanos; (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 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 y la disponibilidad y el papel de los servicios y 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.*

Referente a la formación del personal se indaga que se han realizado capacitaciones gestionadas por el propio Hospital en diferentes índoles, relacionadas a procesos de contención, RCP, entre otras *“el Hospital que va generando los cursos de contención, todos los años van implementando los cursos, bueno ahora son como más online y antes más presencial”* (Funcionaria/o); sin embargo, señalan que no existiría un proceso de formación en el área de derechos humanos, siendo relevante para dar un mejor trato a las personas con un diagnóstico de salud mental ingresadas en el hospital *“Sería necesario tener, conocer un poco más de los derechos propios de las personas, la vulneración de derechos. Las grandes esferas aquí no hacen nada”* (Funcionaria/o); como tampoco se ha hecho capacitación en la CDPD, lo que dificulta los espacios de reflexión y profundización en el trato.

Las/os trabajadoras/os explicitan también la necesidad de una calidad de vida laboral, la cual incluye seguridad laboral, higiene, espacios de autocuidado, si bien estos últimos se han realizado, serían autogestionados y generados por ellas /os mismas/os, tanto dentro como fuera del horario laboral

*“El jefe todas las mañanas pasa nos pregunta cómo está, cómo nos ha ido, depende también de las situaciones de cada uno, si ha pasado una situación más agravada nos pregunta si estamos bien, nos pregunta si necesitamos alguna*

*contención, si necesitamos ayuda, si necesitamos atención en tanto a psiquiátrica, tenemos la opción de psicólogos o con ellos mismos” (Funcionaria/o).*

### 1.7.3. 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 cuenta con autorización sanitaria, y mantiene una adecuada organización relacionadas a las jefaturas directas de las/os funcionarias/os, siendo esta valorada positivamente

*“con mi jefatura no tengo nada que decir. Yo tengo la confianza de plantear cualquier inquietud y la resuelven de manera adecuada, entonces con mi jefatura bien. Ahora con dirección, yo no tengo como mucho contacto, no he tenido que recurrir a esos niveles” (Funcionaria/o).*

El 2017, el hospital fue acreditado por 3 años por la Superintendencia de Salud; es decir, dió cumplimiento a los estándares generales de acreditación para prestadores institucionales de atención psiquiátrica cerrada. En la actualidad tienen contemplado trabajar en un nuevo proceso de acreditación, a partir del inicio del próximo año.

En resumen, y atendiendo los estándares referidos a la gestión del establecimiento y personal, el CPT **evalúa este componente como “parcial”**, valorándose positivamente la mantención de un adecuado clima laboral, así como la gestión de las/os funcionarias/os y su motivación por las labores que realizan. Sin embargo, el alto ausentismo por licencias, ha provocado una sobrecarga laboral y ejecución de funciones no acordes a la formación de cada una/o, en la cual no ha existido un incentivo económico. Asimismo, no existe una formación sistemática en Derechos Humanos, que favorezca la sensibilización y desempeño acorde a estándares enfocados en derechos.

## 1.8. Autonomía

El derecho de vivir una vida independiente y ser incluido 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.

### 1.8.1. 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 (ej: 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 los usuarios tienen prioridad en todas las decisiones sobre dónde van a recibir el cuidado; (9) Los planes de “recuperación” son conducidos por el usuario, reflejando sus opciones y preferencias para la atención, los cuales son puestos en práctica.*

Dentro de sus rutinas, los horarios de levantarse, dormir y alimentación se encuentran predeterminados, evitando que las personas vean alteradas estas, lo que se argumenta desde el resguardo de su salud. Asimismo, se evita que los pacientes puedan asearse a cualquier hora, por lo cual se realiza al levantarse y



si alguien ha tenido actividades que haya generado necesidad de ducharse -como el ejercicio físico- lo pueden realizar previa autorización.

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, esto ya que serían una excepción a la regla las personas que no hablen español; pudiendo el Hospital tener una red de contactos en caso de necesitar este servicio.

Por su parte el derecho a la vida afectiva y sexual, se encuentra limitado, desincentivando el establecimiento de vínculo amorosos dentro del recinto evitando estas, como también prohibiendo las interacciones sexuales. En este sentido, han propuesto a personas que han establecido relaciones afectivas mantener estas interacciones fuera del Hospital, gestionando salidas de fines de semana que a la vez son restringidas por medidas sanitarias. En ello, existen limitantes dentro del recinto en proporcionar privacidad, tanto por infraestructura como por la segmentación en el lugar.

### *1.8.2. 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 las 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) Los usuarios pueden designar y consultar con una persona o red de personas de apoyo de su propia y libre elección en la toma de decisiones sobre la hospitalización, tratamiento y asuntos personales, legales, financieros 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 el usuario 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 usuario carece de una persona o una red de personas de apoyo y desea designar una, el establecimiento ayudará al usuario a acceder al apoyo adecuado; (10) Se apoya el derecho de los usuarios 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, las personas inciden en quien contactar como apoyo si lo requieren. Por el contrario, en caso de no contar con alguien, se desconoce qué organizaciones pueden facilitar el ejercicio jurídico y patrimonial de los pacientes, por lo que es una decisión que queda en manos de trabajadora/trabajador social la búsqueda o no de red de apoyo.

En cuanto al derecho de participar en la vida política y pública, si bien se destaca que en las unidades mantienen instancias de taller donde abordan temas de actualidad, entre ellos de política nacional, se visualiza como dificultad que no existieron facilidades de transporte para aquellas personas que querían ejercer su derecho a voto, donde además por la pandemia se limitaron las salidas. En el mismo sentido, se ha restringido el contacto con la comunidad, por lo que no existen nexos para el poder participar en organizaciones (religiosas y sociales).

### *1.8.3. Autonomía en la atención en salud*

*Estándares evaluados: (1) La hospitalización y el tratamiento se basan en el consentimiento libre e informado de los usuarios, las cuales se comunica 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 incapacitados de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro; (4) El personal respeta las instrucciones anticipadas de los usuarios cuando proveen el tratamiento; (5) Los usuarios tienen el derecho a rechazar el tratamiento; (6) Las personas pueden decidir de forma libre las 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 como brecha la ausencia de la incorporación de las preferencias o sugerencias de las personas en sus planes de recuperación, quienes si bien se sienten escuchadas al opinar sobre su tratamiento, no existe un registro adecuado en las fichas clínicas o acotaciones respecto a la opinión del paciente. Tampoco se pesquisa que se intente otorgar alternativas en los tratamientos de salud ni que las personas puedan elegir dónde atenderse; de igual forma, se desconoce cómo gestionar voluntades anticipadas.

Respecto a la posibilidad de rechazar un tratamiento, dependerá si la persona está compensada para poder tomar decisiones; frente a fases activas de psicosis sus opiniones no se toman en cuenta hasta su estabilización, en su lugar, se informa a sus familias o tutora/or si es necesario. En este sentido cuando la persona se encuentra estable tiene la capacidad de rechazar un tratamiento tras conversar con profesional tratante *“yo hablé con la doctora NN y le dije que por favor no quería que me hicieran más -TEC- y me respetaron”* (Persona con diagnóstico de salud mental). En el mismo sentido, las/os pacientes que se encuentran por resolución administrativa o no tienen red para facilitar el egreso permanecen en el Hospital, para quienes se visualiza un plan de acción que permita a las personas mantener mayor claridad ni alternativas a su situación.

Otro aspecto que dificulta la autonomía de las personas, se asocia a la escasa orientación respecto a los métodos anticonceptivos, no existiendo un abordaje integral respecto a la posibilidad de tener gestaciones, por lo tanto, hijas/os mientras dure el tratamiento. En las mujeres, se gestionan atenciones ginecológicas, con matronas en el CESFAM del sector y les permiten acceder a anticonceptivos. En hombres, no se gestionan accesos a este tipo de métodos.

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a la autonomía, el CPT **evalúa este componente como “insuficiente”**, apreciándose dificultades generales dadas las restricciones que se han interpuesto en distintos niveles, especialmente en cuanto a la vida sexual y reproductiva, así como el escaso registro en cuanto a la posibilidad de rechazar tratamientos o incorporar sugerencias y preferencias de las personas.



## 2. Unidad Infanto-Juvenil

### 2.1 Régimen y Actividades

#### 2.1.1. Ingreso, clasificación y segmentación de las personas

En cuanto al ingreso de las NNA con diagnósticos de salud mental al Hospital, se conoce por medio de relatos de las/os funcionarias/os que se realizaría principalmente por medio de tres vías: (1) Derivaciones desde la Atención Primaria de Salud (APS) o desde el mismo Policlínico del establecimiento; (2) Derivaciones desde los servicios de urgencia de la zona de Valparaíso y San Antonio u otros hospitales de la red mayoritariamente del Hospital Carlos Van Buren; y (3) Por orden de tribunales por ingresos administrativos. Observándose como principal criterio de exclusión a la unidad: la edad, ya que solo se acepta a NNA igual o menor a 14 años, y que cuente con un lugar para el egreso. En caso de no tener cupos disponibles en la unidad, y el NNA se encuentre grave, se deriva al servicio de urgencia del Hospital Van Buren, hasta que se desocupe una plaza; agregando las/os funcionarias/os la importancia de estar atentos y acompañar a los NNA en este proceso *“los niños necesitan compañía, han pasado cosas terribles, sin redes de apoyo, vulneración de derechos. Es importante hacerlos sentir bien porque no entienden por qué están acá”* (Funcionaria/o). No se observan criterios de exclusión para el ingreso -tales como sexo, género, etnia o religión.

En relación con la clasificación y segmentación al interior de la unidad, esta se realiza principalmente según la edad, sexo y el tipo de patología que presentan *“yo sé que el chico se mantiene en su habitación solo, y depende también de su tipo de diagnóstico, por ejemplo, tenemos dos chicas con trastornos alimenticios, y no se dejan en la misma habitación”* (Funcionaria/o).

#### 2.1.2. Uso del tiempo

En torno al régimen de internación, se aprecia la existencia de rutinas diarias, relacionadas a sueño, alimentación, higiene y actividades, siendo pertinentes a su edad, y en algunas ocasiones obligatorias,

*“Hay una rutina fija de talleres que hacen la terapia ocupacional, trabajador social y psicóloga/o. También tienen un colegio comunitario. Las TENS hacemos actividades de ocio, tienen que aprender a usar su ocio, después salen y se van a encontrar con horas libres sin saber qué hacer”* (Funcionaria/o),

señalando los NNA estar conformes con las actividades a realizar *“acá me gusta pintar, dibujar, ver tele. Salir al patio, pero no salgo hace 6 días, he estado encerrado 6 días”* (Persona con diagnóstico de salud mental), no obstante, exponen la necesidad y deseo de tener actividades al exterior de la unidad a fin de recrearse y ver otros espacios; dando cuenta que tendrían una restringida circulación por el establecimiento, esto debido al modelo de intervención y a la escasez de funcionarias/os.

En cuanto a la intervención psicosocial que ofrece y realiza la unidad, las/os funcionarias/os comentan trabajar con un modelo orientado a la creación de hábitos, mantención de rutinas y vínculos formales tales como la asistencia al colegio y realización de actividades asociadas a ello, por medio de un plan de intervención individualizado que realiza el equipo profesional del área psicosocial. Dichos planes son evaluados y ajustados de manera semanal, no observándose una participación activa de los NNA, en este proceso.

*“durante la mañana tienen jornada escolar con la escuela de acá, realizan actividades, viene la terapeuta y dependiendo del plan de cada uno, es como las intervenciones que tiene cada uno. pero en general en la mañana se hacen actividades escolares y en la tarde talleres”* (Funcionaria/o).

En resumen, con los antecedentes expuestos, el **CPT evalúa el régimen y actividades como “parcial”**, especialmente considerando los importantes desafíos de mejora en lo que respecta al uso del tiempo relacionados al régimen de internación, siendo relevante realizar actividades en otros espacios del Hospital o de la comunidad; como también la importancia de integrar a los NNA en la planificación de sus planes de intervención como sujetos de derecho activo.

## 2.2 Contacto con el mundo exterior

### 2.2.1. Vinculación con familiares y cercanos

Si bien las visitas han sido restringidas durante la pandemia, cabe destacar el esfuerzo que han realizado en la unidad, al continuar con estos espacios a fin de que los NNA mantengan una vinculación permanente con su red de apoyo, ya sea vía telemática o presencial

*“Tienen videollamadas todos los días, pueden hablar con toda la familia si quieren. Cuando vienen de residencias, hablan con alguien de SENAME, los tíos, el abogado, la psicóloga. Hay restricciones, de personas con las que no pueden hacer contacto. También tienen visitas, las reciben en el patio común”* (Funcionaria/o).

*“Sí, hablo con mi familia de lunes a sábado. Mi mamá viene de visita una vez a la semana y la veo en el patio”* (Persona con diagnóstico de salud mental). Destacándose que las visitas se realizan en el patio del hospital bajo la supervisión de una/un funcionaria/o, dando cuenta de que no existiría un espacio propicio que permita resguardar la privacidad e intimidad de la visita.

En relación con las encomiendas, estas son permitidas y supervisadas, sujetas a restricciones sanitarias y de seguridad; las cuales pueden incluir alimentos y ropa; en caso de NNA provenientes de residencias de Mejor Niñez, se reportan dificultades en estas, principalmente por su flujo y regularidad de sus encomiendas, debiendo en ocasiones las/os funcionarias/os abastecerse de ropa y/o artículos personales por medio de donaciones.

### 2.2.2. Vinculación con el mundo exterior

Respecto a la vinculación con el mundo exterior las/os funcionarias/os reportan que previo a la pandemia se realizaban actividades en el exterior de la unidad y del Hospital, como lo eran las salidas al patio, caminatas por la playa o visitas a lugares emblemáticos *“Antes del COVID hacíamos paseos a la playa, salíamos a caminar, íbamos al parque de la cárcel. Ahora no se han retomado las actividades fuera”* (Funcionaria/o). Sin embargo, estas se encuentran suspendidas en la actualidad, como también se encuentran suspendidos los voluntariados o actividades que provengan del exterior del recinto a fin de evitar brotes de SARS-CoV-2.

En resumen, con los antecedentes expuestos, el **CPT evalúa el contacto con el mundo exterior como “parcial”**, dada la suspensión que aún se mantiene con las visitas. Se valoran las acciones realizadas por las/os funcionarias/os en favor del bienestar social de los NNA, desplegando estrategias de contacto con los familiares de NNA.

## 2.3 Condiciones materiales

### *2.3.1. Infraestructura: Emplazamiento, edificación y equipamiento*

En torno a las condiciones materiales de la unidad, al momento de la visita, esta se encontraba en deficientes condiciones, debido a la erosión que el contexto marino genera en los metales (como las protecciones de ventanas y techo), al paso del tiempo, y a la poca mantención de estas, generando el quiebre de algunas protecciones y filtraciones de agua cuando llueve. La unidad de NNA se encuentra emplazada al interior del Hospital Psiquiátrico del Salvador en el segundo piso de un pabellón, lo cual dificulta la libre movilidad de las/os NNA, así como también la posibilidad de tener un patio propio y exclusivo para ellos, debiendo utilizar el patio común del Hospital, interfiriendo en la segmentación de este grupo, lo cual se considera por el CPT como un factor de riesgo. Así también, la imposibilidad de salir todos los días al exterior, señalando las/os NNA que en ocasiones pasarían hasta 6 días de encierro en su pabellón *“pero no salgo hace 6 días, he estado encerrado 6 días”* (Persona con diagnóstico de salud mental), *“Una vez a la semana podemos salir al patio”* (Persona con diagnóstico de salud mental); por su parte las/os funcionarias/os refieren una baja periodicidad de visitas al patio, debido a la falta de personal que resguarde y vigile a las/os NNA.

### *2.3.2. Alimentación y agua*

De la alimentación y agua, las/os funcionarias/os comentan que es provista por el propio Hospital, debiendo ir ellas/os mismas/os a buscarla al sector de cocina 5 veces al día correspondientes al desayuno, colación de media mañana, almuerzo, colación de tarde y cena, la cual es evaluada por las personas y los funcionarios como adecuada, considerando y respetando necesidades de dieta especial.

### *2.3.3. Iluminación, ventilación y calefacción - Higiene y Plagas.*

Con relación a la iluminación, esta se encontraría en buen estado en general, presentando fallas únicamente cuando existen cortes generales debido al suministro eléctrico deficiente del Hospital. En cuanto a la ventilación, esta es adecuada gracias a las ventanas existentes a lo largo de la unidad, las cuales se encuentran bloqueadas a fin de no generar un riesgo en las/os NNA, sin embargo, esto genera que permanezcan las 24 horas del día abiertas, lo que sumado a la escasa calefacción generan que la sala se mantenga con una baja temperatura.

Cabe destacar que en términos generales la unidad se presenta limpia, aseada y ordenada, si bien existe un personal destinado a limpieza, funcionarias/os comentan que tanto ellas/os como las/os NNA contribuirían en esta tarea.

Respecto a plagas, dentro de las salas no se reportan, sin embargo, por los patios se han visto roedores, lo cual regulan a través de empresas externas de control.

### *2.3.4. Servicios sanitarios (baños, lavamanos y duchas), ropa y cama.*

Los baños se encuentran diferenciados en primer lugar entre funcionarias/os y NNA. Siendo el primero un cubículo bastante pequeño, ubicado al centro de la unidad, generando poca privacidad lo cual es referido por el equipo como un problema para ellas/os. Respecto al baño de NNA existen dos disponibles, siendo estos diferenciados por sexo; sin embargo, respecto a las duchas únicamente estarían habilitadas las de mujeres, ya que en la de hombres se encuentran en desuso, debido a mal olor que emana de sus alcantarillas.

En relación con la ropa de cama, esta es insuficiente debido al frío que hay en la unidad, ya que esta no cuenta con una adecuada calefacción, además refieren que las piezas se lloverían, y mantendrían humedad, lo cual generaría que la ropa de las/os NNA también se encuentre en este estado.

### *2.3.5. Privacidad, intimidad y confidencialidad. Seguridad (cuidado, custodia y traslado)*

Respecto a la privacidad e intimidad de las/os NNA se observó que las habitaciones tienen una capacidad máxima de dos personas a las cuales tienen libre acceso, y en donde tienen un armario donde guardan sus artículos personales.

En consideración a la seguridad, si bien la Unidad cuenta con cámaras 24 horas, tanto en pasillos como habitaciones, a fin de evitar situaciones de riesgo, esto afecta la privacidad e intimidad de las/os NNA. Además, se observaron una serie de implementos e infraestructura dañada que pondría en peligro su seguridad, como son protecciones de ventanas oxidadas y rotas, armarios en mal estado, entre otros.

En síntesis, con los antecedentes previamente expuestos, el **CPT evalúa las condiciones residenciales como “insuficientes”**, debido a los riesgos inminentes que existen y malas condiciones estructurales, siendo menester realizar reparaciones e instalar mobiliario con la tecnología adecuada y necesaria para prevenir situaciones de riesgo y vulneración de personas con diagnóstico de salud mental.

## **2.4. Salud**

### *2.4.1. Acceso a prestaciones y tratamiento de salud*

Con relación al acceso a prestaciones y tratamientos de salud, las/os funcionarias/os comentan que el Hospital cuenta con medicina general las 24 horas, al que las/os NNA pueden acceder de manera expedita *“nosotros tenemos medicina general las 24 horas, entonces uno la pide, escribe en el grupo necesito evaluación y pasan durante el día o durante la tarde dependiendo de la disponibilidad”* (Funcionaria/o), contando también con acceso a otras prestaciones de salud, como atención dental o pediátrica, refiriendo que en casos de mayor gravedad estos son derivados al Hospital Carlos Van Buren; dichas prestaciones son percibidas positivamente por los NNA *“Me han atendido bien, por ejemplo cuando llegué, los frenillos me dolían mucho y me rompían por dentro. Al tiro me vio el dentista. También me han atendido por dolor de oídos y por picazón del cuerpo”* (Persona con diagnóstico de salud mental). Posterior a cualquier consulta, intervención o procedimiento las/os funcionarias/os lo registran en las fichas clínicas del NNA correspondiente, valorándose positivamente el registro establecido en la unidad, como también el traspaso de dicha información al turno entrante

*“aquí a diferencia de los otros turnos, aquí se entrega la evolución diaria de todos los pacientes, en la entrega de la mañana uno se sienta y lee todos los registros que hubieron durante todo el día y toda la noche, no es como solo la entrega de los casos puntuales”* (Funcionaria/o).

Cabe destacar que las/os NNA entrevistadas/os conocían su diagnóstico y tratamiento, como también el efecto de sus medicamentos y su pronóstico, valorándose como un factor protector para ellas/os y una buena práctica ejercida por las/os trabajadoras/es de la salud.

### *2.4.2. Características y dotación del personal de salud al interior de la unidad*

Por medio del relato de funcionarias/os se conoció que la unidad cuenta con un equipo base compuesto por tres TENS, un auxiliar y una enfermera, además estarían disponibles para la unidad un psiquiatra y médico general; sin embargo, las/os funcionarias/os refieren que esta dotación en salud sería insuficiente debido a las características y necesidades particulares de las/os NNA, comentando que sería relevante aumentar la dotación del personal; en especial, cuando la unidad presenta una mayor cantidad de plazas ocupadas.

### *2.4.3. Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos*

La infraestructura de la unidad, cuenta con una sala de enfermería, donde se resguardan los medicamentos e insumos, del cual las/os funcionarias/os dan cuenta de presentar escasez en alguno de estos como es el paracetamol, lo cual dificulta el adecuado tratamiento de las/os NNA; debiendo en ocasiones utilizar medicamentos similares *“Muy deficiente, faltan medicamentos, el carro de paro le faltan cosas por reponer, (...), falta de todo, oxígeno, medicamentos básicos”* (Funcionaria/o).

A su vez la administración de los medicamentos es realizada por las/os TENS, quienes cuentan con la prescripción médica y supervisión de la enfermera/o, todo lo cual es anotado adecuadamente en las fichas clínicas.

### *2.4.4. Promoción, prevención, control y manejo de enfermedades (transmisibles y no transmisibles)*

Las/os trabajadoras/es de la salud dan cuenta de la realización de exámenes preventivos de ingreso, como también de la aplicación de test PCR a fin de evitar un brote de SARS-CoV-2; además se pesquiza la realización de charlas educativas las cuales son percibidas favorablemente por los NNA *“Me han dado charlas de alimentación y de cómo prevenir resfríos”* (Persona con diagnósticos de salud mental), como también orientadas al área psicosexual a fin de orientar y educar psicoemocionalmente; como también de prevenir conductas sexualizadas, en aquellos que presentan en su historia hechos de vulneración en la esfera de la sexualidad *“Hay niñas que han vivido ASI y vulneración de derechos, prostitución, consumo de drogas. Ellas vienen con el Implanon, les damos consejos”* (Funcionaria/o).

En síntesis, con los antecedentes expuestos, **el CPT evalúa la salud como “parcial”** debido a las dificultades que presentan en este ámbito, especialmente en la falta de insumos y medicamentos que presentan, apreciándose una brecha entre su realidad y lo esperado por los estándares.

## **2.5. Medidas de Protección**

### *2.5.1. Acceso a información*

Las/os funcionarias/os dan cuenta de que las personas con diagnóstico de salud mental tienen acceso a su información general y de su tratamiento de manera parcelada según las características personales de cada NNA a fin de que esto no interfiera en su proceso terapéutico *“uno intenta transparentarles la información según la edad y el tipo de paciente; por lo general uno les da información general para que no se desajusten y les vamos dando la información de a poco”* (Funcionaria/o), observándose durante la visita una instancia en que las/os funcionarias/os le explicaban a una/un NNA los efectos de un medicamento recetado, lo que es compatible con lo señalado por las/os trabajadoras/es, en relación a la inclusión de las/os NNA en sus tratamientos.

Asimismo, se observa en las fichas clínicas la presencia de un contrato terapéutico firmado por la/el NNA y su tutor legal, como también de un consentimiento informado autorizado por la/el adulta/o responsable, dando cuenta de una instancia de exposición e información del proceso al cual ingresará la/el referida/o, valorando positivamente esta práctica, como también el orden y lo bien insumadas en que estas se encuentran las fichas.

### 2.5.2. Mecanismos de solicitudes y de quejas

En torno a los mecanismos de solicitudes y quejas que existen en la unidad, se observa la existencia de un libro de reclamos, sugerencias y felicitaciones, en donde tanto las/os NNA como sus familiares y/o amistades pueden utilizar; posterior a ello, las/os funcionarias/os revisan el libro e intentan solucionar el requerimiento. Asimismo, cada uno de estos escritos es enviado y revisado por la/el encargada/o de OIRS.

Cabe destacar que la/el psicóloga/o crearon un buzón de comentarios, el cual es valorado positivamente por los NNA, al sentirlo más cercano, accesible, y resguardando su anonimato *“Los miércoles tenemos asamblea con la psicóloga. Hay una caja donde se pueden hacer quejas de manera anónima”* (Persona con diagnóstico de salud mental). En cuanto al proceso de denuncia por posibles hechos de vulneración de derechos, las/os funcionarias/os refieren que existiría un protocolo de actuación, sin embargo, no todos conocen con exactitud cómo se implementa en la práctica.

### 2.5.3. Acceso a la justicia y reparación

En consideración al acceso a la justicia y reparación las/os funcionarias/os expresan que las personas tienen acceso a conocer el estado de su causa, por medio de la dupla psicosocial o en el caso que corresponda por el programa “Mi Abogado” y/o Mejor Niñez *“el programa mi abogado está en contacto directo con los adolescentes, vienen con su programa. También hay un gestor de mejor niñez en el Hospital, quien ve los casos, está en el Hospital”* (Funcionaria/o).

### 2.5.4. Egreso

Del proceso de egreso y post-egreso, si bien las/os funcionarias/os dan cuenta de su disposición de garantizar el alta cuando corresponde, esto se ve interferido principalmente en los casos de NNA provenientes del servicio de Mejor Niñez, toda vez que estos generarían oposiciones a su retorno

*“Lo más recurrente es que a los niños que llegan de hogares después no quieran recibirlos de vuelta. Sobre todo, los niños que vienen más de una vez al año. Abí la asistente social y la psiquiatra les tienen que buscar hogar y denunciar a SENAME. A veces se tienen que quedar acá mucho más tiempo, ya están dados de alta, pero no tienen dónde irse”* (Funcionaria/o);

agregan posteriormente, que al regreso a la residencia los planes de tratamiento no se llevarían a cabo con exactitud, lo cual dificulta el adecuado proceso terapéutico del NNA.

### 2.5.5. Supervisión independiente. Medidas de Prevención

Con relación a procesos de supervisión independiente, refieren que al interior de la unidad desconocen sobre supervisiones anteriores, señalando la importancia de estas a fin de evitar malas prácticas en su interior y así mejorar en los aspectos necesarios *“no sé; esta visita de ustedes es la primera vez, estaría bueno que hubiese más supervisión externa”* (Funcionaria/o).



En torno a las medidas de prevención adoptadas por la unidad y el Hospital, se han realizado diferentes tipos de capacitaciones a fin de entregar herramientas específicas a las/os funcionarias/os *“hay capacitaciones en habilidades blandas, comunicación afectiva que hace el servicio de salud por el IST. El 2021 asistí a una capacitación de trato a NNA que duró casi un año”* (Funcionaria/o). Otra medida implementada para la seguridad de las personas con diagnóstico de salud mental y de las/os propias/os funcionarias/os, se relaciona con la utilización de cámaras en las salas, pasillos y habitaciones, con el objeto de prevenir situaciones de riesgo.

En resumen, con los antecedentes expuestos previamente, **el CPT evalúa las medidas de prevención como “bueno”**, ya que, si bien la unidad presenta la existencia de adecuados canales de comunicación entre personas con diagnóstico de salud mental y las/os funcionarias/os, con relación con sus planes de intervención, causas judiciales, quejas y solicitudes, aún se deben realizar esfuerzos por mejorar estos con relación al anonimato y confidencialidad. Además, es menester la implementación de supervisiones externas periódicas a fin de prevenir situaciones de riesgo y/o malas prácticas.

## 2.6. Trato

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

Con relación a las medidas de control, contención y uso de fuerza al interior de la Unidad Infanto-Juvenil, se da cuenta de la utilización gradual de contenciones emocionales, ambientales, físicas y farmacológicas en caso que sea necesario para disminuir una crisis *“Hay varias medidas, primero conversamos, después te hacen contención o antes te mandan a tu pieza como 30 minutos”* (persona con diagnóstico de salud mental); este procedimiento se encuentra protocolizado y es debidamente registrado en la ficha clínica de la/el NNA al cual se le aplica.

*“todo depende netamente de la orden que nos den, siempre parte por la contención emocional, la ambiental, pasamos por la física y la farmacológica. a nosotros cuando nos solicitan vamos, pero no es que nosotros lleguemos y le decimos te vamos a contener, y no voy solo claramente, vamos 7 u 8 personas y siempre, siempre hay que esperar la orden, a nosotros la enfermera y el doctor; netamente siempre hay que esperarla, si no, es una falta grave de actores. Entonces yo participo de contenciones físicas, emocionales, pero hasta donde yo puedo llegar no más, porque como le digo nosotros no estamos facultados netamente para eso, pero si requiere la ayuda ahí estamos”* (Funcionaria/o),

Siendo necesario siempre la indicación por parte de la/el médica/o, o de la/el enfermera/o a que se realice una contención física o farmacológica.

Cabe señalar que durante la visita del CPT se visualiza la realización de contenciones emocionales y ambientales a dos NNA, ya que una/o se encontraba molestando a otra/o, dando cuenta de un trato respetuoso a ambos durante el proceso, logrando evitar un escalamiento en la conflictiva y la utilización de contención física o farmacológica.

Sin embargo, se constató por medio de las fichas clínicas un caso de NNA en donde se utilizaron de manera regular la contención física, contándose en su ficha clínica 77 registros desde enero a junio del presente año; comentando un NNA sobre esta situación:

*“Los tíos se exceden con la X. Ella se porta mal, pero de inmediato pasan a la contención física. Es fuerte, nos mandan a todos a las piezas y (...) amarran al tiro, la tiran al catre con violencia. A mí me gustaría que fuera diferente, que primero hablaran, que fuera menos violento”* (Persona con diagnóstico de salud mental);



Esta situación genera una elevada preocupación en el CPT, ya que sumado a lo anterior, funcionarias/os refieren que algunas/os no aplican adecuadamente el uso de contenciones de manera paulatina y escalonadamente, además de un uso excesivo de fuerza.

Respecto a otros procedimientos en la unidad refieren no realizar TEC, psicocirugías, esterilizaciones o investigación en la unidad.

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

En cuanto al aislamiento, en la Unidad existe una habitación destinada a este fin, que cuenta con una cama y una cámara de seguridad para vigilar y resguardar al NNA ante eventuales acciones que afecten su integridad física. Esta es utilizada, según mencionan las/os funcionarias/os, cuando existe un riesgo concreto de auto o hetero agresiones por parte de un NNA en crisis, siendo este método supervisado y posteriormente registrado en la ficha clínica; se da cuenta que generalmente se utilizaría en conjunto de contenciones farmacológicas y/o físicas *“cuando te aíslan, te amarran a tu cama por 2 horas”* (Persona con diagnóstico de salud mental).

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

Con relación a la violencia institucional las/os funcionarias/os comentan que en general existe un trato cordial y respetuoso hacia los NNA y viceversa, a excepción cuando estos se encuentran en una crisis

*“pero si el trato de nosotros hacia ellos es bueno y la recepción de ellos es bueno, yo creo que pocas veces hemos tenido reproches a nuestro trato, pero como le dije yo desde el tiempo que llevo no he notado mayor cambio o mayor diferencia, como le digo son pacientes puntuales que están descompensados que nos agreden física y verbalmente, pero es parte de nuestro trabajo”* (Funcionaria/o)

*“El trato del personal es bueno, se trata con respeto. No he visto casos de abuso o malos tratos. Sí he visto deterioro en los funcionarios que trabajan demasiado”* (Funcionaria/o), dando cuenta de un agotamiento profesional, lo cual pudiese con el tiempo constituirse en malas prácticas, y a su vez incurrir en malos tratos, crueles o inhumanos, siendo menester trabajar estas situaciones a fin de prevenir un mayor desgaste en las/os trabajadoras/es. Por su parte los NNA refieren tener una valoración positiva con relación con los tratos recibidos en la unidad *“me tratan bien, con respeto, nunca he visto maltrato”* (Persona con diagnóstico de salud mental).

### *2.6.4. Violencia entre usuaria/os (violencia física, psicológica, sexual, discriminación, extorciones, amenazas, descuido o indicios de tortura o malos tratos, abuso patrimonial, entre otros)*

Por otra parte y respecto al trato entre los usuarios en general es cordial, ocurriendo ocasiones situaciones conflictivas las cuales se subsanan por medio de contenciones emocionales y ambientales; cabe señalar que al momento de la visita se observó una distinción entre las niñas y el niño de la unidad, generando un rechazo hacia este

*“eso sí, el chico de aquí se siente aislado, porque las chicas son un grupo bien cerrado y claro de repente tienen conflictos, pero se hace contención emocional, ya chiquillos no hagan esto”* (Funcionaria/o); *“más o menos, las niñas no quieren estar conmigo, almuerzo aparte, me siento solo”* (Persona con diagnóstico de salud mental),

siendo necesario generar instancias de integración entre las/os NNA.

En síntesis, con los antecedentes expuestos previamente, el **CPT evalúa el trato como “parcial”**, ya que si bien existen protocolos de actuación, es necesario generar instancias de capacitación y perfeccionamiento con relación a las contenciones y trato a NNA bajo una perspectiva de derechos humanos.

## 2.7. Gestión del personal

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

De las condiciones laborales de la Unidad Infanto-Juvenil, se conoce que presentan una dotación constante y exclusiva para esta, esta situación es valorada positivamente por el equipo, promoviendo un sentido de grupo y pertenencia entre ellos. Esto genera una alta valoración de su trabajo, y ha permitido una mayor cercanía y construcción de vínculos con las/os NNA *“acá en infanto el turno es de infanto, siempre está la enfermera y su equipo de trabajo, entonces los chicos ya conocen al mismo personal, entonces como que se adecuan más, eso se da aquí”* (Funcionaria/o).

En cuanto a la dotación existiría un turno base de funcionarias/os el cual es fijo y siempre tiene que encontrarse en la unidad, y un turno flotante según las actividades del día y los requerimientos de la unidad. En relación con la remuneración, agregan que esta no sería acorde a la alta carga laboral *“la remuneración no es adecuada, hacemos el doble de lo que nos corresponde por función, yo soy técnico pero hago de cuidador, de trato directo, porque alguien tiene que hacerlo”* (Funcionaria/o), generando sentimientos de insatisfacción y baja valoración por parte de las autoridades del Hospital.

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

Se indaga que el Hospital ofrece capacitaciones autogestionadas regulares a las/os funcionarias/os que permitiría mejoras en la implementación de sus trabajos *“a nosotros nos imparten cursos de contención física, de contención emocional, de todo tipo de contenciones. capacitaciones internas y además podemos complementarlas con las capacitaciones que nos da el servicio de salud”* (Funcionaria/o); sin embargo, exponen que estas no tendrían relación con los derechos humanos, siendo necesario implementar capacitaciones con enfoque de derechos *“no estamos capacitados en derechos humanos, aunque sí uno sabe que existen normas. No hemos tenido actividades de ese tipo”* (Funcionaria/o).

### 2.7.3. Gestión y organización del establecimiento

Funcionarias/os refieren que tanto la unidad como el Hospital cuentan con acreditación y autorización sanitaria, y mantiene una adecuada organización relacionadas a los turnos de las/os funcionarias/os, lo que favorece el trato entre ellas/os, siendo lo anterior valorado positivamente

*“aquí no hacemos diferencias entre el TENS o el terapeuta, aquí somos todos tú, y eso dice mucho de un Hospital en sí, no te encuadra, no te individualiza, o no individualiza a que el auxiliar tiene que estar en este puesto de trabajo, aquí somos un equipo todos, y si nos podemos comprometer todos o respaldarnos, hay que hacerlo”* (Funcionaria/o).

En resumen, con los antecedentes expuestos previamente, el **CPT evalúa la gestión del personal “bueno”** destacando el clima laboral, la gestión de las/os funcionarias/os y su motivación por las labores que realizan; siendo relevante aumentar la dotación de personal a fin de alivianar la carga de estos y realizar capacitaciones de actualización en diferentes materias y que están contengan un enfoque de derechos humanos.

## **2.8. Autonomía**

### *2.8.1. Autonomía en el régimen de actividades*

Se apreció que las/os NNA mantienen rutinas fijas, estables y constantes, relativas al despertarse, higiene, comidas, sueños, visitas y ocio *“Un día normal acá es bien organizado (...); es importante que haya desarrollo de autonomía y que sepan hacer uso del tiempo de ocio”* (Funcionaria/o). Respecto a la necesidad de comunicación en otros idiomas, no cuentan con traductoras/es ni interventoras/es interculturales permanentes que puedan favorecer la comunicación con la persona, ya que no sería habitual el ingreso de personas que requieran de este servicio; no obstante, es relevante que el Hospital cuente con una red de especialistas en este ámbito cuando fuese necesario. En cuanto al derecho a la vida afectiva y sexual, esta se encuentra limitado a la vinculación por medio de visitas con sus familiares y/o amigos. Cabe señalar que se encuentran prohibidas las interacciones y/o relaciones sexuales al interior de la unidad.

### *2.8.2. Respeto por el ejercicio de su capacidad jurídica*

Funcionarias/os exponen que debido a la edad de las personas de la Unidad, estas pueden tomar decisiones en su vida personal y patrimonial por medio de su adulto responsable, favoreciendo las/os funcionarias/os la vinculación con sus familiares y redes de apoyo.

### *2.8.3. Autonomía en la atención en salud*

Por último, respecto a la autonomía en la atención en salud, si bien se les explica su plan de salud a las/os NNA como a sus adultos responsables, no se observa que se incorporen sus sugerencias u opiniones, como tampoco alternativas a este.

En síntesis, con los antecedentes expuesto previamente, **el CPT evalúa la autonomía como “parcial”** en los diferentes ámbitos, ya que se aprecia que las personas presentan una autonomía disminuida en las diferentes esferas de su vida, sin posibilidad de tomar decisiones concretas, más bien estas decisiones son tomadas por las/os funcionarias/os y adulto responsable, esto debido a su edad cronológica.

## **3. Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria**

En el presente apartado se expondrán los hallazgos de la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria, por medio de las dimensiones previamente revisadas, esto debido a las particularidades de la unidad y a que se encuentra inmersa en el Complejo Penitenciario de Valparaíso.

### 3.1. Régimen y Actividades

#### 3.1.1. Ingreso, clasificación y segmentación de las personas

En relación con el ingreso de las personas a la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria, este se realiza principalmente por orden de tribunales, a fin de evaluar su imputabilidad por medio de un peritaje psiquiátrico, razón por la cual no existe voluntariedad en el ingreso.

Respecto a la clasificación y segmentación de este espacio, corresponde únicamente a hombres mayores de 18 años que han cometido algún delito y se encuentran en prisión preventiva en calidad de imputados, refiriendo las/os funcionarias/os que se distribuyen en habitaciones de a dos según sus características personales y del tipo de delito cometido, priorizando por ejemplo la edad, como también agregan que las personas que requieren de mayor vigilancia y/o una movilidad reducida los disponen en las habitaciones aledañas a la enfermería a fin de poder atender sus necesidades de manera inmediata cuando estas son requeridas. Es posible señalar que el equipo de la unidad desconoce qué ocurre con mujeres y adolescentes, que se encuentran en esta misma situación y a qué institución específica son derivadas/os mientras esperan a ser evaluadas/os.

#### 3.1.2. Uso del tiempo

En lo que respecta al uso del tiempo y régimen de internación, se aprecia la existencia de rutinas diarias

*“se duchan, se afeitan los días de afeitado y después toman desayuno, y tienen horarios de cigarros. (...) desayuno a las 9, primer cigarro después del desayuno; segundo cigarro 11:30; almuerzo a la 13:00, tercer cigarro 13:30; cena 15:30, cuarto cigarro 15:45, encierro a las 16:00”* (Funcionaria/o),

las cuales están relacionadas al despertar, higiene, alimentación y actividades -tanto clínicas como recreativas- comentando algunas personas *“acá hay mucha rutina, juego taca taca, me dan 4 cigarros que administran a lo largo del día. Siento mucha ansiedad, son 8 horas de patio, juego ping pong, a la pelota* (Persona privada de libertad); observándose que en el periodo de 9 a 16:00 horas, las personas pueden circular e interactuar libremente por el patio y sala multiuso de la unidad, la cual siempre está supervisada tanto por las/os funcionarias/os de salud como por gendarmes, a fin de resguardar el bienestar integral de ellos.

Si bien, existe la opción de que las personas no acudan al patio cuando no lo desean, estas deben permanecer todo el día en su habitación, situación que preocupa al CPT debido a la gran cantidad de horas de encierro que presentan las personas privadas de libertad.

En cuanto a la intervención psicosocial que ofrece y realiza la unidad, refieren que cuentan con una dupla psicosocial y anteriormente también con un terapeuta ocupacional, quien realizaba actividades diarias con las personas, siendo estas valoradas positivamente cuando se llevaban a cabo, *“Lo que más me gusta son las actividades recreativas que hace la terapeuta ocupacional”* (Persona privada de libertad), sin embargo, las/os funcionarias/os señalan que desde hace unas semanas se encuentran sin esta profesional (quien habría renunciado), lo cual ha repercutido en la oferta programática de actividades diarias de las personas.

En resumen, con los antecedentes expuestos, **el CPT evalúa el régimen y actividades como “parcial”**, especialmente considerando los importantes desafíos de mejora en lo que respecta al uso del tiempo con relación a la intervención psicosocial de las personas. Se destaca el trabajo realizado por las/os

funcionarias/os toda vez que priorizan la estabilidad de las personas al momento de distribuir las habitaciones y actividades de las personas.

## 3.2. Contacto con el mundo exterior

### 3.2.1. Vinculación con familiares y cercanos

Con relación a la vinculación con familiares y cercanos, durante la pandemia se suspendieron las visitas a fin de evitar contagios y brotes dentro de la unidad, destacando que estas se han retomado paulatinamente, semana por medio y con restricciones de tiempo y aforo. Además, pueden comunicarse mediante llamadas telefónicas de manera semanal, lo que permite mantener el contacto de las personas con familia y referentes afectivos. Asimismo, las/os funcionarias/os dan cuenta que la disminución en el aforo ha permitido regular de mejor manera la introducción de objetos no permitidos a la unidad.

*“antes cuando la visita entraba al patio, ahora no pueden por los temas de aforo, pero antes, porque se hacía acá eran muchas personas, porque venían como 2 o 3 personas por pacientes, y no faltaba el que metía algo, más cigarrillos, encendedores, y eso es un riesgo para nosotros”* (Funcionaria/o).

Es de relevancia mencionar que las/os funcionarias/os refieren que, debido a que existe un número limitado de Unidades de Psiquiatría Forense en el país, en ciertas ocasiones las personas son trasladadas a esta unidad siendo desarraigadas de su lugar habitual de residencia, lo cual dificulta que sus familiares pueden mantener visitas regulares con ellos, por lo que la utilización de llamadas telefónicas se instala como principal medio de contacto para estas personas.

En materia de encomiendas, estas se realizan semana por medio, superpuestas a las visitas de familiares; por lo cual, estas también varían dependiendo de la red de apoyo con la que cuenten

*“acá ha llegado de todo, personas con mucha red de apoyo y pacientes en situación de calle, y ahí nosotros recurrimos a la donación, nosotros mismos le traemos cosas, ropa, porque no tiene nada, o en el hospital contacta a las damas de azul”* (Funcionaria/o),

apreciándose la generación de estrategias por parte de las/os propias/os funcionarias/os con aquellas personas que no presentan red de apoyo o esta es insuficiente para la satisfacción de sus necesidades.

Como dificultad, es posible mencionar que los espacios destinados a las visitas no permiten privacidad, intimidad, ni comodidad, ya que se realizan en el pasillo de ingreso del módulo.

### 3.2.2. Vinculación con el mundo exterior

Respecto a la vinculación con la comunidad las/os funcionarios refieren que no existiría ningún tipo de relación con el medio exterior, lo que atribuyen a las condiciones de la unidad, al estar inmersa en el complejo penitenciario de Valparaíso. En este sentido, preocupa al Comité la escasa vinculación con organismos de apoyo legal o social que favorezcan la orientación de las personas.

En síntesis, con los antecedentes expuestos previamente, el **CPT evalúa el contacto con el mundo exterior con relación a la vinculación con familiares como “parcial”**, toda vez que Gendarmería y la unidad han generado instancias de visitas para familiares y amigos de las personas privadas de libertad, y

ayudado a establecer redes de apoyo cuando es necesario. En otro orden de ideas, preocupa la nula vinculación con la comunidad, considerándose un desafío a implementar en la unidad.

### 3.3 Condiciones materiales de privación de libertad

#### 3.3.1. Infraestructura: Emplazamiento, edificación y equipamiento

Se da cuenta que la unidad se encuentra emplazada al interior del complejo penitenciario de Valparaíso, conformándose un módulo exclusivo para ello, en relación con su infraestructura, esta cuenta con cuatro pisos: (1° piso) se encuentra pequeño lobby donde se realizan las visitas con familiares; un patio; una sala multiuso- comedor; y dos salas; una de cámaras y otra donde se realizan intervenciones psicosociales. (2° piso) se encuentra la enfermería, la sala de aislamiento y habitaciones. (3° piso) habitaciones. (4° piso) habitaciones, las cuales al momento de la visita eran utilizadas en caso de aislamiento por COVID-19.

Se destaca la existencia de espacios de dormitorios suficientes, compartiendo dos personas en cada uno de ellos, con cama en buenas condiciones *“tengo pieza compartida, pero cama solo”* (Persona privada de libertad), intentando las/os funcionarias/os distribuirlos según su edad y características personales.

De igual manera, se encuentra habilitada una zona de recreación y descanso en el primer piso del módulo, las que pueden ser utilizadas en el horario de patio -9 hasta las 16 horas-; estas cuentan con una sala multiuso techada lo cual permite que en invierno las personas se resguarden en ella del frío y la lluvia; también cuentan con televisión y una mesa de ping-pong. Estas dependencias, permiten la interacción entre las personas.

Sin embargo, el estado de conservación de paredes y pisos se encuentra deteriorado. Asimismo, no existe adecuación del recinto para personas con movilidad reducida, observándose que la unidad solo cuenta con escaleras, imposibilitando así que una persona con movilidad reducida o en silla de ruedas pueda acceder a las habitaciones.

#### 3.3.2. Alimentación y agua

Respecto a la alimentación de las personas estas cuentan con horarios establecidos entregándose 3 comidas diarias, correspondientes a desayuno, almuerzo, y cena permaneciendo una importante cantidad de horas en ayuno.

*“La comida es buena, a las 9:30 tomamos desayuno, a las 13:30 almorzamos y el segundo almuerzo es a las 15:30. Yo le digo segundo almuerzo porque no conozco a nadie que cene a las 15:30. A las 16 es el encierro y como a las 21 nos dan una colación”* (Persona privada de libertad);

Las/os funcionarias/os agregan que los alimentos son manejados y procesados por Gendarmería, teniendo una dieta especial y preferencial frente a la población penal común, *“si ellos tienen dieta especial, es mejorado, hacen uno especial para las 12 personas que están acá, si igual que los juveniles, tienen ese beneficio como son menos, ellos tienen sus mozos”* (funcionaria/o).

#### 3.3.3. Iluminación, ventilación y calefacción. Higiene y Plagas.

Con relación a la iluminación y calefacción refieren presentar dificultades, ya que la primera es regulada por las/os funcionarias/os, no permitiendo que las personas privadas de libertad tengan la posibilidad de utilizarla cuando lo necesiten *“es mala la iluminación, en las horas de encierro no puedo manejar la luz, la cortan y la cortan nomás. Sólo la prenden cuando nos dan los medicamentos”* (Persona privada de libertad respecto a la segunda,



comentan que no tendrían un sistema de calefacción en la unidad, por lo cual pasarían frío en especial en el 4° piso *“el frío es mucho, el 4° piso es como un refrigerador arriba”* (Funcionaria/o), a modo de subsanar esta situación las/os funcionarias/os refieren entregar mayor ropa de cama, la cual es parte de los insumos del módulo, *“la ropa de cama es de acá, la lavan los viernes. Cuando hace frío nos pasan 4 frazadas”* (Persona privada de libertad).

Respecto a plagas, el equipo expone la presencia de roedores, debiendo ellas/os mismas/os instalar trampas *“sí, hay una plaga de ratones, pero no son ratones, son guarenes enormes. En la noche hay una máquina que prenden para que se vayan. Los he visto en el patio y también en el comedor”* (Funcionaria/o).

### *3.3.4. Servicios sanitarios (baños, lavamanos y duchas), ropa y cama.*

Al interior de la unidad existirían baños los cuales únicamente se utilizan bajo supervisión de funcionarias/os durante el día, es por ello que cada habitación contará con un inodoro para el uso personal de las personas privadas de libertad mientras se encuentran en el horario de encierro. Respecto a esto, comentan que no contaría con agua para lavarse posterior a su uso, como refieren que la cámara de seguridad abarcaría este espacio, no permitiéndoles una óptima privacidad.

### *3.3.5. Privacidad, intimidad y confidencialidad. Seguridad (cuidado, custodia y traslado)*

Cabe agregar que al interior de las piezas cuentan con cámaras de seguridad, lo cual produce una escasa valoración de intimidad y privacidad en las personas privadas de libertad *“no tengo privacidad para cambiarme ropa, ni para usar el baño. Cero privacidad con las visitas, nos vigilan. Cuando llegué acá me impresionó la falta de privacidad”* (Persona privada de libertad); dichas cámaras, si bien cumplen la función de resguardar la seguridad de las personas que integran el módulo como también de las/os funcionarias/os, no obstante, refieren que estas no cuentan con una mantención regular y periódica *“pusieron una vez cámaras y nunca más vinieron a verlas, no hay una actualización como de lo que ahora, de la necesidad actual de la unidad”* (Funcionaria/o); sin embargo, las personas comentan su preocupación al no conocer otros planes de seguridad, relacionados a qué hacer en una emergencia/ catástrofe *“No, no me han explicado nada, no creo que salvemos si hay una catástrofe”* (Persona privada de libertad), *“No, no me han explicado nada. Yo creo que acá hay un terremoto y fuimos”* (Persona privada de libertad).

En resumen, con los antecedentes expuestos previamente, **el CPT evalúa las condiciones materiales de la detención como “insuficiente”**, siendo necesario realizar cambios y remodelaciones a estas a fin de acortar la brecha entre lo observado y lo esperado con relación a los estándares de la materia.

## **3.4. Salud**

### *3.4.1. Acceso a prestaciones y tratamiento de salud*

La Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria, se gestiona principalmente desde el Hospital Psiquiátrico del Salvador, generando interconsultas con especialistas cuando son requeridas y con previa autorización de Gendarmería, como también en la propia unidad cuando son situaciones de baja complejidad, *“cuando me siento mal, estoy enfermo, le digo a los enfermeros y me pueden mandar el doctor que hay acá en el Hospital”* (Persona privada de libertad), no obstante, las personas refieren el deseo de un acceso periódico y continuo referente a tratamientos de salud mental *“Necesitamos más psicólogos y psiquiatras”* (Persona privada de libertad).

Cabe destacar que todas las personas cuentan con una ficha clínica, ordenada y con registros periódicos.



### 3.4.2. Características y dotación del personal de salud al interior de la unidad

La unidad cuenta con una dotación de personal en el área de salud compuesta por un médico, una enfermera, y dos TENS, las cuales atienden los requerimientos diarios que pudiesen tener las personas de la unidad, registrando los eventos y solicitudes ocurridas

*“nosotros los TENS, los administramos, y la indicación de un tratamiento nuevo se la da el médico, o la enfermera si ya está registrada en ficha y la enfermera lo autoriza; pastillas e inyectables; nosotros trabajamos con orales y los inyectables son S.O.S.”* (Funcionaria/o).

### 3.4.3. Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos

Se observa una sala especializada destinada a la enfermería, la cual cuenta con el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios, refiriendo las/os funcionarias/os

*“no hemos tenido problemas con el suministro como lo hemos ido estructurando de tal manera que ya se han zanjado varias cosas. Por ejemplo, ahora el día lunes, el doctor tiene que dejar las recetas el día jueves hechas para revisarlas todo el fin de semana y el día lunes se va a cobrar todo el tratamiento, el tratamiento semanal de las pacientes. también con el tiempo logramos que la parte de enfermería logró tener un botiquín de emergencia, y tiene un stock de medicamentos como psicotrópicos que nos ayudan por si hay problemas con el tratamiento”* (Funcionaria/o)

dando cuenta la generación de diferentes estrategias por parte de las/os funcionarias/os de la unidad a fin prevenir situaciones de escasez en medicamentos y/o insumos, lo cual pudiese poner en riesgo a la persona con diagnóstico de salud mental, esto con previa coordinación con el Hospital Psiquiátrico del Salvador.

A su vez, la administración de los medicamentos, es por parte de las/os TENS, quienes cuentan con la prescripción médica y es supervisada por la enfermera/o; todo lo cual se encuentra adecuadamente señalado en la ficha clínica de cada persona privada de libertad.

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

La unidad cuenta con diversos protocolos de actuación en diferentes casos, como lo son con respecto a VIH-SIDA y SARS-CoV-2, en este último caso favoreciendo y promoviendo su vacunación *“Me han atendido bien, tengo las vacunas del COVID”* (Persona privada de libertad), como también se da cuenta la realización de exámenes médicos cuando son requeridos, los cuales se registran posteriormente en la ficha clínica de la persona.

En síntesis, con los antecedentes expuestos previamente, **el CPT evalúa la salud como “bueno”**, apreciándose que la unidad ha logrado generar estrategias de solicitud, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos, como también de generar interconsultas cuando es necesario. Se valora positivamente la gestión de la unidad con relación al acceso a la salud, dotación del personal, y promoción, prevención, control y manejo de enfermedades de las personas imputadas.

## 3.5. Medidas de protección

### 3.5.1. Acceso a información

Con relación al acceso de información por parte de las personas privadas de libertad, funcionarias/os dan cuenta que al ingresar estos se les explican las razones de su internación y se les realiza una ficha médica, donde se registra su ingreso, pudiendo solicitar a la dupla psicosocial mayor información de sus procesos cuando las personas lo desean, comentando ellos *“Conozco mi tratamiento, mis remedios, sé para qué sirven”* (Persona privada de libertad); en contraposición se apreció que aquellas personas que ingresaron con mayor descompensación, desconocen ciertos asuntos de sus causas y motivos de ingreso, sin contar de manera posterior con instancias de orientación *“No me las explicaron porque llegué muy loco”* (Persona privada de libertad); no existiendo instancias formales de reiteración u orientación en relación a las reglas del recinto durante el transcurso del tratamiento, lo que se hace necesario ya que se pesquisa que las personas señalan no recordar debido a los efectos propios de su patología y la medicación recibida.

### 3.5.2. Mecanismos de solicitudes y de quejas

En la Unidad existe un libro de reclamos, sugerencias y felicitaciones que permite que las situaciones que afectan a las personas, queden registradas *“Sé que puedo hacer reclamos, hay un libro de reclamos, una vez tuve un problema con un enfermero y puse la queja ahí”* (Persona privada de libertad). Cuando ocurre un reclamo se intenta dar solución dentro de la unidad, sin embargo, estas situaciones siempre se dan cuenta a la OIRS del Hospital psiquiátrico del Salvador *“Ellos lo ponen en el libro de sugerencias y reclamos y después nosotros lo llevamos a la OIRS del área de salud del Hospital y ahí se ingresan al sistema”* (Funcionaria/o).

Sin embargo, varias personas privadas de libertad refirieron tener la percepción de que los mecanismos de quejas no funcionan adecuadamente, reflejándose en la falta de respuestas y/o la poca adecuación a sus solicitudes, afectando a largo plazo a que interpongan estas.

### 3.5.3. Acceso a la justicia y reparación

Las/os funcionarias/os expresan que todas las personas tienen acceso a conocer el estado de su causa, lo que realizan por medio de la dupla psicosocial o del administrativo encargado del área judicial

*“Nos ayuda bastante con las dudas que se dan. como del tema judicial de ellos nosotros no sabemos mucho, lo manejan más los profesionales al lado; les decimos que tienen que esperar a que llegue la asistente; aunque nosotros manejamos información, pero en menor cantidad, pero se maneja”* (Funcionaria/o).

En otro orden de ideas, señalan en cuanto a los abogados, que estos no vendrían con regularidad a la unidad, existiendo poca información y comunicación con ellos por parte de las personas *“si acá vienen sus abogados, pero depende del abogado cuando viene, pero no vienen casi nunca”* (Funcionaria/o), *“no sé en qué está mi causa”* (Persona privada de libertad), valorando este aspecto como desfavorable para las personas.

### 3.5.4. Egreso

Respecto al egreso y seguimiento post-egreso este dependerá en primer lugar de la realización de la pericia psiquiátrica y posterior resolución del tribunal, el cual dictamina si la persona es imputable o inimputable, lo cual implica si debe o no cumplir condena y las condiciones de esta

*“aquí hay un control post alta y va dependiendo de la calidad jurídica en que quede cada paciente; entonces los que se van para adentro, se van a la cárcel se hace de manera interna y pasa toda la parte médica al Hospital de acá, y si van para afuera, ellos mismos son los responsables de sí mismos y de ir al Hospital cada 15 días, ir a su control post alta y mantener su continuidad; muchas veces la calidad jurídica es con ese requisito, que tengan continuidad de 1 o 2 años de controles efectivos, pero eso lo dictamina el juez cuando ya tienen condena”* (Funcionaria/o).

### 3.5.5. Supervisión independiente. Medidas de Prevención

Al consultar sobre la ocurrencia de supervisiones independientes, se refiere que solo en una oportunidad se realizó por parte del servicio de salud, con el fin de observar la infraestructura *“una vez vinieron pero a ver nuestra infraestructura, los quedan la autorización sanitaria, algo así, y vieron los baños, el vestuario”* (Funcionaria/o), posterior a ello exponen que no han tenido ningún tipo de supervisión ni por el Hospital Psiquiátrico del Salvador, como tampoco por gendarmería.

De las medidas de prevención referentes a malos tratos, se observa la existencia de protocolos a utilizar en situaciones de crisis, asimismo, las/os funcionarias/os refieren intentar anticipar y controlar el progreso de las alteraciones en las personas con diagnóstico de salud mental, y de esta forma poder prevenir su ocurrencia

*“sí cuando hay pacientes más irritables se viene, porque nuestra labor acá es estar todo el día no encima de ellos pero observándolos, observando su estado de ánimo, observando su contacto con los otros y consigo mismo, observando su contacto con el personal de salud, entonces sí, sí, si hay un trabajo previo”* (Funcionaria/o);

*“por eso es tan importante que nosotros siempre estemos acá vigilando las cámaras, porque esos actores se observan, se previenen, y se cambian”* (Funcionaria/o).

En resumen, con los antecedentes expuestos, **el CPT evalúa las medidas de protección como “parcial”**, apreciándose que la unidad ha establecido acciones y mecanismos para establecer canales de comunicaciones y acceso a información por parte de las personas privadas de libertad. Es de preocupación que los libros de reclamos, no cuentan con la privacidad suficiente, quedando expuesto sin resguardo, pudiendo prestarse para posteriores represalias. Se observa la ausencia de supervisiones externas, lo que puede promover una invisibilización de las necesidades de la unidad y de los derechos de las personas.

## 3.6. Trato

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

En cuanto a las contenciones estas se encuentran protocolizadas desde el Hospital Psiquiátrico del Salvador, utilizándose estas en personas que se encuentren en una crisis y/o con agitación psicomotora, realizando este procedimiento de forma gradual según sus distintas etapas (contención emocional, ambiental, farmacológico y física). Si bien, funcionarias/os comentan que la contención física no se realiza con frecuencia, debido a que en la conformación de los turnos priman profesionales mujeres, lo que dificulta la realización de contenciones físicas.

*“acá se aplica mucho la contención emocional, ambiental y farmacológica. Entonces por lo mismo como los pacientes son más hombres, y porque no tenemos la dotación completa de Gendarmería, por lo mismo se ha ido terminando un poco la física, se llega al punto como máximo, cuando el paciente se está autoinfligiendo heridas o esta hetero agresivo con los demás, entonces ahí se llega a contención, o cuando intenta agredir a alguien, de hecho, como le dijo somos la unidad que tenemos menos contención a nivel hospitalario”* (Funcionaria/o),

esto difiere con lo mencionado por las personas privadas de libertad, quienes señalan que la contención con uso de fuerza, se utiliza de forma excesiva y con acciones que generan un impacto físico y emocional, mencionando algunas prácticas de sabana, llaves en el piso y aplicación de inyecciones intramusculares en sus muslos *“aunque estemos acá, igual entendemos con palabras”* (Persona privada de libertad); *“Hablan primero,*

*después viene la contención. Y si sigue, le dan una pastilla, una inyección o le ponen una camisa de fuerza”* (Persona privada de libertad); *“acá hay personas que tratan muy mal”* (Persona privada de libertad), dando cuenta de que estos procedimientos serían excesivos, dolorosos y que en algunas ocasiones les han generado lesiones.

Cabe destacar que solo en estos procedimientos y cuando personal de salud lo solicita, es que funcionarios de Gendarmería ingresan a apoyarlos. Las/os funcionarias/os expresan que esto se realiza en última ratio cuando no se ha podido contener la crisis de la persona de manera emocional o ambiental, utilizándose como principal medida de control el condicionar la entrega de cigarrillos a cambio de una mejor conducta, y en caso de no ser efectivo, se realiza un aislamiento preventivo *“está la suspensión de cigarro y el aislamiento preventivo, dependiendo de lo que haya hecho puede tener las dos o puede tener una”* (Funcionaria/o).

Respecto a otros procedimientos en la unidad refieren no realizar TEC, psicocirugías, esterilizaciones quirúrgicas o investigación clínica.

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

Del aislamiento y su utilización, las/os funcionarias/os relatan su intento por utilizarlo de manera acotada, únicamente cuando no es posible contener una crisis, refiriendo la importancia de conocer por medio de la observación los factores que generan e inciden en desencadenantes de crisis. Este se realizaría en las propias habitaciones de las personas privadas de libertad, siendo vigilados en todo momento desde las cámaras de seguridad por una/un funcionaria/o a fin de monitorearlo y que posterior al cese de esta pueda volver a sus actividades; cabe destacar que al realizar un aislamiento este queda debidamente informado en la ficha clínica.

Agregan que este procedimiento también se utilizaría en situaciones de intento de suicidio, a fin de poder vigilarlos de manera precisa y constante

*“sí, intentos de suicidios tenemos hartos, ellos están todo el día acá así de simple, y los pacientes antisociales empiezan a ver todos los puntos ciegos, porque tiene su mentalidad antisocial y va más adelante que los demás, entonces hacen intentos de suicidio, o de repente nos pasa que un tiempo en la larga estadía de los pacientes se iban pasando el dato de lo que tenían que decir como más paciente psiquiátrico o abórvate, abórvate porque eso te cataloga más psiquiátrico. Entonces pasa que no todos los intentos de suicidio es porque los pacientes están con crisis, si no que quieren demostrar o manipular con ese intento, ahí es cuando el equipo está siempre alerta y viendo que tipo de suicidio está haciendo”* (Funcionaria/o);

refiriendo que hace poco tiempo todo el equipo de la unidad realizó un diplomado en prevención del suicidio, lo cual les ha permitido realizar un trabajo especializado y mejor, cuando ocurren estas situaciones.

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

En relación con la violencia institucional las/os funcionarias/os comentan que en general existe un trato cordial y respetuoso hacia las personas de la unidad y viceversa, no obstante, refieren que han ocurrido situaciones de malos tratos los cuales han generado sumarios administrativos

*“han salido dos enfermeras de esta unidad, una de todo, ahí estuvieron los malos actores, si una por agresión a un paciente, ella no lo agredió, pero estaba ahí, porque habían vínculos amorosos con una persona que lo agredió, una*

*persona de gendarmería, y ella avaló eso, y ella salió y el funcionario salió también, lo dieron de baja por otro sumario. La otra tuvo malas prácticas como enfermera y como mujer, se involucró con un paciente, y también avaló una agresión, encerró a un paciente, era un abuelito y claro, ella hacía terapia con otros pacientes, y se ponían a jugar basquetbol, o juegos o deportes, y había un caballero que era bien indefenso, abuelito y no encontró nada mejor que ir y encerrarlo en el comedor, hasta que él se desesperó y empezó a pegar. (...), se realizaron los sumarios desde el Hospital; (...), a nosotros nos hubiera gustado que gendarmería, cuando el funcionario agredió a un paciente de nosotros, que gendarmería igual hubiera tomado el procedimiento por área de gendarmería y se hubiese hecho una investigación, y no paso nada, gendarmería que hizo, lo tomó y lo cambio de unidad” (Funcionaria/o).*

Por su parte las personas exponen malos tratos por ciertas/os funcionarias/os específicas/os “no, el trato del personal no es adecuado. He visto malos tratos” (Persona privada de libertad), “una vez tuve un problema con un enfermero, el tío X pero él tiene muchos problemas con todos los pacientes” (Persona privada de libertad).

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

Respecto al trato entre los usuarios en general es adecuado y favorable, ocurriendo en menor medida situaciones de violencia entre pares, las cuales están vinculadas principalmente a los estados de ánimo de ellos “el trato es bueno, se llevan bien los compañeros de pieza. Uno trata de llevar la fiesta en paz” (Persona privada de libertad);

*“el trato entre ellos mismos, si se respetan ellos, es un buen grupo, son respetados entre ellos, igual a veces tienen sus conflictos interpersonales entre ellos, pero son temas con la ropa, o que en la mañana uno amaneció con un estado de ánimo más corto que otro y entonces no quiere que nadie lo moleste, y ese tipo de conflictos que se zanján acá mismo; y cuando llegan así a golpes, se hacen las contenciones” (Funcionaria/o),*

En síntesis, con los antecedentes expuestos previamente, el **CPT evalúa el trato como “parcial”**, ya que si bien existen protocolos de actuación, se conoció la ocurrencia de malos tratos al interior de la unidad por parte de funcionarias/os a personas imputadas, las cuales han sido expuestas por las/os distintas/os entrevistadas/os, siendo preponderante mejorar estas prácticas a fin de resguardar el bienestar integral de las personas.

## **3.7. Gestión del establecimiento y del personal**

### *3.7.1. Condiciones laborales (sobrecarga, turnos, recursos, percepción valoración de su trabajo)*

De las condiciones laborales de la unidad en específico, se conoce que presentan una dotación de médico psiquiatra, un médico general, una enfermera, psicóloga/o, trabajadora/or social, dos TENS, y dos auxiliares, además de una vacante para terapeuta ocupacional; refiriendo la necesidad de aumentar su dotación de personal debido a la complejidad de las personas a tratar

*“de funcionarios si, falta, nuestros pacientes son fortuitos, nunca se sabe cómo van a estar, y tenemos equipos de solo mujeres, por ejemplo en nuestro turno somos 4 mujeres y solo 1 varón, entonces para nosotros el apoyo de gendarmería es bien importante, porque si bien no pueden meterse en el procedimiento, pero si están ahí como personal de respaldo;*

*porque acá se supone que si los usuario intenta agredirnos a nosotros como funcionarios, gendarmería puede entrar a hacer su procedimiento por gendarmería” (Funcionaria/o).*

En otro orden de ideas las/os funcionarias/os comentan que en la actualidad realizan 4º turno de 12 horas, refieren que durante el periodo de estallido social y pandemia realizaban turnos de 24 horas, lo cual generó una alta carga laboral

*“de repente nos tocaba cubrir, (...), con la pandemia habían hartos compañeros que eran personas de riesgo y todas esas personas se fueron, entonces los que nos quedamos al principio tuvimos que hacer muchos turnos (...) era muy agotador, llegamos al punto de poder dejarlo y volver a nuestros turnos, y todos quisimos dejar de hacer los turnos de 24” (Funcionaria/o).*

### *3.7.2. Formación del personal (asimilación protocolos, formación DD.HH. y temas específicos como grupos vulnerables)*

Las/os entrevistadas/os refieren que se les han realizado capacitaciones en el área de salud gestionadas desde el Hospital Psiquiátrico del Salvador, las que no han contemplado capacitaciones en derechos humanos. No obstante, expresan su preocupación y necesidad de ser capacitados en temáticas de Gendarmería, y que a Gendarmería se le capacite en temáticas del área de salud y principalmente al trato con personas con diagnóstico de salud mental, ya que el desconocimiento del funcionamiento de cada área ha generado un menoscabo en trabajo diario, al no poder complementarse adecuadamente entre las/os funcionarias/os de ambas instituciones

*“No podemos optar a las capacitaciones de gendarmería, y tampoco se ha dado el vínculo para que los gendarmes se capaciten con los de salud. Gendarmería ha utilizado sus métodos para capacitarlos para que trabajen acá; de hecho ellos (gendarmes) se adaptan acá por temas de rutina, de larga estadía, van viendo cómo van funcionando, cuando son ellos los que tienen que intervenir, cuáles son los resguardos que tienen que tener” (Funcionaria/o).*

### *3.7.3. Gestión y organización del establecimiento*

Referente a la gestión y organización del establecimiento se da cuenta la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria posee un equipo de funcionarias/os de su exclusividad, lo que permitiría una mejor organización de sus turnos y funciones, como también favorece al trabajo con las personas ingresadas a esta unidad, ya que permite la generación de vínculos con ellos. Se aprecia finalmente una valoración positiva relacionada al buen trato y disposición de trabajo que existe entre los equipos de trabajo.

Cabe destacar la dificultad de gestión que señalan las/os funcionarias/os toda vez que existiría una descoordinación entre el Hospital y gendarmería, ya que cada uno establecería distintas normativas, las cuales se contraponen unas con otras, generando dificultades en sus quehaceres cotidianos en la unidad

*“Abí yo le siento un déficit, un déficit como del funcionamiento de salud y gendarmería, ha costado mucho, ya llevamos 8 años, 9 años y ha costado mucho la coordinación en cierta manera. (...) abí uno ve una descoordinación del área de salud con el área de gendarmería (...) es un bumerán de emociones, una montaña rusa, uno puede estar con una emoción y te la bajan, porque son estrictos, pero estrictos, estrictos con sus maneras de trabajar, y nosotros tenemos otras, y uno se trata de adaptar, pero al final ellos son como los dueños de casa como les decimos” (Funcionaria/o).*

En resumen, con los antecedentes expuestos, **el CPT evalúa la Gestión del establecimiento y del personal como “insuficiente”**, dando cuenta de una brecha entre las autoridades del Hospital Psiquiátrico



del Salvador de Valparaíso y gendarmería, debiendo las/os funcionarias/os de la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria coexistir entre ambas instituciones, percibiendo un abandono por parte de ambos con relación a la gestión y organización del establecimiento, y de las condiciones laborales de las/os funcionarias/os.

### 3.8. Autonomía

#### 3.8.1. *Autonomía en el régimen de actividades*

De la autonomía en el régimen de actividades, se da cuenta, que las personas mantienen rutinas fijas, estables y constantes, relativas al despertarse, higiene, comidas, sueños y visitas; esto refieren con el fin de establecer un orden, tanto para las personas imputadas, como para la propia unidad. Respecto a la necesidad de comunicación en otros idiomas, no cuentan con traductoras/es ni interventoras/es interculturales permanentes que puedan favorecer la comunicación con la persona, esto ya que las personas que necesitan este servicio serían una excepción a la regla, siendo relevante que la unidad cuente con una red de traductoras/es, para cuando estos se requieran. En cuanto al derecho a la vida afectiva y sexual, se encuentra limitado, a la vinculación por medio de visitas con sus familiares y/o amigos, cabe señalar que se encuentran prohibidas las interacciones y/o relaciones sexuales al interior de la unidad.

#### 3.8.2. *Respeto por el ejercicio de su capacidad jurídica*

Con relación al ejercicio de la capacidad jurídica de las personas, estas pueden tomar decisiones en su vida personal y patrimonial, favoreciendo las/os funcionarias/os la vinculación con sus familiares y redes de apoyo. Ahora bien, con el contacto con la comunidad, se conoce que debido a encontrarse en una unidad penal y de transición, no cuentan con la posibilidad de salidas al exterior, como tampoco de la participación en organizaciones sociales y/o religiosas.

#### 3.8.3. *Autonomía en la atención en salud*

Si bien las personas se les explica su plan de salud, no se observa que se incorporen sus sugerencias u opiniones, como tampoco alternativas a este, debido a ser una unidad transitoria, orientándose principalmente a disminuir crisis y evaluar psiquiátricamente a la persona privada de libertad.

En cuanto al acceso de métodos anticonceptivos, considerando que dentro del recinto se tiene prohibida la interacción sexual y no tienen posibilidad de venustorios, como tampoco de realizar salidas al exterior no se ha abordado la posibilidad de tener familia o hijas/os mientras se encuentren en la unidad.

En resumen, con los antecedentes expuesto previamente, **el CPT evalúa la autonomía como “insuficiente”** en los diferentes ámbitos, ya que se aprecia que las personas presentan una autonomía disminuida en las diversas esferas de su vida, sin posibilidad de tomar decisiones concretas, más bien estas decisiones son tomadas por las/os funcionarias/os y comentadas a las personas, pudiendo ellos en algunos casos emitir su opinión.

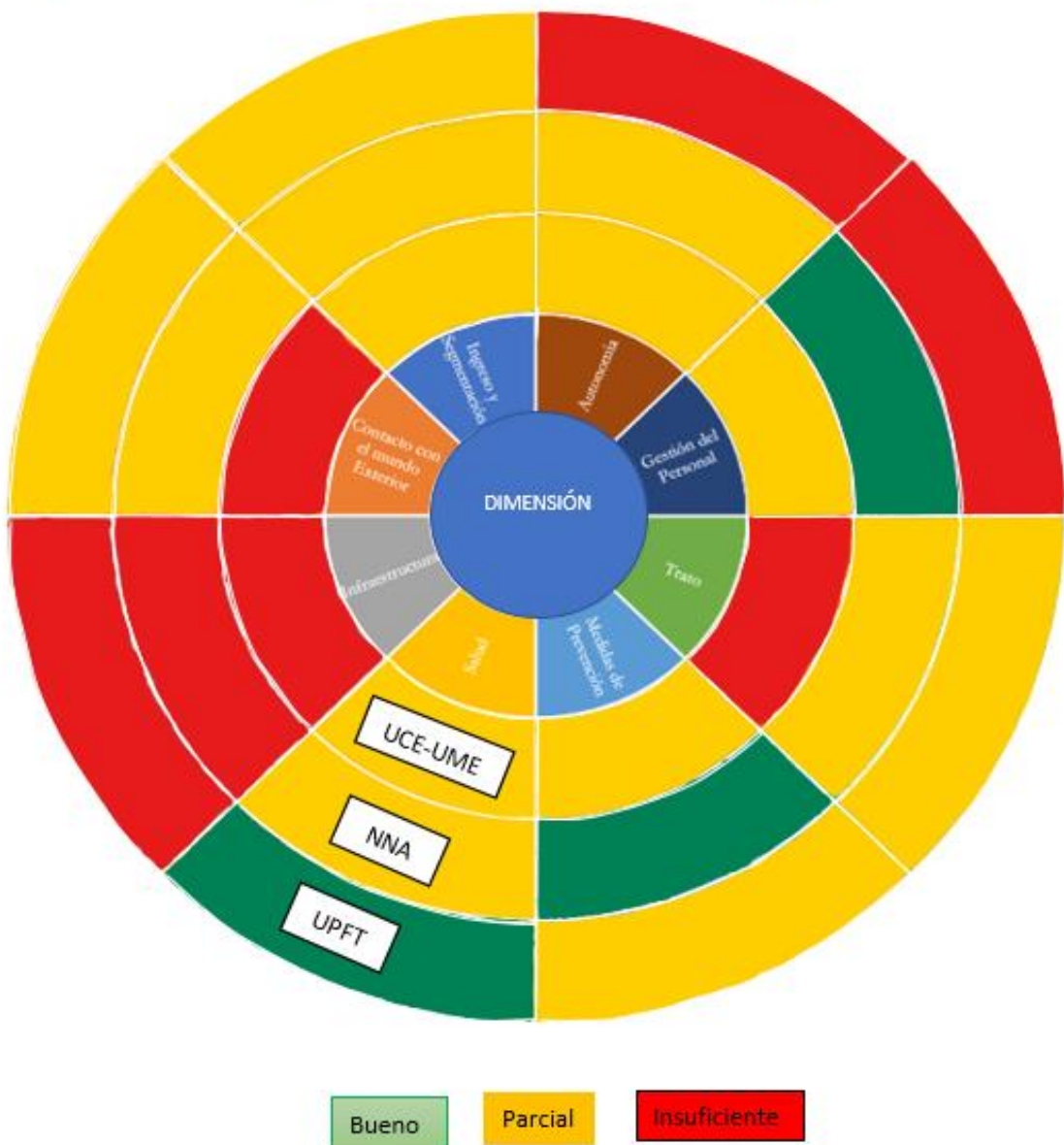
## VII. Evaluación CPT: asignación de niveles de logro.

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 en los recintos visitados, 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 diagnóstico de salud mental. Para mayor información ver anexo 1.



Niveles de Logro por Dimensión según Unidad

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



Bueno
Parcial
Insuficiente

## VIII. Recomendaciones

El presente apartado expone las recomendaciones elaboradas por el CPT al Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, a la luz de los hallazgos obtenidos durante la visita realizada los días 14 y 15 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-Chile 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 ocurrencia de tortura y/o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

### 1. Recomendaciones al Hospital del Salvador:

#### *Régimen y actividades*

1. Se insta al Hospital a realizar de manera inmediata procesos de segmentación en las diferentes unidades del Hospital Psiquiátrico 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 diagnóstico 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. En unidades de corta estadía, se insta a corto plazo a promover la realización sistemática de actividades que favorezcan los procesos de recuperación, y prevengan procesos de deterioro en las personas de salud mental, incorporando sus preferencias en la programación. Se sugiere incluir talleres informativos y de orientación laboral, acceso a recursos sociales, comunitarios y económicos, promoviendo la utilización de estos recursos.
4. Se sugiere implementar a corto plazo una adecuada conexión de señal de TV, mediante antenas de televisión de las diferentes unidades, permitiendo así un uso apropiado de estos.
5. Se recomienda a corto plazo disponer de mayor cantidad de materiales recreativos, didácticos y de lectura acorde a la edad de las personas.
6. Al Hospital Psiquiátrico, se insta, a corto plazo, realizar más actividades en patio con los NNA de la unidad infanto-juvenil, propiciando el uso exclusivo de este, a fin de resguardar su integridad biopsicosocial.
7. Al Hospital Psiquiátrico, se insta a que, a mediano plazo, genere una unidad de transición para adolescentes entre 15 y 17 años, a fin de segregarlos de la población adulta, y de esta forma poder generar prestaciones específicas de acuerdo a sus necesidades y grupo etario.

#### *Contacto con el mundo exterior*

8. Al Hospital Psiquiátrico, se sugiere a corto plazo reanudar el régimen de visitas con familiares y amigos 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. En este punto, se sugiere que los NNA reciban a sus visitas en un espacio diferenciado al que usan las personas adultas.
9. Se sugiere también a corto plazo, que todas las secciones del Hospital Psiquiátrico cuenten con al menos un teléfono celular para recibir y efectuar llamadas, y, en aquellas secciones en que se cuenta con ello, pero que el número de personas es mayor a cinco, se habiliten más teléfonos celulares.

Estos, a diferencia de los teléfonos fijos, también permiten efectuar videollamadas, lo que puede mejorar la vinculación de los 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.

10. Se recomienda al Hospital Psiquiátrico, a corto plazo, retomar progresivamente las actividades al aire libre, las cuales pueden empezar haciendo mayor y más extendido uso del patio y zonas interiores del Hospital, disminuyendo así las horas de encierro.

### *Condiciones materiales*

11. Se insta al Hospital Psiquiátrico, a corto plazo, propiciar espacios de diálogo con Gendarmería de Chile, con la finalidad de acordar mejoras en las instalaciones de la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria ubicada al interior del complejo penitenciario de Valparaíso, especialmente las referidas a aislamiento .
12. Se recomienda al Hospital Psiquiátrico, a corto plazo, actualizar los programas de cámaras de seguridad, como también instalarlas en aquellos puntos ciegos que presentan las unidades, a fin de evitar y/o documentar situaciones de riesgo.
13. Se recomienda al Hospital Psiquiátrico, a mediano plazo, mejorar las condiciones físicas de las salas de recreación y descanso, en particular el mobiliario.
14. Al Hospital Psiquiátrico, se insta, en un mediano plazo, a remodelar instalaciones, especialmente de techos, baños y aislamiento térmico, resguardando la utilización de materiales que no propicien factores de riesgo a las personas con diagnóstico de salud mental.
15. Se insta al Hospital Psiquiátrico, a mediano plazo, a implementar estructuras que permitan la accesibilidad para personas con discapacidades físicas en espacios comunes.

### *Salud*

16. Se insta al Hospital Psiquiátrico a generar estrategias a corto plazo con los establecimientos de la red asistencial de salud, a fin de establecer interconsultas de manera óptima y expedita, y disminuir los tiempos de espera a las personas con diagnóstico de salud mental (Ejemplo: considerar un horario diferenciado, avisar urgencias, entre otras).
17. Se recomienda al Hospital Psiquiátrico informar a corto plazo a los usuarios, cada vez que sea necesario sobre el propósito de los medicamentos y sus posibles efectos adversos, resguardando el derecho a rechazar el tratamiento.
18. Se sugiere al Hospital Psiquiátrico realizar a mediano plazo un plan de acción junto al Servicio de Salud que permita mantener un stock de medicamentos de uso frecuente y/o necesarios (Ejemplo: medicamentos de carro de paro) y otorgar atención oportuna a las necesidades de las/os pacientes.

### *Medidas de protección*

19. Se recomienda al Hospital Psiquiátrico, a corto plazo, proveer información clara y completa sobre los derechos de las y los usuarios en forma escrita y verbal durante toda su estadía, por medio de afiches y charlas con las personas con diagnóstico de salud mental. Además, que considere la entrega de información sobre el acceso de organismos independientes, representantes legales y defensores de derechos humanos que permitan proporcionar a los usuarios 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.

20. Se insta a las autoridades del Hospital Psiquiátrico, a corto plazo, a realizar supervisiones periódicas, como mínimo una vez al mes, a las diferentes unidades de este, especialmente a la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria.
21. Se insta a corto plazo a proporcionar información clara y completa sobre la evaluación, diagnóstico, opciones de tratamiento y recuperación, permitiéndole a las personas a tomar decisiones libres e informadas, agregando un apartado destinado a ideas, opiniones, comentarios y sugerencias de los usuarios, de manera de promover su participación activa en estos planes.
22. Al Hospital Psiquiátrico, se sugiere elaborar a mediano plazo sistemas para formular observaciones y/o reclamos independientes del “libro de reclamos”, que favorezca una mayor privacidad y que pueda tener un canal directo hacia las/os encargadas/os de gestionar las solicitudes.

### *Trato*

23. Se insta al Hospital Psiquiátrico, a corto plazo, a 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.
24. Se insta al Hospital Psiquiátrico, a corto plazo, a desarrollar y posteriormente socializar un protocolo de actuación que permita garantizar la protección de los usuarios que han sido víctimas de abuso o descuido al interior de la unidad, con difusión en todo el establecimiento.
25. Se urge al Hospital Psiquiátrico, a corto plazo, a no realizar Terapia Electroconvulsiva mientras no existan las condiciones para su aplicación en su modo modificado y bajo los estándares internacionales de DD.HH. (utilización de anestesia general y relajante muscular y la no indicación a personas menores de 18 años), no debiendo realizarse este procedimiento si no se cumple con estos estándares.
26. Se insta al Hospital Psiquiátrico, a mediano plazo, a actualizar protocolo de procedimiento de Terapia Electroconvulsiva, y se debe socializar con todo el equipo médico y de apoyo.

### *Gestión del establecimiento y del personal*

27. Se recomienda al Hospital Psiquiátrico otorgar en el corto plazo atención psicológica externa y/o intervención en crisis a los equipos expuestos a situaciones de violencia y agresión.
28. Se insta a las autoridades del Hospital Psiquiátrico a generar a corto plazo estrategias, tales como designación de profesionales encargados de comunicación en cada área, reuniones semanales, entre otras, que permitan una mejor y mayor coordinación entre unidades, favoreciendo canales de comunicación más expeditos.
29. Se recomienda al Hospital Psiquiátrico realizar a corto plazo un levantamiento de brechas de recursos humanos.
30. Se recomienda al Hospital Psiquiátrico desarrollar a mediano plazo 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 trabajadoras y promover así un mejor ambiente laboral.
31. Al Hospital Psiquiátrico 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.
32. Se recomienda al Hospital Psiquiátrico realizar capacitaciones a mediano plazo en promoción de buen trato, necesarios para garantizar procesos de prevención de tortura y malos tratos.

33. Se insta a mediano plazo al Hospital Psiquiátrico y Gendarmería a realizar procesos de capacitación en conjunto a las/os funcionarias/os que se desempeñan en la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria.
34. Se insta a las autoridades del Hospital Psiquiátrico a generar a mediano plazo instancias de trabajo con las diferentes unidades, a fin de elaborar planes específicos y especializados según las necesidades de cada uno de estos. En cuanto a la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria ubicada al interior del complejo penitenciario, se insta que este plan de acción se realice en coordinación con Gendarmería.

### *Autonomía*

35. Se insta al Hospital Psiquiátrico promover a mediano plazo la participación del usuario en la construcción de su plan de *recuperación* orientado a garantizar el ejercicio de su capacidad jurídica. Para ello, se recomienda considerar *voluntades anticipadas* que especifiquen la identificación de posibles gatillantes de crisis por parte de los usuarios, 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.
36. Se sugiere al Hospital Psiquiátrico mapear y articular a mediano plazo, los posibles actores que otorguen recursos sociales, comunitarios y económicos a los que pueden acceder las personas con diagnóstico en salud mental para promover su integración en la vida cotidiana, laboral y/o educacional.
37. Se recomienda al Hospital Psiquiátrico generar a mediano plazo capacitaciones en temas del “abordaje de la sexualidad en personas con diagnóstico de salud mental” para funcionarias/os. Junto a ello, incorporar en el plan de salud el ejercicio de la vida sexual de las personas, con resguardo de los espacios e intimidad.

## 2. Recomendaciones a actores claves

### *Contacto con el mundo exterior*

1. Se insta al **Municipio de Valparaíso**, 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 diagnóstico de salud mental con el mundo exterior.
2. Se insta al **Municipio de Valparaíso** 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 gestionar a mediano plazo los recursos presupuestarios necesarios para arreglar las instalaciones defectuosas detectadas, especialmente en lo referido a electricidad, techos, ventanas y alcantarillado, resguardando la utilización de materiales que no propicien factores de riesgo a las personas con diagnósticos de salud mental.

### *Salud*

4. Se insta al **Hospital Carlos Van Buren** de Valparaíso a generar a corto plazo estrategias de atención prioritaria para personas con diagnóstico de salud mental provenientes de Hospitales Psiquiátricos (Ver recomendación N° 17 dirigida al hospital).
5. Se sugiere al **Servicio de Salud** realizar a mediano plazo un plan de acción junto al Hospital que permita mantener un stock adecuado de medicamentos y otorgar atención oportuna a las necesidades de las/os pacientes (Ver recomendación N° 19 dirigida al hospital).
6. Se insta al **MINSAL**, 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. Se insta a la **SEREMI de Salud**, a corto plazo, a realizar fiscalizaciones periódicas y a trabajar en conjunto con el Hospital Psiquiátrico, en particular a los actos vinculados al mandato de la COREPREM.
8. Se insta al **Servicio de Salud** a realizar a corto plazo supervisiones periódicas a fin de visualizar necesidades y favorecer procesos de cambio en caso de necesitarlos en las diferentes unidades.
9. Se sugiere a mediano plazo a los **Tribunales de Familia de Valparaíso** establecer con el Hospital Psiquiátrico del Salvador criterios clínicos de derivación y de internación involuntaria de personas con diagnóstico de salud mental.
10. Se insta a **GENCHI** en conjunto con **INDH regional** y la **Defensoría Penal Pública** en el mediano plazo el establecimiento de mesas de trabajo, que permita garantizar el acceso a la justicia para los usuarios, toda vez que lo requieran, como, por ejemplo, en la apelación sobre tratamientos o internaciones involuntarias.

### *Trato*

11. Al **MINSAL**, especialmente a la Subsecretaría de Salud Pública, se insta a mediano plazo a realizar actualizaciones a la norma técnica de Terapia Electroconvulsiva según los estándares internacionales vigentes, así como promover su estricto procedimiento; realizando constantes supervisiones y monitoreo en su aplicación.
12. Al **MINSAL**, especialmente a la Subsecretaría de Salud Pública, se insta a mediano plazo a 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. Se recomienda al **Servicio de Salud**, a corto plazo, gestionar los recursos financieros para cubrir brechas de recursos humanos.

14. Se recomienda a **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. Se insta a **GENCHI** realizar a mediano plazo procesos de capacitación, en conjunto con el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Valparaíso, a las/os funcionarias/os que se desempeñan en la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria.
16. Se recomienda a **GENCHI**, a mediano plazo, establecer una activa articulación con el **Hospital** y el **Servicio de Salud** para dar cumplimiento de las recomendaciones entregadas.
17. Se insta a la **Superintendencia de Salud**, 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 diagnóstico 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 del Salvador de Valparaíso, a fin de socializar la información y poder generar instancias de conversación y trabajo en conjunto a de manera urgente, corto, mediano y largo plazo. Para efectos de los tiempos, se estipulan lo siguiente:

<b>Carácter</b>	<b>Plazo</b>
Urgente	Inmediata
Corto	Seis meses
Mediano	Un año
Largo	Más de un año

En segundo lugar, se buscará impulsar instancias de abogacía de los resultados de la visita con actores estratégicos que interactúen con el Hospital, a fin de generar un trabajo en conjunto.

En tercer lugar, se buscará dar seguimiento a la implementación de las recomendaciones, 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 se realizarán estos.

## X. Referencias Bibliográficas

- Asociación para la Prevención de la Tortura [APT] (s.f.). *Detention Focus*.  
<https://www.appt.ch/es/centro-de-conocimiento/detention-focus-database>
- 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 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.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 18 de abril de 2016.  
[https://ddhh.minjusticia.gob.cl/media/2016/12/CRPD\\_C\\_CHL\\_CO\\_1\\_23679\\_S.pdf](https://ddhh.minjusticia.gob.cl/media/2016/12/CRPD_C_CHL_CO_1_23679_S.pdf)
- Fiscalía Nacional. (2018). *Protocolo Intersectorial de Alerta Temprana Ante Muertes Bajo Control, Custodia o Cuidado del Estado*.
- Historia de la Ley N° 21.331 (s.f.). sobre protección de la salud mental. Diario Oficial de la República de Chile <https://www.bcn.cl/historiadelaley/historia-de-la-ley/vista-expandida/7866/>.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos [INDH] (2017). *Informe Anual 2017*. Instituto Nacional de Derechos Humanos.
- 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>
- Ministerio de Salud [MINSAL] (2000). *Norma Técnica Terapia Electroconvulsivante Modificada, normas técnicas y metodología de aplicación*.
- Ministerio de Salud [MINSAL] (2018). *Modelo de Gestión. Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud. MINSAL*.
- Ministerio de Salud [MINSAL]. *Oficio OR: A15 N° 2145*. 11 de mayo de 2022.
- 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>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Escuela de Salud Pública*. Facultad de Medicina, Universidad de Chile – Organización Mundial de la Salud.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 3 de enero de 1976.  
<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- 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



Secretario Regional Ministerial de Salud Región de Valparaíso [SEREMI Valparaíso]. *Oficio Ord.:*  
N° 719. 20 de julio de 2022.

X. Anexo

Anexo 1.

