

Informe de Visita
Residencia Protegida Manuel Montt

Elaborado por el

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

Enero, 2023

Índice

I.	Introducción	3
II.	Presentación del CPT	4
III.	Antecedentes	5
1.	Marco legal	5
2.	Justificación del problema	7
3.	Contexto de la visita	8
IV.	Objetivos de la visita	9
V.	Metodología de la visita	9
1.	Trabajo de campo	9
2.	Recolección de información: estrategias de levantamiento de la información y muestra	11
3.	Dificultades y limitaciones de la recolección de información	12
4.	Dimensiones y subdimensiones monitoreadas	12
5.	Procesamiento y análisis de la información	13
6.	Consideraciones éticas	14
VI.	Hallazgos de la visita	15
VII.	Evaluación CPT: asignación de niveles de logro.	36
VIII.	Recomendaciones	37
IX.	Seguimiento	43
X.	Referencias Bibliográficas	44

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, Germán Díaz Urrutia, Marcela García Sepúlveda, Gonzalo Horstmeier Garote.

Equipo de investigación, análisis y redacción

Javiera Canessa Cordero, Germán Díaz Urrutia, Marcela García Sepúlveda, Gonzalo Horstmeier Garote.

Edición final

Javiera Canessa Cordero, Gonzalo Horstmeier Garote.

Santiago, enero, 2023

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] (2023), *Informe de visita Residencia Protegida Manuel Montt*. 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) a la Residencia Protegida Manuel Montt. La visita tuvo lugar el día 23 de noviembre, y su objetivo general fue analizar los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes que afectan a personas con diagnósticos de salud mental en este recinto. Esta actividad forma parte de la programación anual de visitas preventivas y exhaustivas del CPT a diversos centros de salud mental del país.

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

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

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

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

II. Presentación del CPT

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

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

- Examinar periódicamente las condiciones de las personas privadas de libertad y el trato que reciben.
- Realizar visitas periódicas preventivas no programadas y de monitoreo a los lugares de privación de libertad que determine libremente.
- Reunirse con las personas que se encuentren en el lugar objeto de su visita y efectuar las entrevistas personales o grupales que estime pertinente.
- Realizar las recomendaciones pertinentes a las autoridades competentes del servicio responsable del lugar de privación de libertad.

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

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

III. Antecedentes

1. Marco legal

1.1. Marco legal internacional

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

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

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

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

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

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

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

En el mismo sentido, el CPT asume su mandato en el marco de las recomendaciones del Relator Especial sobre la Tortura (2013), que, en sus recomendaciones, exhorta a los Estados a:

“Hacer cumplir la prohibición de la tortura en todas las instituciones de atención de la salud, tanto públicas como privadas, por ejemplo, entre otras cosas, declarando que los abusos cometidos en el contexto de la atención de la salud equivalen a un trato o pena cruel, inhumano o degradante; regulando las prácticas de atención de la salud con miras a prevenir los malos tratos bajo cualquier pretexto; e integrando las disposiciones de la prevención de la tortura y los malos tratos en las políticas de atención de la salud”.

1.2. Marco Legal Nacional

En Chile, a través de los distintos tratados y pactos internacionales ratificados, se ha intentado resguardar el derecho a la integridad psíquica y la protección de la salud de todas las personas; tales como el derecho al “*disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*”, consagrado en el Pacto Internacional de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por el Estado el 10 de febrero de 1972. Sin embargo, antes de la promulgación de la Ley N° 21.331, no existía una ley que protegiera la salud mental de manera específica, por lo que su regulación dependía de distintas normas: Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención de salud; Ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad; y Ley N° 18.600, sobre deficientes mentales.

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

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

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

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

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

- 1. A ser reconocida siempre como sujeto de derechos.*
- 2. A participar socialmente y a ser apoyada para ello, en caso necesario.*
- 3. A que se vele especialmente por el respeto a su derecho a la vida privada, a la libertad de comunicación y a la libertad personal.*
- 4. A participar activamente en su plan de tratamiento, habiendo expresado su consentimiento libre e informado. Las personas que tengan limitaciones para expresar su voluntad y preferencias deberán ser asistidas para ello. En caso alguno se podrá realizar algún tratamiento sin considerar su voluntad y preferencias.*
- 5. A que para toda intervención médica o científica de carácter invasivo o irreversible, incluidas las de carácter psiquiátrico, manifieste su consentimiento libre e informado, salvo que se encuentre en el caso de la letra b) del artículo 15 de la ley N° 20.584.*
- 6. A que se reconozcan y garanticen sus derechos sexuales y reproductivos, a ejercerlos dentro del ámbito de su autonomía, a que le sean garantizadas condiciones de accesibilidad y a recibir apoyo y orientación para su ejercicio, sin discriminación en atención a su condición.*
- 7. A no ser esterilizada sin su consentimiento libre e informado. Queda prohibida la esterilización de niños, niñas y adolescentes o como medida de control de fertilidad. Cuando la persona no pueda manifestar su voluntad o no sea posible desprender su preferencia o se trate de un niño, niña o adolescente, sólo se utilizarán métodos anticonceptivos reversibles.*
- 8. A recibir atención sanitaria integral y humanizada y al acceso igualitario y equitativo a las prestaciones necesarias para asegurar la recuperación y preservación de la salud.*
- 9. A recibir una atención con enfoque de derechos. Los establecimientos que otorguen prestaciones psiquiátricas en la modalidad de atención cerrada deberán contar con un comité de ética, conforme lo dispone el artículo 20 de la ley N° 20.584.*

10. *A recibir tratamiento con la alternativa terapéutica más efectiva y segura y que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.*
11. *A que su condición de salud mental no sea considerada inmodificable.*
12. *A recibir contraprestación pecuniaria por su participación en actividades realizadas en el marco de las terapias, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que sean comercializados.*
13. *A recibir educación a nivel individual y familiar sobre su condición de salud y sobre las formas de autocuidado, y a ser acompañada durante el proceso de recuperación por sus familiares o por quien la persona libremente designe.*
14. *A que su información y datos personales sean protegidos de conformidad con la ley N° 19.628.*
15. *A no ser discriminado por padecer o haber padecido una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.*
16. *A no sufrir discriminación por su condición en cuanto a prestaciones o coberturas de salud, así como en su inclusión educacional o laboral”.*

2. Justificación del problema

El programa “Residencias y Hogares Protegidos” del Ministerio de Salud (MINSAL) nace el año 1998, con el objetivo de desinstitucionalizar a las personas con diagnósticos de salud mental que se encontraban al interior de las unidades de larga estadía de hospitales psiquiátricos. Para ello -y en concordancia con el Plan Nacional de Salud Mental del MINSAL (2001)- se crean los Hogares Protegidos y Residencias Protegidas como alternativas de residencia y apoyo social en la comunidad para personas con discapacidad mental (psíquica o intelectual). De acuerdo con la norma técnica N°53 sobre Hogares Protegidos del año 2000, aún vigente, estas unidades corresponden a *“una instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familias”* (MINSAL, 2000, p.11). Por otra parte, la también vigente norma técnica N°87 sobre Residencias Protegidas del año 2006, refiere que estos establecimientos constituyen *“una instancia residencial para personas con un trastorno mental severo, quienes estando compensados clínicamente muestran un alto grado de discapacidad psíquica y dependencia, requiriéndose por ello un ambiente terapéutico con un alto nivel de protección y de cuidados de enfermería. En este sentido se diferencia de un Hogar Protegido por el mayor grado de complejidad técnica y psicosocial”* (MINSAL, 2006, p.7). De esta manera, ambas instancias corresponden a iniciativas habitacionales de residencia permanente para personas con diagnósticos de salud mental (SM), con el fin de *“Contribuir a abordar integralmente la salud mental y la discapacidad, mediante políticas públicas que mejoren los servicios a grupos vulnerables”* y con el propósito de que *“Personas con discapacidad psiquiátrica severa desarrollen habilidades básicas que les permiten integrarse a la vida en comunidad”* (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017).

En la evaluación del Programa Residencias y Hogares Protegidos que realiza DIPRES (2020), se señala que, para el año 2019, existían 209 Hogares y Residencias Protegidas distribuidas a nivel nacional, con un total de 1.905 cupos disponibles y 1.867 personas beneficiarias -de estas, 1138 personas residían en Hogares Protegidos y 729 en Residencias Protegidas-. Si bien el número de estos establecimientos ha tenido un aumento creciente en los últimos años, se observa una constante lista de espera y una alta demanda para acceder a esta modalidad de atención residencial.

Por otro lado, el CPT considera relevante examinar estos centros, dado que -en base al análisis de distintas fuentes de información²- no se cuenta con suficientes datos a nivel nacional de las principales vulneraciones

² 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

a los DD.HH. y los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes al interior de estos recintos. De acuerdo al Informe diagnóstico de caracterización y vulneraciones a los derechos humanos en el área de Salud Mental (CPT, 2021), se pudo recabar una ausencia de reclamos asociados a Hogares y Residencias Protegidas, lo que se puede explicar por ser unidades que se encuentran en la frontera de los servicios sanitarios, como establecimientos de apoyo social en la comunidad. Sin embargo, se observa que existen dos peticiones de usuarias/os en diferentes regiones, que desean egresar de Hogares Protegidos y, en ambas situaciones, se establecen limitaciones para hacer efectiva esta solicitud, vulnerándose el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (artículo 19 de la CDPD), en el que se establece que los Estados partes deben asegurar que *“las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico”* (NU, 2006).

3. Contexto de la visita

3.1. Contexto en el que se enmarca la visita

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

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

El CPT decidió realizar una visita a la Residencia Protegida Manuel Montt de la ciudad de Valdivia, como parte de su planificación anual a distintos establecimientos de salud mental, teniendo en consideración que, en esta ciudad, el Comité realizó su primera visita exhaustiva a la UHCIP del Hospital Base de Valdivia el año 2021, por lo que el conocer Residencias Protegidas de Valdivia, permite obtener una panorámica más amplia y profunda de las condiciones en que se encuentran las personas con diagnósticos de salud mental bajo cuidado del Estado, en esta ciudad. En ello, se consideró también que, la residencia Manuel Montt, es un recinto mixto, que cuenta con una mayor cantidad de residentes en la ciudad de Valdivia.

La Residencia Protegida Manuel Montt comienza su funcionamiento el año 2018, a cargo de la empresa Antomarque Valdivia SPA, la cual se adjudicó la administración, mediante licitación pública. Cuentan con 12 cupos disponibles para personas con diagnósticos de salud mental, derivadas/os desde distintos dispositivos de salud.

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.

IV. Objetivos de la visita

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

Como **objetivos específicos** se propuso:

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

V. Metodología de la visita

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

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

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

1. Trabajo de campo

Como ya fue mencionado, la visita se efectuó *el día 23 de noviembre* del año 2022 por un grupo de profesionales del CPT. Los roles y funciones asignadas a cada participante del equipo se describen en la Tabla 1.

Tabla 1 Equipo de visita, rol y funciones

Miembro/s	Rol	Funciones
-----------	-----	-----------

Javiera Canessa (Médica familiar)	Experta CPT	1. Presentación y entrevista a TENS
		2. Solicitud de documentación a TENS
		3. Aplicación de pauta Sars-CoV-2
		4. Entrevistas informales a funcionarias/os
		5. Entrevistas informales a personas con diagnóstico de salud mental
		6. Revisión de fichas clínicas
		7. Entrevista a funcionarias/os Servicio de Salud de la región de Los Ríos
Gonzalo Horstmeier (Psicólogo)	Profesional CPT	1. Pauta de observación
		2. Entrevistas a personas con diagnóstico de salud mental
		3. Entrevistas informales a personas con diagnóstico de salud mental
		4. Entrevistas a funcionarias/os
		5. Entrevistas informales a funcionarias/os
		6. Entrevistas a funcionarias/os Servicio de Salud (SS) de la región de Los Ríos
Marcela García (Socióloga)	Profesional CPT	1. Entrevistas a funcionarias/os
		2. Entrevistas informales a funcionarias/os
		3. Entrevistas informales a personas con diagnóstico de salud mental
		4. Pauta de observación
Germán Díaz (Sociólogo)	Secretario Ejecutivo CPT	1. Entrevistas a funcionarias/os
		2. Entrevistas informales a personas con diagnóstico de salud mental

		3. Pauta de observación
--	--	-------------------------

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 diagnósticos de salud mental, como a funcionarias/os del centro visitado y del Servicio de Salud de la región;* (b) *Conversaciones informales individuales y grupales con personas con diagnósticos de salud mental y funcionarias/os;* (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 4 entrevistas individuales, 1 conversación grupal y 6 conversaciones informales con personas con diagnósticos de salud mental, la revisión de 7 fichas clínicas; se realizó un total de 4 entrevistas individuales y 3 conversaciones informales con funcionarias/os del establecimiento; además de 1 entrevista grupal a funcionarias/os del Servicio de Salud de la región de Los Ríos, y 3 pautas de observación de campo. 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 diagnósticos de SM	Entrevista individual	4
	Entrevista grupal	1
	Conversación informal	6
	Revisión de fichas clínicas	7
Funcionarias/os del centro	Entrevista individual	4
	Conversación informal	3
Funcionarias/os del SS de Los Ríos	Entrevista grupal	1
Observación de campo	Pauta de Observación	3
TOTAL INSTRUMENTOS		29
<i>Fuente: Elaboración propia</i>		

3. Dificultades y limitaciones de la recolección de información

Como principales dificultades o limitaciones al momento de recolectar información y realización de la visita, se encuentran las ausencias de algunas/os funcionarias/os por licencias médicas, lo que dificultó contar con más entrevistas. Sin embargo, quienes se encontraban presentes en la residencia tuvieron una buena disposición para acceder a las entrevistas.

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

Otro aspecto complejo para la obtención de información, se relaciona con la escasa información pública disponible de las Residencias Protegidas en general, lo que dificulta conocer sus condiciones actualizadas de manera previa a la visita.

4. Dimensiones y subdimensiones monitoreadas

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

Tabla 4 Dimensiones y subdimensiones monitoreadas

Dimensión	Subdimensión permite conocer en detalle
Régimen y actividades	Ingreso, clasificación y segmentación de las personas
	Uso del tiempo (régimen de internación, oferta programática - educación trabajo, recreación-, intervención psicosocial)
Contacto con el mundo exterior	Vinculación con familiares, amigas/os
	Vinculación con comunidad
Condiciones materiales de la internación	Infraestructura: Emplazamiento, edificación y equipamiento
	Alimentación y agua
	Iluminación, ventilación y calefacción. Higiene y plagas.
	Servicios sanitarios (baños, lavamanos y duchas), y ropa y cama
	Privacidad, intimidad, confidencialidad, y seguridad
Salud	Acceso a prestaciones y tratamientos de salud (servicios de urgencia, atención especializada, salud mental)
	Características y dotación del personal de salud al interior del establecimiento
	Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos
	Promoción, prevención, control y manejo de enfermedades

	(transmisibles y no transmisibles)
Medidas de protección	Acceso a información
	Mecanismos de solicitudes y de quejas
	Acceso a la justicia y reparación
	Egreso
	Supervisión independiente
	Medidas de Prevención
Trato	Medidas de control, contención y uso de la fuerza (sujeciones físicas/farmacológicas), procedimientos irreversibles, hospitalización o tratamiento sin consentimiento)
	Aislamiento (uso y motivo de ingreso, registro, régimen, condiciones materiales y acceso a la salud)
	Violencia institucional (violencia física, psicológica, sexual, discriminación, extorciones, amenazas, descuido o indicios de tortura o malos tratos, abuso patrimonial, entre otras)
	Violencia entre usuarias/os (violencia física, psicológica, sexual, discriminación, extorciones, amenazas, descuido o indicios de tortura o malos tratos, abuso patrimonial, entre otras)
Gestión del establecimiento y del personal	Condiciones laborales (sobrecarga, turnos, recursos, percepción valoración de su trabajo)
	Formación del personal (asimilación protocolos, formación DDHH y temas específicos, como grupos vulnerables)
	Gestión y organización del establecimiento
Autonomía	Autonomía en el régimen de actividades
	Respeto por el ejercicio de su capacidad jurídica
	Autonomía en la atención en salud

5. Procesamiento y análisis de la información

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

de todo el equipo de visita, con el fin de comparar impresiones y establecer un análisis común respecto a las brechas de cumplimiento de dichos estándares.

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

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

6. Consideraciones éticas

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

VI. Hallazgos de la visita

Los resultados se organizan en las 8 categorías de análisis antes señaladas, que dan cuenta de las distintas áreas del centro visitadas. Las dimensiones mencionadas a continuación y cada una de las subdimensiones a trabajar, fueron utilizadas como guía en las distintas dependencias del establecimiento, siendo estas descritas detalladamente a continuación.

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

1. Régimen y Actividades

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

1.1. Ingreso, clasificación y segmentación de las personas

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

El ingreso de las personas con diagnósticos de salud mental a la residencia se realiza a través de una postulación, en la cual, en primera instancia, los equipos clínicos de nivel secundario -Unidad de Psiquiatría del Hospital Base de Valdivia (HBV) o CESAMCO-, emiten un informe de derivación al referente técnico del Servicio de Salud, quien ingresa a las/os postulantes a una lista de espera. Luego de ello, un comité técnico -integrado por representantes de hogares y residencias, de los dispositivos de salud y por el referente técnico del Servicio de Salud- evalúa las postulaciones y revisa los criterios de ingreso y cupos disponibles, priorizando la presentación de 5 personas por sesión (según lo referido en el “Manual de funcionamiento de Hogares y Residencias Protegidas psiquiátricas de la Subdirección de Gestión Asistencial”). Posteriormente, las personas seleccionadas son entrevistadas por dos representantes del comité técnico. Como requisitos, las personas deben tener un diagnóstico de discapacidad psíquica, estar compensadas psicológicamente y luego, se evalúa su adaptación al recinto. Si estas no logran adaptarse, vuelven al recinto desde donde fueron derivadas. Por otra parte, en caso de que no existan cupos, las personas se mantienen en lista de espera mientras se genera un cupo, siendo derivadas a hogares de colocación -que dependen del HBV-, a la UHCIP, o manteniéndose en sus propios hogares, según sea su condición.

Se destaca que en la residencia Manuel Montt, no se realizan prohibiciones arbitrarias de ingreso -tales como género, edad, etnia, religión, entre otros-. Entrevistadas/os señalan que solo se excluyen a personas que presentan comorbilidades que puedan interferir en la estabilidad de las demás personas, como por ejemplo, dependencia a alcohol y/o drogas, o dificultades en el seguimiento de normas.

El ingreso al centro se realiza de manera gradual: la primera semana, la persona conoce el lugar y a las/os residentes; la segunda semana acude a almorzar a la residencia; y la tercera semana, comienza a pernoctar en el recinto, instancia en que se evalúa su adaptación.

Al momento de la visita, se encuentran 6 personas de género masculino y 4 personas de género femenino en el tramo de edad entre 27 y 59 años, y 2 hombres mayores de 60 años, completando la cantidad de plazas asignadas (12). Según se reporta, durante el último mes recibieron solo un nuevo ingreso, y los principales motivos de ingresos serían personas con algún tipo de discapacidad psíquica y escasas redes de apoyo.

En cuanto a la segmentación dentro de la residencia, las habitaciones son separadas por género y afinidad entre las personas. Cuentan con dos habitaciones de mujeres y cuatro de hombres, distribuyéndose de a dos personas en cada habitación. Si bien existen tres baños en el centro, sólo está habilitado de forma permanente uno de ellos -en el primer piso-, debido a que no cuentan con las/os funcionarias/os suficientes para supervisar el ingreso de las personas a los baños de forma simultánea. Debido a ello, el baño disponible es de uso individual y mixto. Sin embargo, según refieren las personas entrevistadas y lo observado por el Comité durante la visita, existe dificultad en respetar el espacio de baño individual entre las personas con diagnósticos de salud mental, ingresando en ellos a pesar de encontrarse ocupado.

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

Estándares evaluados: (1) El establecimiento proporciona los recursos necesarios para garantizar que las personas interactúen y participen en actividades de recreación; (2) Las personas pueden interactuar con otras, incluidas las del sexo opuesto; (3) El establecimiento ofrece actividades adecuadas a las necesidades e intereses de las personas de forma regular, tanto al interior de este como en la comunidad; (4) El personal proporciona información sobre las actividades disponibles y facilita su acceso; (5) Cada persona tiene acceso a programas psicosociales para el cumplimiento de las funciones sociales de su elección mediante el desarrollo de las habilidades necesarias para el empleo, la educación u otras áreas. El desarrollo de habilidades se adapta a las preferencias de "recuperación" de la persona y puede incluir la mejora de habilidades de vida y de autocuidado.

Se destaca que la residencia proporciona los recursos para que personas de distintos géneros puedan interactuar entre sí. En este sentido, el espacio común facilita el encuentro entre ellas, no existiendo impedimentos para que puedan relacionarse.

Las actividades se encuentran estructuradas y cuentan con horarios definidos, comenzando con duchas diarias para las personas que lo requieren (por ejemplo, personas que tienen dificultades en el control de esfínter) y duchas día por medio para el resto de las personas. De igual manera, las comidas tienen horarios fijos, otorgándoles 3 comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y 3 colaciones durante el día. Durante las mañanas, las personas con diagnósticos de salud mental colaboran con el aseo y orden del recinto, y durante las tardes realizan actividades recreativas (canto, baile, paseos a parques cercanos) con las/os cuidadoras/es. Sólo el día jueves acude un terapeuta ocupacional junto a una/un alumna/o en práctica, quien realiza rutinas y talleres con contenido terapéutico. Además, tres personas con diagnósticos de salud mental participan en actividades de rehabilitación en recintos de salud -UHCIP y CESAMCO-.

Si bien intentan respetar los horarios establecidos -a fin de facilitar la organización del centro-, existen flexibilidades según las preferencias de las personas, y la participación en las actividades sería optativa. Las habitaciones se mantienen cerradas durante el día, ya que una de las personas tiende a mojar la ropa de cama para lavarla. Sin embargo, si alguien desea tomar siesta o acostarse, se le abre su dormitorio. En razón de ello, las personas pueden circular libremente en los espacios comunes (living-comedor, baño, jardín). Por motivos de seguridad, se encuentra prohibido el paso a la cocina.

Se valora de manera positiva los paseos por el sector que realizan las personas junto a las/os cuidadoras/es, lo que favorece su desplazamiento en el sector y el contacto con la comunidad.

Como aspecto a mejorar en esta dimensión, se observa una escasa oferta programática para favorecer una adecuada rehabilitación e integración psicosocial, ya sea proporcionada por la residencia o en articulación con otras redes. De igual manera, no existe la integración de opiniones o preferencias de las personas en sus planes terapéuticos: *“A veces estoy aburrida acá, porque no hacemos nada, ahora más, vienen los chicos del colegio, a veces no estoy porque mucho boche y me voy a mi pieza”* (Persona con diagnósticos de salud mental).

En síntesis, y atendiendo a los estándares referidos al régimen y actividades, el CPT **evalúa el componente de régimen y actividades como “parcial”**, lo que implica que hay desafíos, aún pendientes, para acortar la brecha entre lo observado y lo esperado en la materia. Entre ellos, contar con el personal suficiente para habilitar los baños disponibles en la residencia y favorecer el acceso segmentado en este espacio. Asimismo, desarrollar una oferta programática regular y ajustada a las preferencias de las personas, que propenda a su recuperación y/o estimulación.

2. Contacto con el mundo exterior

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

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

2.1. Contacto con familiares y amigas/os

Según relatan entrevistadas/os, la mayoría de las personas con diagnósticos de salud mental que residen en el centro no cuentan con redes de apoyo que las visiten con regularidad: dos personas son visitadas por sus familias de manera frecuente (entre dos a cinco veces a la semana); cuatro de ellas con poca regularidad (cada dos meses aproximadamente); y seis residentes, no tendrían redes de apoyo ni visitas. Si bien las/os funcionarias/os permiten flexibilizar los horarios sin limitar los tiempos de contacto, la infraestructura del recinto no permite privacidad ni comodidad para estos fines; sin embargo, se valora que el equipo intente adaptar espacios para ello -reuniéndose en sala común, patio o dormitorios- y motivar a las familias a participar y apoyar a las/os residentes.

Es importante mencionar que durante el año 2020 se registró un brote de SARS-CoV-2 en el centro, en la que todas/os las/os residentes se contagiaron, registrándose el fallecimiento de una persona con diagnósticos de salud mental por esta causa. Ante ello, las visitas fueron suspendidas durante un año, reanudándose en el 2021 y realizándose en el patio del recinto, sin restricción de tiempo y utilizando las medidas sanitarias recomendadas (tales como el uso permanente de mascarillas y la distancia física). Hace

cuatro meses aproximadamente, relatan estar permitiendo el ingreso de las visitas al interior de las dependencias.

En cuanto a otros medios de comunicación, las/os funcionarias/os mencionan que las personas pueden realizar llamadas telefónicas en cualquier momento del día, solicitándolo a quien se encuentre a cargo. Sin embargo, las/os residentes mencionan que el uso de este medio se encuentra condicionado a la voluntad de las/os cuidadoras/es, por lo que no sería de libre uso. Ante ello, preocupa la ausencia de un protocolo o lineamiento respecto al uso del teléfono como medio para mantener el contacto con familiares y/o referentes significativas/os de las personas. Respecto al uso de celulares personales, se menciona que algunas/os residentes han tenido acceso a este medio, sin embargo, se habría prohibido recientemente, debido a que algunas personas con diagnósticos de salud mental realizaron compras por internet que no podían pagar, o utilizaban las redes sociales sin un criterio de protección de sus datos personales, entre otras dificultades. Dado lo anterior, solo una persona en la residencia cuenta con esta tecnología.

En casos particulares, las/os funcionarias/os facilitan sus propios teléfonos para que las/os residentes puedan realizar videollamadas. No existen computadores que puedan ser usados por las personas con diagnósticos de salud mental.

Por otra parte, dada la escasez de redes de apoyo, pocas personas salen de la residencia -a solicitud de sus familias- para eventos especiales, lo que debe ser informado y autorizado por la coordinadora del establecimiento previamente. Las familias deben coordinar el traslado -o deben utilizar un taxi-, ya que no cuentan con vehículo institucional para los traslados.

Respecto al ingreso de encomiendas, solo tres personas las reciben por parte de sus familiares.

2.2. Contacto con la comunidad

Como parte de las actividades en el centro, se realizan paseos a parques cercanos, los que se intentan realizar de manera frecuente, siempre que el clima sea favorable para encontrarse al aire libre. Asimismo, alumnas/os y profesora de un colegio cercano a la residencia, visitan de manera periódica a las personas con diagnósticos de salud mental, realizando diversas actividades con ellas -cuenta cuentos, obras de teatro, baile entretenido, pintura, entre otras- que, según se reporta, se realizan con respeto y acorde a las necesidades de las/os residentes, todo lo cual permite una mayor integración con la comunidad. Esta actividad habría sido gestionada por la docente del colegio.

Además, se han realizado charlas en las cuales acuden funcionarias/os de otros servicios, para entregar información sobre temas sociales, y monitoras/es han gestionado que asistan grupos de la comunidad para ocasiones especiales, tales como *“un grupo de motoqueros en Halloween o un grupo de folklore para las fiestas patrias”* (Funcionaria/o). Otras actividades que se realizan con la comunidad, se relacionan a paseos gestionados por empresas y CESAMCO -a la playa, parques, entre otros-, los que se habrían suspendidos por motivos sanitarios, y según relatan, se retomarán prontamente.

Por otra parte, vecinas/os del sector mantienen una adecuada convivencia con las personas con diagnósticos de salud mental, reconociéndolas por sus nombres e interactuando con ellas/os de manera afable. Se pudo constatar con vecinas/os del sector que han mantenido una adecuada relación con el centro y las personas que ahí residen, a pesar de que algunas veces, según refieren, han visto a algunas/os residentes sin supervisión por varias horas acostadas/os en el jardín.

Llama la atención que, a pesar de que las/os funcionarias/os relatan que las personas se mantienen informadas de lo que sucede a nivel país, a través de noticias por televisión o conversaciones de

contingencia, las/os residentes entrevistadas/os muestran desconocimiento de temáticas actuales o de conocimiento público, lo que dificulta una mejor integración.

En resumen, de lo observado y recogido en la visita, y atendiendo los estándares referidos al contacto con el mundo exterior, el CPT **evalúa el componente de contacto con el mundo exterior como “parcial”**, ya que se detectan falencias que preocupan al Comité. Si bien, se destaca la implementación de estrategias para intentar mantener a las personas conectadas con el vecindario y entorno social, se observan escasas alternativas de comunicación de las personas con familiares o referentes, observándose además limitados medios tecnológicos de comunicación -tales como teléfonos, computadores, internet- que permitan un contacto remoto. En el mismo sentido, se observa un bajo impacto en el acceso a información de actualidad, noticias de contingencia nacional y mundial, que les permitan mantenerse orientadas/os y conectadas/os al entorno y a las dinámicas sociales.

3. Condiciones Materiales

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

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

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

3.1. Infraestructura: Emplazamiento, edificación y equipamiento

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

Respecto a la infraestructura, la residencia Manuel Montt se encuentra en una casa de dos pisos, en un sector residencial de la ciudad de Valdivia, con adecuados accesos, movilización pública y cercano a avenidas principales. Se emplaza en una esquina, por lo que tiene acceso por dos calles. En su fachada principal, se aprecia un jardín pequeño, el que se encuentra con sillones y sillas para uso de las/os residentes, cerrado por una reja de baja altura. Sin embargo, esta entrada se encuentra bajo llave, siendo usada solamente la entrada trasera. Esta última, atraviesa un patio techado, que es utilizado para secar ropa. Desde este lugar, se ingresa por la cocina al inmueble, la cual es de un tamaño suficiente para la preparación de alimentos. Esta conecta con la sala principal, la que se utiliza para realizar todas las actividades comunes. Al lado de la cocina se encuentra una habitación en la que pueden pernoctar las/os funcionarias/os y posee un pequeño comedor. Además, en el primer piso se emplazan las dos habitaciones de mujeres, en las que se distribuyen dos personas en cada una de ellas. En este piso también se encuentra el único baño utilizable durante el día. Por una escalera angosta, se accede al segundo piso, en el que se encuentran cuatro habitaciones para hombres, con dos residentes en cada una de ellas. Existen además dos baños, que al momento de la visita se encuentran cerrados, pero serían utilizados durante la noche, según necesidad y con supervisión de

cuidadoras/es. Asimismo, en este piso, existe una puerta que permite acceder a una escalera de emergencia hacia el patio, sin embargo se encuentra cerrada.

En términos generales, el espacio se aprecia acogedor, destacando que los dormitorios mantienen un espacio suficiente para las personas, con camas para cada una de ellas/os, que son cambiadas una vez al año, debido a que estas tienden a desgastarse, ante las dificultades en el control de esfínter de algunas/os residentes. Si bien las/os funcionarias/os y residentes se esfuerzan en mantener los espacios aseados, el lugar se ve gravemente deteriorado: El piso se encuentra en mal estado, con el vinílico desgastado, las paredes sucias con clavos sobresalidos, así como el cielo con planchas rotas. Algunas de las ventanas no se encuentran con protección, y según lo observado, en una de las habitaciones del segundo piso, la ventana no cierra completamente, dejando una apertura por la cual se filtra el aire.

Es de especial preocupación para el CPT, la escasa adaptación de los espacios para personas con discapacidad física y/o uso de silla de ruedas, con puertas estrechas y pisos en desniveles, lo que limita su accesibilidad y desplazamiento. Por otra parte, las áreas exteriores no se encuentran techadas, lo que dificulta que las/os residentes puedan permanecer en estos lugares cuando llueve o hay sol directo. Esto adquiere mayor complejidad, en consideración de que el espacio común al interior de la casa es pequeño, siendo utilizado como living, comedor y sala multiuso para actividades recreativas. Asimismo, la baja altura de la reja exterior, ha propiciado que residentes se hayan fugado -6 residentes en el último año-.

De particular gravedad es lo observado en las conexiones eléctricas, ya que, tanto en el baño como en pasillos del segundo piso, se encuentran deterioradas y con interruptores y cables a la vista, significando un inminente peligro para las/os residentes.

Respecto al mobiliario, se aprecia desgastado, con sillones rotos, tapices desgastados e insuficientes en cantidad para todas/os las/os residentes del centro.

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, como se mencionó en párrafos anteriores, los horarios de comidas están definidos, entregándose 3 comidas diarias -desayuno, almuerzo y cena- y tres colaciones. Si bien es suficiente en cantidad y preparada en espacios limpios y ordenados, se aprecia que es de baja calidad nutricional, con un alto consumo de pan. No se observan minutas de restricción dietética elaboradas por nutricionista, en la cual se controle, por ejemplo, el uso de sal en personas diagnosticadas con Hipertensión Arterial. Asimismo, se pudo presenciar que, ante la ausencia de manipuladora de alimentos, se improvisan las comidas que se sirven, es decir, sin seguir una dieta balanceada previamente planificada.

El agua es potable, contando con accesos permanentes a ella.

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

Estándares evaluados: (1) Iluminación, ventilación y calefacción proporciona ambiente confortable; (2) El establecimiento en términos generales está limpio y ordenado; (3) La limpieza y el orden se hacen de forma rutinaria; (4) El establecimiento no

tiene factores de riesgo para el desarrollo de zoonosis; (5) No se observa la presencia de vectores; (6) En caso de factores de riesgo para zoonosis o presencia de vectores, el establecimiento actúa oportuna y adecuadamente para su erradicación.

En general todos los espacios están limpios y ordenados, sin la presencia de plagas o vectores, realizándose aseo de todas las dependencias varias veces al día por las/os mismas/os funcionarias/os. La calefacción se realiza a través de una estufa que funciona con pellets, generando calor suficiente para todo el recinto; esta se encuentra sin reja de protección a su alrededor, lo que puede generar accidentes si una persona se acerca y toca este artefacto.

En relación con la iluminación, si bien esta es adecuada, tal como se señaló anteriormente, las conexiones eléctricas se encuentran en mal estado. En cuanto a la ventilación, se cuenta con suficientes ventanas que pueden ser abiertas y favorecen el ingreso de aire, aunque algunas de las personas entrevistadas mencionan que no serían suficientes durante los días de mayor calor.

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

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

Respecto a los baños, estos se encuentran limpios y funcionan adecuadamente, sin embargo, presentan algunos desperfectos, tales como falta de tapa en el retrete y cerámicos rotos. Existen artículos de aseo de manera permanente y receptáculos de eliminación de desechos. Asimismo, se cuenta con agua caliente y con silla apropiada para facilitar el aseo de las personas con movilidad reducida. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, existe un solo baño habilitado para todas las personas de forma permanente -y dos baños en el segundo piso que se mantienen cerrados y se abren solo frente a necesidades específicas-, lo que es insuficiente y dificulta la mantención de la privacidad de las/os residentes. Además, se constata en bitácora del centro que ante una situación particular -en que varias/os residentes de forma simultánea presentaron una gastroenteritis asociada a diarrea-, algunas personas afectadas no lograron controlar esfínter en la espera para poder acceder al baño, por encontrarse ocupado.

Se destaca que existe disponibilidad de ropa de cama para todas las personas. Se observa en buen estado de conservación y limpia, sin embargo, según relatan entrevistadas/os, en ocasiones se hace insuficiente ante los cambios frecuentes que requieren, dado que algunas/os residentes no dan aviso a tiempo de sus necesidades a cuidadoras/es, principalmente durante las noches.

Por último, las personas pueden tener su propia ropa y vestirse de acuerdo a sus preferencias, mientras sea acorde al clima. Se lava frecuentemente en la lavandería de la residencia.

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, esta se encuentra limitada, salvo por las habitaciones, ya que pese a ser compartidas, las personas pueden solicitar y acordar espacios para cambiarse de ropa u otras necesidades. Sin embargo, no existen armarios en todas las habitaciones, solo contando con ello las del primer piso -los que no tienen llaves-, mientras que las habitaciones del segundo piso no cuentan con mobiliario para que las personas puedan guardar sus pertenencias, lo que realizan en una estante común en el primer piso.

Debido al tamaño de la residencia y los escasos espacios para las actividades comunes, las personas no tienen lugares designados para recibir visitas, por lo que ocupan sus habitaciones o el jardín delantero para estos efectos.

En cuanto a las medidas de seguridad, no existen protocolos de contingencia frente a catástrofes, lo que según informan funcionarias/os se estaría gestionando, para contar con un plan asesorado por la Mutual de Seguridad. Por otra parte, si bien existen extintores con mantención vigente, se desconoce su uso y se encuentran en lugares poco accesibles. Las salidas de emergencia se encuentran cerradas con llave y la escalera de acceso al segundo piso se encuentra obstaculizada por un sillón. Tampoco cuentan con detectores de humo. Es de especial preocupación la complejidad que inviste la ausencia de un plan de evacuación, especialmente durante las noches, donde algunas/os residentes se mantienen bajo los efectos de medicamentos hipnóticos y/o sedantes.

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a las condiciones materiales, el CPT **evalúa el componente de condiciones materiales como “insuficiente”**, lo que implica que hay importantes desafíos, aún pendientes, para acortar la brecha entre lo observado y lo esperado en la materia, especialmente en lo relacionado con instalaciones que pueden significar un riesgo inminente para las personas, como las deficientes instalaciones eléctricas o la falta de un protector para la estufa, así como también, la ausencia de un protocolo frente a catástrofes y plan de evacuación, los escasos espacios para recreación y permitir la intimidad de las personas, el antiguo y deteriorado mobiliario, la habilitación permanente de un solo baño, la escasa altura de la reja perimetral, entre otros. En el mismo sentido, los accesos inadecuados para personas con movilidad reducida, dificultan la integración de estas en las actividades grupales y se requieren subsanar, junto con desarrollar minutas alimentarias por especialista (nutricionista-nutrióloga/o), que permita ajustar los planes dietéticos a las necesidades individuales de cada persona.

4. Salud

La CDPD, señala en Salud (ART. 25):

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

4.1. Acceso a prestaciones y tratamientos de salud

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

revisados y actualizados periódicamente por la persona y un miembro del personal; (6) Los establecimientos vinculan a las personas con la red de atención de salud.

Respecto al acceso a prestaciones de salud, se destaca que todas/os las/os residentes acuden a la red de salud cercana -HBV (atención abierta y cerrada), SAR, SAPU, CESAMCO o CESFAM- dependiendo de las necesidades de las/os residentes, dado que el modelo del Programa de Residencias Protegidas no contempla brindar atenciones en salud al interior de ellas. En cuanto a las derivaciones a estos centros de salud, funcionarias/os refieren que tienden a ser poco expeditas y en algunos casos demoran en concretarse -especialmente en la atención terciaria-, lo que atribuyen a la limitada oferta en la región.

La totalidad de las/os residentes se encuentran inscritas/os en el CESFAM, y además, cuentan con equipos tratantes de psiquiatría, ya sea en la unidad de Psiquiatría del HBV (9 residentes), CESAMCO Las Animas (2 residentes) o CESAMCO Amulen (1 residente). La frecuencia de los controles con psiquiatría varía según la indicación de la/el médica/o tratante, entre una vez al mes hasta una vez al año. Asimismo, el plan de cuidado sería conducido por la/el profesional de salud, y no consideraría, según relatos de entrevistadas/os, las opiniones y preferencias de las personas con diagnósticos de salud mental. Entrevistadas/os relatan que existe una escasa comunicación entre las/os profesionales tratantes de estos centros con las/os funcionarias/os de la residencia, lo que genera un detrimento en la comprensión de los tratamientos y en lograr una atención integral y coordinada para las personas con diagnósticos de salud mental. En relación con el acceso a otras prestaciones de salud, más allá de la atención por psiquiatría, solo una persona tendría acceso a psicología, dos personas a psicopedagoga/o en CESAMCO y una persona acudiría al Hospital Diurno del HBV.

Las indicaciones y tratamientos emitidos por los distintos dispositivos de salud, son aplicados en la residencia y su cumplimiento monitoreado por un referente técnico del Servicio de Salud de forma periódica, cada 1-2 meses. La residencia solo administra fármacos vía oral y realiza cuidados básicos de enfermería.

Algunas/os entrevistadas/os señalan que, frente a situaciones de urgencia, se comunican con SAMU, y que les parece que existe un trato poco respetuoso y discriminatorio por parte de este servicio hacia las personas con diagnósticos de salud mental. Frente a descompensaciones psiquiátricas u otras urgencias, las personas son trasladadas generalmente al Hospital Base de Valdivia, en el que se reporta que solo los días lunes disponen de una/un psiquiatra, siendo la atención más lenta los otros días de la semana.

Respecto a las fichas clínicas, estas son manejadas en los centros de salud respectivos, donde, según entrevistadas/os, existe un plan mayormente enfocado en lo biomédico -principalmente ajuste de terapia farmacológica-, sin responder a un enfoque integral biopsicosocial.

Por su parte, en las carpetas individuales del centro, se observa un adecuado registro de los antecedentes personales, médicos, sociales-familiares, tratamientos recibidos, interconsultas cursadas, atenciones en centros de salud externos, informes psicológicos y socioeconómicos, consentimientos informados firmados de ingreso, carnet de control, epicrisis respectivas, entre otros.

Durante el periodo de restricción sanitaria por SARS-CoV-2, la residencia mantuvo buena disponibilidad de elementos de protección personal para el resguardo de la seguridad de las/os residentes, sin embargo, existía dificultad en que estas/os los usaran. Además, existió una elevada cantidad de licencias médicas en el personal, lo que produjo una mayor sobrecarga laboral.

4.2. Características y dotación del personal de salud³ al interior del establecimiento

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

La residencia cuenta con 6 monitoras/es en total, que se distribuyen por turnos, disponiendo de tres durante el día de lunes a viernes, dos durante el día los fines de semana, además de dos durante la noche. Además, cuentan con una Técnico en Enfermería (TENS) diurna de lunes a viernes, una manipuladora de alimentos y encargado de mantenimiento (ambos por media jornada, de lunes a sábado). Toda la programación es supervisada por una coordinadora, cuya formación es Técnico en Trabajo Social.

Si bien se observa que las/os funcionarias/os mantienen un trato respetuoso y acorde a las necesidades de las personas con diagnósticos de salud mental, lo que se refleja en una valoración positiva por parte de las/os residentes, existe una baja formación especializada en las/os funcionarias/os, no contando con instancias de capacitación, formación y actualización periódica en temáticas necesarias para las labores que realizan, a excepción de una actividad de fortalecimiento de competencias para cuidadoras/es de Hogares y Residencias Protegidas, según relata el establecimiento.

Asimismo, existe una percepción generalizada de falta de personal para atender todas las demandas de la residencia, lo que genera una sobrecarga en las/os funcionarias/os, especialmente cuando alguna/o de ellas/os se ausenta por licencia o feriados legales. Al momento de la visita, dos funcionarias/os se encontraban con licencia médica.

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 al suministro de medicamentos, se cuenta con el stock necesario para que las personas reciban su tratamiento de manera ininterrumpida, los cuales son prescritos y proporcionados por los centros de salud en los cuales se atienden. A pesar de que no existe un protocolo para la administración farmacológica, estos son almacenados y distribuidos de manera ordenada en la residencia, donde cada residente mantiene diferenciada su medicación, en recipientes que se guardan en un estante ubicado al interior de la cocina, en un espacio separado de los alimentos, lo que, considerando que está prohibido el ingreso de residentes a este sector, favorece un manejo seguro de ellos. Son administrados por la TENS o monitoras/es en los horarios establecidos.

Si bien cuentan con un espacio designado para atender las necesidades de salud que pudieran surgir dentro de la residencia, este también tiene un uso como oficina. En él, se observa la ausencia de insumos y equipamiento básicos ante urgencias de salud, como camilla. Tampoco cuentan con diferenciación de áreas limpias y sucias. Por último, una de las personas con diagnóstico de salud mental y discapacidad física, se desplaza en una silla de ruedas que se observa en mal estado e inestable, lo que afecta su seguridad.

³ Para el CPT, el personal de salud de los establecimientos incluye a todas/os las/os funcionarias/os que realizan acciones para mejorar la salud -tanto física como mental- de las personas que tienen bajo su cuidado y/o custodia.

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

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

Se destaca que, al ingreso de las personas, se gestionan oportunamente sus exámenes de medicina preventiva, para mantener bajo control las distintas necesidades que presentan. La realización de exámenes solicitados por el equipo de salud tratante, son tramitados de manera adecuada, así como las vacunaciones decretadas por el MINSAL. Ante la necesidad de tratamientos específicos, estos son evaluados e indicados por el CESFAM, donde las/os funcionarias/os de la residencia siguen las instrucciones otorgadas por las/os profesionales tratantes. Además, durante los días jueves en la tarde acude un Terapeuta Ocupacional, junto a una/un alumna/o en práctica, quienes realizan actividades con las/os residentes. Preocupa al CPT la falta de actividades en salud realizadas por otras disciplinas, como por ejemplo, tratamientos kinesiológicos o de rehabilitación psicomotora.

Respecto a las actividades de promoción en salud, existe un déficit al interior de la residencia, dado que no se observa una programación para promoción y/o educación en salud, ni información disponible en la materia para las/os residentes, a excepción del asesoramiento individual que realizan los equipos tratantes, y que reiteran las/os funcionarias/os en el establecimiento, debiendo fortalecerse el vínculo con la municipalidad, CESFAM, u otros servicios. En el mismo sentido, en cuanto a la salud sexual y reproductiva, se asesora a las personas en el CESFAM, principalmente en relación al uso y entrega de métodos anticonceptivos, sin embargo las/os funcionarias/os han manifestado al Servicio de Salud la necesidad de contar con mayores herramientas para orientar a las/os residentes en torno a esta temática. Según refieren, no han contado aún con una capacitación y/o una respuesta concreta, por lo que han optado por mantener una mirada asociada a lo normativo, por sobre una visión integral de esta área, como parte de la salud mental de las personas.

En relación con el manejo y control del SARS-CoV-2, la residencia mantuvo restricciones en las visitas como medida preventiva durante el año 2020. No obstante, mencionan dificultad en mantener otras medidas de control, como por ejemplo el uso de mascarillas y un adecuado distanciamiento físico entre las/os residentes y funcionarias/os, lo que trajo como consecuencia un brote durante el año 2020, en el cual falleció una persona con diagnóstico de salud mental.

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a salud, el CPT **evalúa el componente de salud como “parcial”**, ya que si bien se evalúa una adecuada gestión de exámenes preventivos, un apropiado stock y administración de medicamentos, y una oportuna derivación a la red de salud, persisten elementos de preocupación, tales como la inadecuada implementación de un plan integral de salud, periódico y conducido por las personas con diagnósticos de salud mental, escasos suministros para la atención de urgencias dentro de la residencia y de capacitación formal en el cuidado de personas con diagnósticos de salud mental y/o con discapacidad física o intelectual para las/os funcionarias/os, limitados espacios para realizar actividades de promoción y educación en salud, y la necesidad de desarrollar un protocolo para abordar de mejor forma la salud sexual, afectiva y reproductiva de las/os residentes.

5. Medidas de protección

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

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

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

5.1. Acceso a información

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

Se destaca que el ingreso gradual de las personas a la residencia, favorece que estas se adapten y asimilen las normas del lugar. En las fichas personales, se encuentra el consentimiento informado de ingreso, firmado por las personas con diagnósticos de salud mental, donde se explicitan las normas y reglas. A pesar de ello, las personas entrevistadas refieren no recordar esta instancia. Asimismo, según refieren funcionarias/os entrevistadas/os, se les comunicarían sus derechos de manera verbal y escrita al ingreso de la residencia. Si bien, es el equipo médico quien otorga la información relacionada a los diagnósticos y medicamentos suministrados, estos son reforzados en el recinto, lo que permite que las/os residentes -según lo objetivado por el CPT durante la visita- mantengan un conocimiento básico respecto al propósito de sus tratamientos. Como aspecto a mejorar, se pesquisa que, dada las dificultades en la comunicación entre las/os funcionarias/os y los equipos de salud, no se abordan ni conocen las alternativas a la medicación existentes.

Se destaca además que las personas tienen acceso a su ficha dentro de la residencia, así como al registro de sus gastos -anotados en un cuaderno que es revisado de forma periódica por la/el referente técnico del Servicio de Salud-. Las familias o personas cercanas a las/os residentes solo pueden tener un reporte verbal de estos registros.

Por último, entrevistadas/os relatan que no se aplican procedimientos ni tratamientos en contra de la voluntad de las personas, sino que se da aviso al equipo tratante.

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.

En este tópico, se observan serias dificultades que interfieren en una adecuada protección para las personas con diagnósticos de salud mental. No existe un medio anónimo ni protegido para que las personas puedan expresar sus quejas y/o realizar denuncias frente a eventos de mayor gravedad. La residencia ofrece como alternativa una política de puertas abiertas, donde las/os residentes pueden presentar sus solicitudes a cualquier funcionaria/o, lo que resulta insuficiente, considerando que, ante un reclamo, al no ser confidencial, las personas quedan expuestas a posibles repercusiones negativas de quien haya sido señalada/o como motivo de quejas o autora/or de las vulneraciones. Las/os funcionarias/os entrevistadas/os señalan que, ante alguna acusación, se da aviso al referente técnico del Servicio de Salud de forma inmediata, quien señala las medidas a seguir y tramita las acciones judiciales pertinentes, además de que la persona sindicada es supervisada o desvinculada del recinto.

Las/os residentes desconocen la existencia de organismos independientes para presentar apelaciones y quejas en caso de requerirlo, mientras que las/os funcionarias solo reconocen al INDH.

5.3. Acceso a la justicia y reparación

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

Se menciona que todos los hechos que puedan ser constitutivos de delitos se documentan e informan al Servicio de Salud, situación que han tenido que gestionar en una oportunidad, tras una presunta agresión sexual entre residentes. No han registrado situaciones que involucren a las/os funcionarias/os, solo mencionando que una persona con diagnósticos de salud mental acusó un maltrato verbal, situación que fue informada al referente técnico del Servicio de Salud, siendo desvinculada/o la/el funcionaria/o involucrada/o. Sin embargo, según información entregada por el mismo centro, esto no se habría investigado vía sumario ni denunciado penalmente.

De igual manera, las/os funcionarias/os mencionan que frente a la posibilidad de que alguna persona requiera apelar a su tratamiento, esto se informa al Servicio de Salud y al equipo médico tratante, evaluándose el egreso u otra disposición, según criterio de las/os profesionales tratantes.

5.4. Egreso

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

Se destaca que la residencia no prohíbe el egreso a las personas por motivos arbitrarios -tales como etnia, género, religión u opinión política-, el que queda supeditado a la disponibilidad de redes de apoyo.

Durante el último año, no se han producido egresos. La mayoría de las personas con diagnósticos de salud mental ingresan el año 2018, cuando la residencia comienza su funcionamiento (6/12), dos se encontraban en otras residencias previamente y 4 ingresan posteriormente.

Según refieren las/os funcionarias/os, las personas son informadas respecto a los beneficios disponibles en la comunidad, tales como empleos, educación, accesos a beneficios económicos, entre otros; no obstante, las personas entrevistadas señalan desconocer estos servicios.

5.5. Supervisión independiente. Medidas de Prevención

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

Según lo recabado, entrevistadas/os relatan que el Servicio de Salud supervisa el funcionamiento del centro cada uno o dos meses aproximadamente, examinando la adecuada implementación de los planes de cuidado y salud, los fármacos que se administran, las visitas que reciben, las rutinas y actividades, personal disponible, la infraestructura e instalaciones de la residencia, la alimentación que entregan y las medidas de seguridad, entre otros elementos. Asimismo, los equipos tratantes de las/os residentes acuden de manera frecuente a revisar las indicaciones de salud de las personas. Sin embargo, no se observan registros, indicadores y verificadores de los resultados de estas visitas, que le permita al centro ir mejorando la calidad del servicio prestado.

De la misma manera, mencionan que el INDH acudió al centro durante el presente año (2022), realizando entrevistas a las/os residentes y funcionarias/os, desconociendo el motivo y resultado de esta visita.

Respecto a las medidas implementadas para prevenir el maltrato, entrevistadas/os refieren que, según el contrato de trabajo, se prohíbe de manera explícita el abuso hacia las personas. Además, señalan que la coordinadora de la residencia y la TENS realizan supervisiones de manera constante a las/os monitoras/es; no obstante, se indaga de que existe un trato más bien horizontal entre las/os funcionarias/os, lo que podría dificultar visualizar y problematizar algunas formas de maltrato. En el mismo sentido, si bien funcionarias/os relatan no haber tenido instancias de capacitación en esta temática, entrevistadas/os del Servicio de Salud regional mencionan que anualmente se realizaría una capacitación en prevención del maltrato para las/os cuidadoras/es de hogares y residencias en la región.

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a las medidas de protección, el CPT **evalúa el componente de medidas de protección como “insuficiente”**, lo que implica que hay importantes desafíos, aún pendientes, para acortar la brecha entre lo observado y lo esperado en la materia. Especialmente, en lo referido a: mejorar la comunicación y coordinación entre equipos de salud y funcionarias/os del centro, desarrollar canales confidenciales de presentación de quejas y/o denuncias, investigar administrativamente y denunciar penalmente todo los hechos que puedan ser constitutivos de delitos, apoyar a las personas para que puedan acceder a servicios sociales, laborales, educacionales, entre otros, así como también mejorar la fiscalización y supervisión independiente, y fortalecer las estrategias para prevenir malos tratos. Por otra parte, se deben robustecer las medidas de prevención de maltrato - tales como desarrollar capacitaciones frecuentes al personal, elaborar un protocolo de prevención del maltrato, entre otras-.

6. Trato

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

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

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

Se valora que la residencia prescinda de contenciones físicas o farmacológicas con las/os residentes que presenten crisis o descompensaciones, siendo utilizados solamente medicamentos vía oral, como medida de última ratio, si es que han sido prescritos por las/os médicas/os tratantes. Ello es registrado de manera oportuna en las fichas de cada persona y sistema computacional. Asimismo, las/os funcionarias dan cuenta de conocer las técnicas y preferencias de las personas, para evitar el escalamiento de crisis, lo que favorece el control preventivo, sin embargo, estas no quedan registradas en las fichas individuales.

Por último, dada las características del recinto, no se realiza TEC, psicocirugía, esterilizaciones, abortos ni experimentos médicos o científicos.

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

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

Se valora que, frente a una crisis o descompensación de una persona con diagnóstico de salud mental, lo primero que realiza el equipo sea la contención ambiental y/o verbal. Sin embargo, uno de los procedimientos utilizados como medida de control -y que reviste especial preocupación para el Comité-, es el aislamiento, cuyo uso es justificado por algunas/os funcionarias/os entrevistadas/os como estrategia para evitar auto y hetero agresiones en las/os residentes, señalando que se toman resguardos de vigilancia hacia quienes se encuentran en esta situación, lo que se realiza en la habitación de las personas que se descompensan, sin dejarlas bajo llaves. No obstante, esta información es contraria a lo señalado por algunas/os residentes, quienes relatan que los encierros son con llave y por largo tiempo. Además, las habitaciones no cuentan con baño o agua, para satisfacer las necesidades de las personas. Estas situaciones, son registradas en la bitácora de la residencia, sin que queden consignadas en la ficha individual de las personas. Además, se informan a la coordinadora del establecimiento.

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

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

Se valora de manera positiva que, en general, el trato de las/os funcionarias/os hacia las personas con diagnósticos de salud mental durante la visita se observa respetuoso, digno y afectuoso, lo que es corroborado por las personas entrevistadas. Solo se reporta un caso de abuso verbal por parte de una/un funcionaria/o, que habría sido desvinculada y ya no se encuentra en la residencia:

“Han aprendido hartos modales, vestirse, conversar. Nosotros también hemos aprendido a entenderlos, porque hay usuarios que no entendíamos nada, ahora yo soy como la traductora, hemos aprendido harto, se han afiatado, estamos como bien familiarizados con ellos” (Funcionaria/o).

“Me gusta acá, porque nos dan comida, nos tratan bien, nos hablan bien, a veces soy medio porfiada” (Persona con diagnósticos de salud mental).

Según la información entregada por la misma residencia, desde que inició su funcionamiento en el año 2018, no han existido sumarios administrativos ni denuncias penales, por posibles situaciones de abuso o malos tratos por parte de funcionarias/os.

Es de relevancia señalar, que una/o de las/os residentes habría intentado narrar una situación de abuso en otra dependencia, sin embargo, es silenciada por otra persona con diagnósticos de salud mental presente, lo que podría evidenciar una tendencia a ocultar situaciones de mayor complejidad y gravedad, situación que preocupa al Comité, por la especial situación de vulnerabilidad en que se encuentran las personas que residen en estos centros.

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

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

El trato entre residentes se observa amable y respetuoso, sin perjuicio de que, en ocasiones, entrevistadas/os relatan que situaciones de descompensación tensan las relaciones y gatillan algunos conflictos. Además, se reporta un caso de posible abuso sexual entre residentes, el cual fue denunciado penalmente y se encuentra actualmente en investigación. Es importante señalar que las dos personas involucradas señalan, en ocasiones, mantener un vínculo sentimental. Debido a lo anterior, las/os funcionarias/os refieren mantener una especial y constante supervisión sobre la interacción entre ambas.

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos al trato, el CPT **evalúa el componente de trato como “parcial”**, donde si bien se pesquiza un trato amable y respetuoso hacia las personas y entre residentes, existen aún desafíos importantes en la materia: erradicar el uso de aislamiento (encierro con llave en la habitación) como estrategia frente a las descompensaciones, lo que podría generar perjuicios en la salud y recuperación de las personas. Además, falta mejorar el registro y sistematización de las estrategias para evitar escalamientos de crisis, así como el registro de las contenciones ambientales, verbales y/o farmacológicas, en la ficha individual.

7. Gestión del establecimiento y del personal

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

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

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

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

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

Con respecto a las condiciones laborales del centro, se destaca que las/os funcionarias/os entrevistadas/os se sienten reconocidas/os y valoradas/os por las jefaturas y la comunidad, lo que promueve un ambiente laboral favorable para el desarrollo de sus funciones. Por otra parte, se observa un trato cordial y respetuoso entre ellas/os durante la visita.

Como aspectos a mejorar, se identifica una alta carga laboral y emocional, donde cada funcionaria/o tiene a cargo entre 3 a 4 personas con diagnósticos de salud mental. Además, entrevistadas/os relatan que no

existen instancias formales y sistemáticas de cuidado de equipos, mostrando desconocimiento en materias de prevención y salud ocupacional.

Otra dificultad, es la baja remuneración que se reporta frente al trabajo que se realiza, lo que complejiza generar incentivos de permanencia. Según información entregada por la propia residencia, en el último año renunciaron 4 personas y los sueldos de funcionarias/os oscilan entre \$198.000 (media jornada) y \$600.000. El presupuesto mensual que tiene asignado el centro es de \$7.040.000, lo que incluye arriendo de inmueble, mantención, pago de sueldos, alimentación para personas con diagnósticos de salud mental, entre otros.

Por último, se observa que las licencias médicas serían frecuentes -al momento de la visita, dos funcionarias/os-, lo que interfiere en la planificación de actividades y genera mayor sobrecarga en las/os funcionarias/os asistentes.

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

Estándares evaluados: (1) Existen actividades o cursos de capacitación en DDHH y son de calidad, estando el personal informado sobre los derechos de las personas con discapacidades y con las normas internacionales de DDHH, incluyendo la CDPD; (2) Estos cursos son hechos por personas externas a la institución; (3) El establecimiento incentiva la capacitación en DDHH; (4) Existen actividades o cursos de capacitación en materias específicas de personas con diagnósticos de salud mental u otros grupos en situación especial de vulnerabilidad, como personas con discapacidad, mujeres, migrantes, entre otros; (5) Estos cursos son hechos por personas externas a la institución; (6) El establecimiento incentiva la capacitación en estas materias; (7) El personal está bien informado acerca de los servicios entregados en el establecimiento, la disponibilidad y el papel de los servicios, y los recursos comunitarios para promover la vida independiente y la inclusión en la comunidad; (8) El personal del establecimiento está capacitado y autorizado para prescribir y revisar la medicación psicotrópica.

En relación con la formación del personal, se indaga que existen pocas instancias de capacitación, centradas principalmente en fortalecer competencias para cuidadoras/es de Hogares y Residencias Protegidas y en prevención del maltrato. Además, las/os funcionarias/os entrevistadas/os no conocen en profundidad las normas internacionales de DD.HH., incluyendo la CDPD. Han manifestado la necesidad de contar con mayor orientación en intervención en crisis y sexualidad, lo que relatan, no ha sido acogido aún de forma satisfactoria. Se detecta desconocimiento en estrategias y recursos para fomentar la vida independiente de las personas con diagnósticos de salud mental y/o acceder a beneficios sociales, laborales y educacionales.

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).

La residencia funciona mediante Resolución Exenta N°001099, del 11 de abril del año 2022, que se adjudica por licitación anual, por lo cual en marzo del año 2023 deberá ser licitada nuevamente. Por Norma Técnica, no requiere autorización sanitaria.

Durante la visita, no se observan en el centro protocolos que guíen y regulen la convivencia, a excepción del “Plan de acción para dispositivos residenciales psiquiátricos de la Región de Los Ríos”, relacionado al manejo de la pandemia actual por SARS-CoV-2. Por su parte, desde el Servicio de Salud nos comparten un “Manual de funcionamiento de Hogares y Residencias Protegidas psiquiátricas”, que regula los lineamientos

básicos de convivencia y funcionamiento en términos generales, y establece flujos de acción frente a situaciones complejas, tales como, crisis, enfermedad/urgencias, fugas, fallecimientos, abuso o acoso sexual, vulneraciones de derecho, entre otras. Sin embargo, preocupa al CPT que esta información no fuera remitida por la Residencia al momento de la visita. Asimismo, no refieren protocolos en materias de seguridad.

En resumen, y atendiendo los estándares referidos a la gestión del establecimiento y personal, el CPT **evalúa el componente de gestión del establecimiento y del personal como “parcial”**, destacando el buen clima laboral que existe y el compromiso de las/os funcionarias/os por su trabajo. No obstante, existen carencias importantes, en términos de sobrecarga laboral, un bajo presupuesto mensual asignado -lo que se traduce también en sueldos bajos para el personal-, además de escasas capacitaciones en temáticas relevantes -tales como DD.HH., CDPD, intervención en crisis, manejo de la esfera sexual y afectiva, entre otras-, desconocimiento y/o falta de protocolos que regulen el funcionamiento del establecimiento, y la ausencia de instancias periódicas y formales de autocuidado y/o cuidado de equipos.

8. Autonomía

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

8.1. Autonomía en el régimen de actividades

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

En relación con las rutinas, si bien los horarios para levantarse, dormir y alimentarse se encuentran predeterminados -favoreciendo así la organización del establecimiento-, estos se intentan flexibilizar según las necesidades y deseos de las personas con diagnósticos de salud mental, respetando así sus preferencias. Asimismo, la participación en las actividades es voluntaria, e intentan satisfacer las demandas o preferencias de las/os residentes, con los recursos que tienen disponibles. Sin embargo, no se observan registros de las opiniones o sugerencias de las/os residentes en sus fichas clínicas.

Respecto a la necesidad de comunicación en otros idiomas, la residencia no cuenta actualmente -ni en el pasado- con residentes que utilicen un idioma distinto al español. Tampoco disponen de traductoras/es o interventoras/es interculturales, que puedan favorecer el ingreso de personas con otras culturas.

8.2. Respeto por el ejercicio de su capacidad jurídica

Estándares evaluados: (1) Las personas son libres para tomar decisiones en el ámbito de su vida personal y patrimonial (véase por ejemplo contraer matrimonio, vender bienes, entre otros); (2) Las personas pueden decidir de forma libre aquellas personas que le brinden asistencia legal o jurídica, y pueden reunirse con ellos de forma confidencial; (3) A las personas que reciban tratamiento o sean ingresadas en un establecimiento sin su consentimiento, se les informa acerca de los procedimientos para apelar (y/o accionar judicialmente) sobre su tratamiento o internación; (4) Todo caso de tratamiento y/o ingreso a un establecimiento sin el consentimiento libre e informado se documenta y se informa rápidamente a una autoridad legal; (5) El

establecimiento apoya el acceso de las personas a procedimientos de apelación y representación legal cuando se les da tratamiento o se les mantiene en el establecimiento sin su consentimiento informado; (6) Las/os usuarias/os pueden designar y consultar con una persona o red de personas de apoyo de su propia y libre elección en la toma de decisiones sobre la hospitalización, tratamiento y asuntos personales, legales, financieros u otros, y las personas seleccionadas serán reconocidas como tales por el personal; (7) El personal respeta la autoridad de la persona o red de personas de apoyo que han sido designadas por la/el usuaria/o para comunicar sus decisiones con apoyo; (8) La toma de decisiones con apoyo es el modelo predominante, y se evita la toma de decisiones sustitutivas; (9) Cuando un/a usuaria/o carece de una persona o una red de personas de apoyo y desea designar una, el establecimiento ayudará al usuario a acceder al apoyo adecuado; (10) Se apoya el derecho de las/os usuarias/os a participar en la vida política y pública y en el ejercicio de la libertad de asociación.

El Comité valora que la residencia estimule que las personas puedan elegir libremente quiénes les brindarán asistencia legal, sin restricciones. Se valora también que se haya gestionado que las personas que estuvieran inscritas en el registro electoral del Valdivia y tuvieran motivación, pudiesen acudir a votar en las elecciones del año 2022, en compañía de una monitora del centro.

Sin embargo, preocupa al CPT que, previo al ingreso a la residencia, sea el equipo de salud tratante quien defina, según relatan, la/el representante, y en caso de no contar con redes de apoyo familiares, sea la/el asistente social del Servicio de Salud quien cumpla este rol, prevaleciendo una toma de decisiones sustitutiva, y no con apoyo.

8.3. Autonomía en la atención en salud

Estándares evaluados: (1) La hospitalización y el tratamiento se basan en el consentimiento libre e informado de las personas, y se les comunican de forma clara y entendible; (2) Las preferencias de las personas tienen prioridad en todas las decisiones sobre sus planes de tratamiento y “recuperación”; (3) Como parte de sus planes de “recuperación”, se motiva a las personas a desarrollar instrucciones anticipadas que especifique las opciones de tratamiento y de “recuperación” que desean tener, así como aquellas que no, las que se utilizarán si se encuentran incapacitadas/os de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro; (4) El personal respeta las instrucciones anticipadas de las/os usuarias/os cuando proveen el tratamiento; (5) Las/os usuarias/os tienen el derecho a rechazar el tratamiento; (6) Las personas pueden decidir de forma libre a aquellas personas que le brinden la atención en salud; (7) Las personas pueden agregar información escrita, opiniones y comentarios a sus fichas médicas sin censura; (8) A las personas se les proporcionan servicios de salud general, mental, sexual y reproductiva con el consentimiento libre e informado.

Se valora que, en las fichas individuales de las/os residentes que ingresan al centro, se cuente con el consentimiento informado (CI) firmado de ingreso. Sin embargo, en algunos casos, son firmados por sus representantes legales, y no por las personas con diagnósticos de salud mental. Por otra parte, al revisar las fichas clínicas de residentes que provenían de otros centros, no se observan CI.

Según relatan entrevistadas/os, los planes de cuidado serían conducidos por los equipos de salud, y no por las personas con diagnósticos de salud mental. Tampoco podrían incorporar en ellos sus preferencias o sugerencias. Algunas/os funcionarias/os y residentes desconocen qué acciones deben realizarse frente al rechazo de tratamientos o internación por parte de las personas con diagnósticos de salud mental, mientras otras/os funcionarias/os relatan, por ejemplo, que cuando una/un residente rechaza la farmacoterapia, se le administraría de igual forma, pero diluido.

No se observan orientaciones para otorgar otras alternativas de tratamientos en salud, o que las mismas personas puedan agregar comentarios u observaciones a sus fichas.

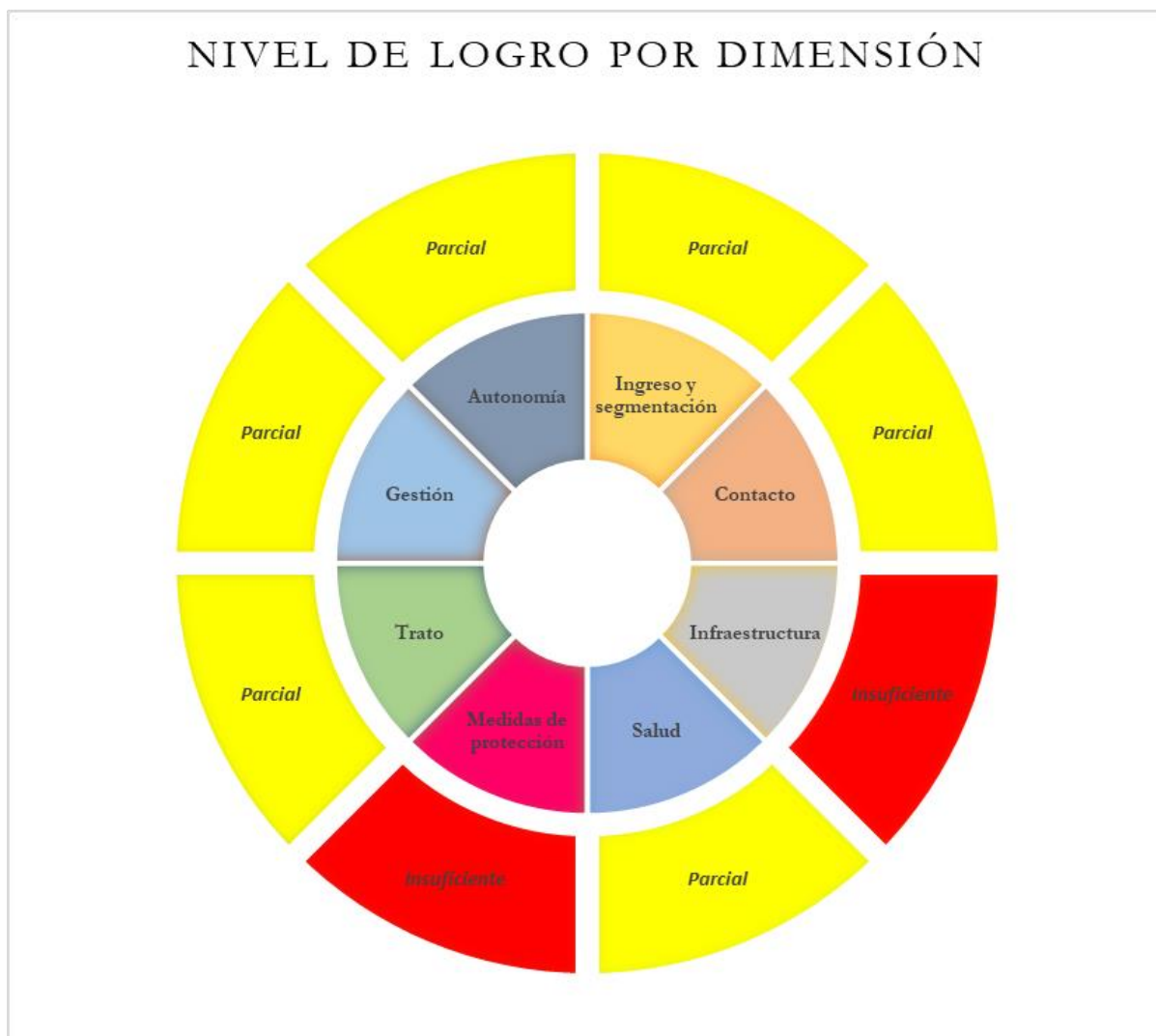
De igual forma, se desconoce por parte del personal cómo definir y gestionar las voluntades anticipadas, sin observarse registro de aquellas.

Otro aspecto que dificulta la autonomía de las personas, se asocia a la nula orientación respecto a la planificación familiar, sin existir un abordaje integral respecto a la posibilidad de tener familia y/o hijas/os mientras dure el tratamiento -ya que no se permiten al interior del recinto las relaciones amorosas o las interacciones sexuales-. Preocupa al CPT que, a pesar de que funcionarias/os entrevistadas/os mencionaron que las residentes asistieron a sus controles obstétricos, donde se les realizó un implante anticonceptivo, las personas con diagnósticos de salud mental entrevistadas refieren no haber sido informadas de este procedimiento, sin entender el propósito de este, ni haber consentido para ello.

En síntesis, el CPT **evalúa el componente de autonomía como “parcial”**, apreciándose dificultades generales, dadas las restricciones que se imponen en distintos niveles, especialmente, en cuanto a que sean las mismas personas quienes conduzcan sus planes de recuperación y tomen las decisiones que les involucran -con apoyo de ser necesario-, incluidas las relacionadas con su vida afectiva, sexual y reproductiva -siendo una preocupación el caso de los implantes anticonceptivos que no habrían sido informados ni consentidos por las personas, según relatan-.

VII. Evaluación CPT: asignación de niveles de logro.

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



VIII. Recomendaciones

El presente apartado expone las recomendaciones elaboradas por el CPT a la Residencia Protegida Manuel Montt, a la luz de los hallazgos obtenidos durante la visita realizada el día 23 de noviembre del 2022, los cuales ya han sido expuestos a lo largo del presente informe.

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

1. Recomendaciones Residencia Protegida Manuel Montt:

Régimen y actividades

1. Se recomienda a corto plazo, considerar las opiniones, preferencias y sugerencias de las personas con diagnósticos de salud mental, y avanzar en el registro de las mismas en las historias clínicas, a fin de lograr una mayor participación en el plan de intervención y en las actividades desarrolladas en la residencia.
2. Se insta a corto plazo, promover la realización sistemática de actividades que favorezcan los procesos de recuperación e integración psicosocial, y prevengan procesos de deterioro en las personas con diagnósticos de salud mental. Se sugiere incluir talleres informativos y de orientación laboral, acceso a recursos sociales, comunitarios y económicos, promoviendo la utilización de estos.
3. Se recomienda a corto plazo, disponer de mayor cantidad de materiales recreativos, didácticos y de lectura, acorde a las preferencias de las personas.

Contacto con el mundo exterior

4. Se sugiere a corto plazo, que el centro disponga, al menos, de un teléfono celular para recibir y efectuar llamadas. Estos, a diferencia de los teléfonos fijos, también permiten efectuar videollamadas, lo que puede mejorar la vinculación de las/os residentes con sus familiares y personas significativas.
5. Se insta a corto plazo, desarrollar e implementar actividades y/o talleres periódicos (ej: semanales) para conversar y reflexionar junto a las personas con diagnósticos de salud mental sobre información contingente del país y el mundo.
6. Se recomienda a mediano plazo, aumentar la frecuencia de actividades comunitarias al interior y exterior del establecimiento, incentivando la generación de convenios con redes de apoyo local.

Condiciones materiales

7. Se insta de forma urgente, a eliminar los obstáculos de las salidas de emergencia, y a que cada funcionaria/o del centro, posea una copia de estas llaves.
8. Se insta a corto plazo, asegurar que los 3 baños individuales estén disponibles y accesibles en el centro, toda vez que una/un residente lo requiera.
9. Se insta a corto plazo, elaborar un protocolo y/o plan de contingencia y evacuación frente a catástrofes, que incluya capacitar de forma periódica al personal respecto al uso de extintores.

10. Se recomienda a mediano plazo, mejorar la condición física de la residencia, resguardando la utilización de materiales que no propicien factores de riesgo a las personas con diagnósticos de salud mental y el personal, en particular:
 - a. Reparar las instalaciones eléctricas, los pisos, cielos, ventanas y paredes en mal estado.
 - b. Retirar clavos sobresalientes.
 - c. Instalar protecciones en ventanas faltantes y estufa.
 - d. Instalar detectores de humo.
 - e. Techar la zona del patio delantero.
 - f. Elevar la altura de la reja perimetral, para favorecer la seguridad al interior del recinto y evitar fugas de residentes.
 - g. Disponer de suficiente mobiliario, y en buen estado de conservación (sillones, sillas, mesas, armarios individuales para cada residente, etc).
 - h. Implementar estructuras que permitan la accesibilidad para personas con discapacidades físicas en las distintas dependencias y espacios comunes del centro, especialmente, aumentar el ancho de las puertas de acceso y los desniveles en patios.
 - i. Habilitar la sala de enfermería, para que cuente con camilla, además de un espacio diferenciado de zona limpia y sucia.

Salud

11. Se recomienda a corto plazo, informar a las/os residentes, cada vez que sea necesario, sobre el propósito de los medicamentos y sus posibles efectos adversos, resguardando el derecho a rechazar el tratamiento. Asimismo, se insta a dejar registro de estas acciones en la ficha clínica.
12. Se urge a corto plazo, desarrollar actividades periódicas de educación, prevención y promoción en salud, tanto individuales como colectivas, que recojan e incorporen las preferencias de las personas (Ejemplo: estilos de vida saludables, ejercicio físico, lavado de dientes, salud sexual y reproductiva, entre otros), con el apoyo de la red asistencial de salud y municipalidad.
13. Se recomienda a corto plazo, gestionar con los dispositivos de la red de salud pública correspondientes, el acceso a las ayudas técnicas que requieren algunas de las personas con diagnósticos de salud mental que habitan la residencia, en particular, a sillas de ruedas en buen estado.
14. Se insta a corto plazo, elaborar y posteriormente socializar un protocolo de administración de medicamentos, que incluya un sistema de registro, supervisión y evaluación de este procedimiento.
15. Se insta a mediano plazo, generar estrategias de coordinación con los equipos de salud tratantes en los establecimientos de la red asistencial de salud, en especial del HBV y CESAMCO, a fin de mejorar la comunicación y el flujo de información, favoreciendo así una integralidad en los cuidados de las personas con diagnósticos de salud mental.
16. Se recomienda a mediano plazo, desarrollar una minuta o pauta nutricional, que se ajuste a las necesidades específicas de cada residente y garantice una dieta balanceada y saludable, con el apoyo de una/un especialista (nutricionista o nutriólogo/a) de los establecimientos de la red asistencial de salud cercana (CESFAM u HBV, entre otros).

Medidas de protección

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

sobre el acceso a organismos independientes, representantes legales y defensores de derechos humanos, que permitan proporcionar a las/os usuarias/os sistemas de apoyo en la toma de decisiones, información sobre sus derechos y mecanismos de apelación en cuanto a tratamiento involuntario.

18. Se recomienda en el corto plazo, establecer instancias periódicas y participativas, donde las personas puedan expresar sus opiniones, críticas y preocupaciones sobre la organización del servicio prestado, así como plantear mejoras, por ejemplo, a través de asambleas.
19. Se sugiere a mediano plazo, elaborar un sistema para formular reclamos y/o denuncias a un órgano independiente, que garantice la confidencialidad y seguridad de las personas.

Trato

20. Se insta en el corto plazo, incorporar en las fichas individuales de todas las personas con diagnósticos de salud mental un apartado fácilmente visible, que contenga información sobre los factores gatillantes y las medidas efectivas para aminorar las situaciones de crisis en cada persona.
21. Se insta en el corto plazo, erradicar el uso de aislamiento (encierro con llave en la habitación) como estrategia frente a las descompensaciones.
22. Se insta en el mediano plazo, desarrollar y posteriormente socializar un protocolo sobre contención ambiental, verbal y farmacológica, que incorpore el registro de estos procedimientos en la ficha individual.
23. Se insta a mediano plazo, desarrollar y posteriormente socializar un protocolo de prevención de las distintas formas de maltrato o abuso físico, psicológico, sexual o verbal, descuido físico o emocional, con difusión en todo el establecimiento.

Gestión del establecimiento y del personal

24. Se recomienda a corto plazo, otorgar atención psicológica externa y/o intervención en crisis a los equipos expuestos a situaciones de conflicto, violencia y agresión.
25. Se recomienda a corto plazo, realizar un levantamiento de brechas de personal y socializarlas con el Servicio de Salud de la región.
26. Se insta a corto plazo, generar estrategias de gestión de personal, desarrollando un sistema de evaluación de las/os funcionarias/os.
27. Se recomienda a mediano plazo, realizar capacitaciones semestrales en promoción de buen trato a funcionarias/os del establecimiento, necesarias para garantizar procesos de prevención de tortura y malos tratos.
28. Se recomienda a mediano plazo, desarrollar un sistema de calidad de vida laboral (buen trato laboral, clima laboral, autocuidado, cuidado de equipos, higiene y seguridad laboral).

Autonomía

29. Se urge a corto plazo, garantizar que todo ingreso, tratamiento y/o procedimiento -incluyendo los métodos anticonceptivos-, cuenten con el proceso de consentimiento libre e informado, firmado por la persona con diagnóstico de salud mental (y su representante legal en caso de ser necesario) en su ficha individual, privilegiando siempre la toma de decisiones con apoyo, y no sustitutiva.
30. Se insta a mediano plazo, promover la participación activa de las/os usuarias/os en la construcción de sus planes de cuidado, orientado a garantizar el ejercicio de su capacidad jurídica. Para ello, se recomienda considerar el desarrollo de las *voluntades anticipadas*, que especifiquen la identificación de posibles gatillantes de crisis por parte de las/os usuarias/os, además de factores que logren aminorarlas y determinar sus métodos preferidos de intervención (Según Ley 21.331). Del mismo

modo, incluir los proyectos de vida independiente en las áreas de educación, trabajo y participación en la comunidad.

31. Se sugiere a mediano plazo, mapear y articular los posibles actores que otorguen recursos sociales, comunitarios y económicos a los que pueden acceder las personas con diagnósticos en salud mental, para promover su integración en la vida cotidiana, laboral y/o educacional.
32. Se recomienda a mediano plazo, incorporar en el plan de cuidado el ejercicio de la vida sexual, reproductiva y afectiva de las personas, con resguardo de los espacios e intimidad.

2. Recomendaciones a actores claves

Régimen y actividades

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

Contacto con el mundo exterior

3. Al **Municipio de Valdivia**, se insta a corto plazo, generar espacios, actividades comunitarias o estrategias de vinculación con actividades, tanto al interior como al exterior del establecimiento, a fin de promover el contacto de las personas con diagnósticos de salud mental con el mundo exterior.
4. Al **Municipio de Valdivia**, se insta a corto plazo, la generación de convenios entre la residencia 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

5. Al **Servicio de Salud de Valdivia**, se insta a mediano plazo, gestionar los recursos presupuestarios necesarios para arreglar las instalaciones defectuosas detectadas, resguardando la utilización de materiales que no propicien factores de riesgo a las personas con diagnósticos de salud mental.

Salud

6. Al **MINSAL**, se insta a mediano plazo, a promulgar los reglamentos de la Ley 21.331 publicada el 11 de mayo de 2021, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental.
7. Al **Servicio de Salud de Valdivia**, se recomienda a corto plazo, propiciar un trabajo coordinado y continuo con las **Residencia Protegida** y la **Red Asistencial de Salud**, que fortalezca la articulación y coordinación entre ellas, a fin de establecer atenciones prioritarias e interconsultas de manera óptima y expedita, y disminuir los tiempos de espera.

8. Al **Servicio de Salud de Valdivia**, se recomienda a mediano plazo, fortalecer las capacitaciones que realiza a cuidadoras/es de las Residencias Protegidas de la región en distintas temáticas de salud general -tales como manejo de crisis, cuidado integral en personas con diagnósticos de salud mental o discapacidad, prevención del suicidio y autoagresiones, abordaje de la sexualidad, esfera reproductiva y afectiva en personas con diagnósticos de salud mental, entre otras-.
9. Al **Servicio de Salud de Valdivia**, junto a los **Hogares y Residencias Protegidas** de la región, se insta a mediano plazo, elaborar y posteriormente socializar un protocolo que aborde la esfera afectiva, sexual y reproductiva de las personas con diagnósticos de salud mental, con enfoque de derechos y respetando su autonomía.

Medidas de protección

10. Al **Servicio de Salud de Valdivia**, se insta a corto plazo, incorporar el enfoque de derecho en sus supervisiones periódicas, adecuando las pautas de supervisión que utilizan, y elaborando un plan de trabajo colaborativo junto a las residencias examinadas, a fin de visualizar las necesidades y favorecer procesos de cambio en la materia.
11. Al **Servicio de Salud de Valdivia**, se insta a corto plazo, realizar denuncias penales de forma inmediata, toda vez que se tome conocimiento de hechos que puedan constituir delitos, independiente de la investigación sumaria o sumario administrativo.
12. Al **Servicio de Salud de Valdivia**, se insta en el mediano plazo, establecer una mesa de trabajo junto a los actores relevantes en la promoción y protección de los Derechos Humanos de las personas con diagnósticos de salud mental (tales como Sede Regional INDH, Fiscalía Regional de la región de Los Ríos, entre otros), que permita garantizar el acceso a la justicia para las/os usuarias/os, toda vez que lo requieran, como, por ejemplo, en la apelación sobre tratamientos o designación de representantes legales.
13. Al **Ministerio de Salud**, se insta a largo plazo, aumentar la oferta residencial para personas en situación de discapacidad o alta complejidad, a fin de evitar la institucionalización prolongada de aquellas/os residentes que no cuentan con redes de apoyo apropiadas para su manejo y cuidado.

Trato

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

Gestión del establecimiento y del personal

15. Al **Servicio de Salud de Valdivia**, se recomienda a corto plazo, gestionar los recursos financieros para mejorar las condiciones laborales de las/os funcionarias/os de la residencia, y estructurales de la residencia.
16. Al **MINSAL**, especialmente a la **Subsecretaría de Salud Pública**, se insta a mediano plazo, actualizar la Norma Técnica sobre Residencias Protegidas (Para Personas con Discapacidad de Causa Psíquica)” del año 2006, según los estándares internacionales vigentes, así como promover su estricto cumplimiento; realizando constantes supervisiones y monitoreo en su aplicación.
17. Al **MINSAL**, específicamente a la **Subsecretaría de Redes Asistenciales**, establecer a mediano plazo un programa de capacitación y educación en temas de derechos humanos dirigido a personal de establecimientos de atención psiquiátrica, incluidas las Residencias y Hogares Protegidos, 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, y prevención del maltrato.

18. A la **Superintendencia de Salud**, se insta a largo plazo, incorporar enfoque de DD.HH. en los procesos de acreditación para prestadores institucionales de atención psiquiátrica, que den cuenta de las experiencias de las personas con diagnósticos de salud mental.

IX. Seguimiento

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

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

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

X. Referencias Bibliográficas

- Asociación para la Prevención de la Tortura [APT] (2004). *Detention Focus*.
<https://www.appt.ch/es/centro-de-conocimiento/detention-focus-database>
- Comité para la Prevención de la Tortura [CPT] (2022). *Diagnóstico de caracterización y vulneraciones a los derechos humanos en el área de salud mental, Resumen Ejecutivo*. Chile.
- Comité para la Prevención de la Tortura [CPT] (2021). *Primer Informe Anual 2020 "Prevención de la tortura y situación de las personas privadas de libertad en Chile"*. Chile
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2018). Observación General N° 6: Sobre la igualdad y la no discriminación, párr. 56. CRPD/C/GC/6.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2020). Lista de cuestiones previa a la presentación de los informes periódicos segundo a cuarto combinados de Chile, párr. 12 letra a). CRPD/C/CHL/QPR/2-4. *Ibíd.*, párr. 34.
- Decreto 201 (25 de agosto de 2008). Promulga la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Diario Oficial de la República de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=278018>
- DIPRES (2020). Evaluación Programa Residencias y Hogares Protegidos. Informe Final. División de Control de Gestión Pública. Santiago, Chile.
- Ley N° 18.600 (30 de enero de 1987). Establece normas sobre deficientes mentales. Diario Oficial de la República de Chile.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=29991&idVersion=2018-04-01&idParte=>
- Ley N° 20.422 (3 de febrero de 2010). Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Diario Oficial de la República de Chile.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903>
- Ley N° 20.584 (13 de abril de 2012). Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario Oficial de la República de Chile <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
- Ley N° 21.154 (25 de abril de 2019). Designa al Instituto Nacional de Derechos Humanos como el Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes. Diario Oficial de la República de Chile
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1130871&idVersion=2019-10-26&idParte=10018047>
- Ley 21.331 (11 de mayo de 2021). Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. Diario Oficial de la República de Chile.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383>
- Ministerio de Desarrollo Social [MIDESO] (2017). Informe de Seguimiento de Programas Sociales. Programa Residencias y Hogares Protegidos. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud [MINSAL] (2000). *Norma técnica sobre hogares protegidos*. MINSAL.

Ministerio de Salud [MINSAL] (2006). *Norma técnica sobre residencias protegidas*. MINSAL.

Reemplaza a la observación general 7, prohibición de la tortura y los tratos o penas crueles, 10 de abril de 1992. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1399.pdf>

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

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002). Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/optional-protocol-convention-against-torture-and-other-cruel#:~:text=El%20objetivo%20del%20presente%20Protocolo,penas%20cruelles%2C%20inhumanos%20o%20degradantes>.

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