

Informe de Visita
Residencia Protegida Paris

Elaborado por el
Comité para la Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles,
Inhumanos o Degradantes

Agosto, 2023

Índice

I. Introducción	3
II. Presentación del CPT	4
III. Antecedentes	5
1. Marco legal	5
2. Justificación de la visita	7
3. Contexto de la visita	8
IV. Objetivos de la visita	9
V. Metodología de la visita	9
1. Trabajo de campo	10
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	14
6. Consideraciones éticas	15
VI. Hallazgos de la visita	15
VII. Evaluación CPT: asignación de niveles de logro.	37
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, Yamileth Granizo Román, Marcela García Sepúlveda, Gonzalo Horstmeier Garote.

Equipo de investigación, análisis y redacción

Javiera Canessa Cordero, Yamileth Granizo Román, Yvette Marcela García Sepúlveda, Gonzalo Horstmeier Garote.

Edición final

Javiera Canessa Cordero, Gonzalo Horstmeier Garote.

Santiago, agosto, 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 Paris*. 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 Paris, en la comuna de La Florida, región Metropolitana, siendo una de las tres Residencias Protegidas que administra el Hospital El Peral. La visita tuvo lugar el día 09 de marzo, 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 Paris, a las personas con diagnósticos de salud mental que residen en ella y a sus familiares, al Hospital El Peral, el Servicio de Salud Metropolitano Sur, el 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), principales antecedentes de esta visita (Capítulo III), indicación de la metodología utilizada (Capítulo IV) y los hallazgos obtenidos (Capítulo V). Por último, se presentan recomendaciones para la prevención de malos tratos y tortura en dicho recinto (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 de la visita

El programa “Residencias y Hogares Protegidos” del Ministerio de Salud (MINSAL) nace el año 1998, con el objetivo de desinstitutionalizar a las personas con diagnósticos de salud mental que se encontraban al interior de las unidades de larga estadía en 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 e/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 a los derechos humanos 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, vulnerando 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 Paris (inaugurada el año 2010), como parte de su planificación anual a distintos establecimientos de salud mental, teniendo en consideración que, durante el año 2022, se realizó una visita exhaustiva al hospital psiquiátrico el Peral, del cual depende administrativamente esta residencia -al igual que otras dos: Residencia Protegida Eyzaguirre (inaugurada el año 2010) y Ana Luisa (inaugurada el año 2016)-, lo que permite complementar la información obtenida de la visita previa, enfocada en las unidades de atención cerrada, y conocer las condiciones en que se encuentran las personas con discapacidad psíquica y/o dependencia que residen en establecimientos residenciales. Se consideró además que esta residencia es de carácter mixto, lo que permite visualizar las condiciones en que viven las personas de distintos géneros bajo esta modalidad.

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 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 derechos humanos.

Tal como se mencionó anteriormente, la Residencia Protegida Paris es administrada por el hospital El Peral desde el año 2010, dependiendo específicamente del Servicio Clínico de Mediana Estadía y de la Jefatura de dicho servicio. Según refiere la dirección del hospital -en respuesta a encuesta enviada por el CPT- no cuenta con recursos presupuestarios específicos, sino que estos se desprenden del presupuesto asignado al hospital según necesidad. Cuentan con 12 cupos disponibles para personas con diagnósticos de salud mental, derivadas/os desde distintos dispositivos de salud, especialmente desde el propio hospital.

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 Paris durante el año 2023.

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 Paris, 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 Paris. 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 09 de marzo del año 2023 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
Javier Canessa (Médica familiar)	Experta CPT	1. Presentación y entrevista a Encargado de residencia
		2. Solicitud de documentación Encargado
		3. Aplicación de pauta Sars-CoV-2
Yamileth Granizo (Salubrista)	Experta CPT	1. Entrevistas a funcionarias/os
		2. Entrevistas informales a personas con diagnóstico de salud mental
		3. Revisión fichas clínicas
		4. Observación de dinámicas grupales
Yvette Marcela García (Socióloga)	Profesional CPT	1. Entrevistas a funcionarias/os
		2. Entrevistas informales a funcionarias/os
		3. Observación de dinámicas grupales
Gonzalo Horstmeier (Psicólogo)	Profesional CPT	1. Entrevistas a personas con diagnóstico de salud mental
		2. Entrevistas a funcionarias/os
		3. Pauta de observación
		4. Revisión fichas clínicas

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 2 entrevistas individuales y 4 conversaciones informales con personas con diagnósticos de salud mental, la revisión de 5 fichas clínicas; se realizó un total de 5 entrevistas individuales y 2 conversaciones informales con funcionarias/os del establecimiento; además se aplicaron 3 pautas de observación de campo. La siguiente tabla (tabla 2) ilustra el detalle de los instrumentos aplicados y la muestra lograda.

Tabla 2 Muestra Lograda

Actor	Tipo de instrumento	Total
Personas con diagnósticos de SM	Entrevista individual	2
	Conversación informal	4
	Revisión de fichas clínicas	5
Funcionarias/os del centro	Entrevista individual	5
	Conversación informal	2
Observación de campo	Pauta de Observación	3
TOTAL INSTRUMENTOS		21
<i>Fuente: Elaboración propia</i>		

Además, se revisaron manuales y documentos que regulan el funcionamiento interno de la residencia, los cuales fueron facilitados por la dirección del establecimiento, entre ellos, el manual de procedimientos de Residencias Protegidas y el plan de evacuación de emergencias.

3. Dificultades y limitaciones de la recolección de información

Como principales dificultades o limitaciones al momento de recolectar información, se encuentra la condición clínica que presentaban algunas personas con diagnóstico de salud mental -tales como discapacidad intelectual severa o alteración en el lenguaje-. 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 3 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.

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.

Por último, para evaluar los niveles de desempeño de cada dimensión, se utilizó una rúbrica de 5 niveles, la cual se divide en: (i) destacado; (ii) bueno; (iv) parcial; y, (v) insuficiente. La descripción de las evaluaciones aparece en la tabla 4.

Tabla 4 Niveles de desempeño de las dimensiones

Nivel de Desempeño	Destacado	Bueno	Parcial	Insuficiente	No iniciado
Descripción	Las condiciones evaluadas superan el estándar.	Las condiciones evaluadas coinciden en su mayoría con el estándar.	Las condiciones evaluadas se encuentran a mitad de camino para el logro del estándar.	Las condiciones evaluadas se encuentran significativamente por debajo de la media para alcanzar el estándar.	No hay evidencia que reporte avances orientados a alcanzar el estándar.

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 solicitud de derivación al hospital El Peral, específicamente, a un Comité evaluador interdisciplinario, convocado y coordinado por el Servicio de Salud Metropolitano Sur. Este Comité, integrado por médica/o tratante, terapeuta ocupacional, enfermera/o, nutricionista y trabajadora/or social, evalúa a la persona y define si es pertinente su ingreso a la residencia. Los requisitos de ingreso, según el Manual de

Procedimientos de Residencias Protegidas revisado, son: a) Tener una condición de discapacidad psíquica severa y dependencia; b) Ausencia de habilidades para vivir en forma independiente y para cuidados básicos de sí mismo, c) Insuficiente capacidad de apoyo de sus familias para su condición de discapacidad, y; d) Necesidad temporal de un ambiente terapéutico con un alto nivel de protección y/o de cuidados de enfermería. Según relatan funcionarias/os entrevistadas/os, solo se excluyen en las postulaciones a aquellas personas que se encuentran postradas o descompensadas en su diagnóstico psiquiátrico, así como también a personas menores de 18 años. No se prohíbe el ingreso por motivos arbitrarios, tales como etnia, género, religión, u opinión política.

La mayoría de las/os residentes provienen del servicio de Larga Estadía del propio hospital, aunque también reciben personas con diagnósticos de salud mental de otros centros. A modo de ejemplo, durante el año 2021 ingresó solo 1 persona, que provenía desde el mismo hospital El Peral, y el año 2022, también ingresó solo 1 persona, que fue derivada desde el CESFAM San Joaquín. El tiempo promedio de permanencia, según datos entregados por dirección, es de 136 meses, y actualmente tienen los 12 cupos utilizados -6 mujeres y 6 hombres-. En cuanto a los tramos de edad, 4 residentes -2 mujeres y 2 hombres- tienen entre 45 y 59 años, y las/os 8 residentes restantes -4 mujeres y 4 hombres-, tienen más de 60 años. La totalidad de las/os residentes tiene una discapacidad psicosocial y/o mental mayor al 67%, y solo 3 residentes tienen una discapacidad física sobre el 70%, según su credencial de discapacidad. Por otra parte, 3 residentes tienen dependencia leve, 4 moderada, y 5 severa.

Una vez que el Comité evaluador acepta el ingreso de una persona -y se cuenta con un cupo disponible-, se cita a la persona y sus familiares a una reunión, donde se le informan las normas y funcionamiento del centro -a ella y su familia-, se firma el consentimiento de ingreso y se realiza un periodo de adaptación, que es variable según las necesidades de la persona. Luego, se le pregunta a la persona si desea quedarse en la residencia. En caso contrario, puede volver al hospital El Peral o a su residencia de origen, lo que sería infrecuente. Por otra parte, si no hay disponible un cupo, las personas deben aguardar a que se desocupe una plaza.

En el recinto, existen cuatro habitaciones que están separadas por sexo, excepto una, donde comparten dependencia tres mujeres y un hombre, no contando con elementos que les permitan resguardar su privacidad. En su distribución, se prioriza la segmentación por sexo, nivel de autonomía y afinidad entre las personas.

Existen disponibles solo dos baños para residentes, lo que contraviene la norma técnica, en la que se exige un baño cada cinco personas. Además, ambos son de uso mixto, lo que no es problematizado por las/os residentes ni funcionarias/os entrevistadas/os.

Las/os residentes pueden transitar libremente por todo el recinto, excepto por la cocina cuando se encuentran preparando los alimentos, con el fin de evitar accidentes, y en el sector de la piscina, debido a que esta se encuentra en desuso por filtraciones, por lo cual está sin agua, generando un peligro para las/os residentes ante una eventual caída. Si bien este espacio se mantiene cerrado, la reja es baja, por lo que una persona puede esquivarla con facilidad y accidentarse.

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

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. (6) 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 necesarios para que las personas puedan interactuar entre sí, incluidas aquellas de distinto género. En este sentido, el espacio común facilita el encuentro, sin existir impedimentos para que puedan relacionarse.

Se valora que las personas tengan horarios flexibles para levantarse y acostarse, así como también, que las duchas diarias puedan ser en el momento del día que deseen. La alimentación tiene horarios fijos y definidos, para facilitar la organización del centro, otorgándoles 3 comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y 2 colaciones. Las personas con diagnósticos de salud mental colaboran con el aseo y orden del recinto, en la medida de sus capacidades.

Respecto a las actividades recreativas y/o de recuperación, son dirigidas por las monitoras, que provienen de una empresa externa -LAYNER SPA-. Realizan manualidades, bailes, juegos de mesa o ver televisión, generalmente una vez al día, y ocasionalmente caminatas o salidas al exterior -paseos a piscina privada o hipoterapia-, pero estas últimas serían menos frecuentes. Solo una de las personas acude los días domingos a una iglesia del sector, acompañada por una de las monitoras en su tiempo extra laboral, por voluntad propia. También se acompaña a residentes a realizar trámites, por ejemplo al hospital o a cobrar sus pensiones.

Según entrevistadas/os, las actividades serían voluntarias, e intentarían incorporar las preferencias de las/os residentes, sin embargo, no se observa una planificación sistemática de ellas.

En general, preocupa la escasa oferta programática para favorecer una adecuada rehabilitación e integración psicosocial, ya sea proporcionada por la residencia misma, o en articulación con otras redes. Hasta el año 2022, las/os residentes acudían a la escuela especial San Juan de Dios, la cual dejó de funcionar, por lo que al momento de la visita se encuentran postulando a la escuela abierta del hospital El Peral. De igual manera, no existen actividades que favorezcan el desarrollo de destrezas laborales. Los materiales que existen en la residencia son escasos, y no se promueve su utilización: *Tienen ahí juegos de mesa, algunos libros, pero no los ocupan, mejor hacemos que pinten o dibujen, así se divierten* (funcionaria/o entrevistada/o).

Nivel de logro dimensión Régimen y Actividades:

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. Si bien, se valora la flexibilidad en el régimen y uso del tiempo de las personas, se observan escasas actividades que favorezcan la recuperación de estas, así como su integración social. Por otra parte, falta estructurar un plan de recuperación adecuado, registrar las preferencias de cada residente y fomentar su participación en actividades comunitarias. De igual manera, se observó que no existe una problematización respecto a la segmentación por género -de habitaciones y baños-, invisibilizando la necesidad de contar con espacios diferenciados.

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: 3 personas son visitadas por sus familias de manera frecuente, 2 de forma ocasional, y 7 de ellas no mantienen contacto con alguna/ún referente externa/o, a pesar de los esfuerzos que refieren realizar las/os funcionarias/os para fomentar el vínculo. Las visitas se programan previamente con funcionarias/os del centro, de lunes a domingo, en horario flexible, privilegiando las tardes -de 15 a 19 hrs-, ya que interfiere menos con el régimen de centro. Se realizan en el patio o living de la residencia, espacios que brindan comodidad, aunque con restricciones en la privacidad. En relación con esto último, funcionarias/os entrevistadas/os señalan que en una ocasión, un familiar intentó abusar del patrimonio de una/un residente, tras lo cual se tomó la decisión de supervisar las visitas.

El recinto cuenta con un teléfono fijo para el uso de las personas, a libre demanda de lunes a domingo, el que se encuentra en la entrada de la residencia, sin restricciones o protocolos para regular el funcionamiento de este.

Pueden recibir encomiendas todos los días de la semana, aunque se revisan previamente por las/os funcionarias/os del establecimiento, dado que está restringido el ingreso de algunos alimentos que puedan perjudicar la salud de las personas, tales como dulces, bebidas gaseosas o energéticas, café, alcohol, entre otras.

Por último, si bien las salidas del recinto están permitidas, debido a la escasez de redes de apoyo, no son frecuentes.

2.2. Contacto con la comunidad

Se valora que realicen caminatas por los alrededores del establecimiento, sin embargo, según entrevistadas/os estas serían escasas y frecuentemente suspendidas por las condiciones climáticas, durante los días calurosos, fríos y/o lluviosos. Por otra parte, algunas/os residentes -las/os más independientes- salen frecuentemente a comprar alimentos a un local cercano, utilizando sus propios recursos económicos. Según refieren las funcionarias/os, este espacio les permite una mayor integración con el barrio, siendo reconocidas/os por la persona a cargo del negocio, así como por algunas/os vecinas/os del sector, con quienes tienen una muy buena relación. Además, aproximadamente 1 mes antes de la visita,

iniciaron paseos mensuales a lugares públicos de interés, acudiendo a una piscina particular, con los recursos de las/os propias/os residentes, y la idea es poder mantener dicha actividad y periodicidad a futuro. Por otra parte, esperan que las/os residentes puedan acceder prontamente a la escuela del hospital El Peral.

Cuentan con un televisor en el living de la residencia, donde ven principalmente programas de entretenimiento. Se informa que no suelen ver noticias u otros programas que las/os mantengan informadas/os de la contingencia nacional o internacional, por falta de interés. Durante la visita estaban mirando videos del *Chapulín Colorado*.

No tienen computadores para residentes. Tampoco cuentan con medio de transporte privado, por lo que para los traslados utilizan taxi, siendo acompañadas/os siempre por monitora/or u otra/o funcionaria/o que esté disponible.

Nivel de logro dimensión Contacto con el mundo exterior:

En resumen, de lo observado y recogido en la visita, y atendiendo los estándares referidos al contacto con el mundo exterior, el CPT **evalúa el componente de contacto con el mundo exterior como “insuficiente”**, ya que se detectan falencias que preocupan al Comité, especialmente en cuanto a la integración comunitaria, observándose escasas actividades de conexión con el medio, lo que adquiere una especial relevancia, dado que la mayor parte de las/os residentes no cuentan con redes familiares que favorezcan su integración. En el mismo sentido, preocupa el limitado acceso a información de actualidad, noticias de contingencia nacional y mundial, que les permitan mantenerse orientadas/os y conectadas/os al entorno y a las dinámicas sociales.

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 Paris se encuentra en una casa de un piso, en un amplio terreno en la comuna de La Florida, con espacios de antejardín y patio trasero. Su exterior está cerrado con paredes altas, sin que exista algún aviso o señal que estigmatice a las personas con diagnósticos de salud

mental que habitan en esta, cumpliendo la Norma Técnica. Se encuentra cercana a una avenida principal de Santiago, lo que permite accesos a locomoción pública, así como a negocios de víveres y centros de salud.

Al interior de la casa existe un espacio de living comedor, suficientemente amplio para que las personas que residen puedan interactuar de manera adecuada, cocina, tres habitaciones -una para dos personas, otra para cuatro personas y la última, para tres personas-, y dos baños -solo uno con ducha-.

En el patio trasero se emplaza otro dormitorio para tres personas, un baño pequeño y un espacio clínico, el cual cuenta con una cama para funcionarias/os y estantes donde se guardan medicamentos, cuadernos y fichas clínicas. Por último, al final del patio trasero, se encuentra una habitación destinada como bodega, donde se almacenan distintos implementos.

En relación con los patios, llama la atención que, a pesar de tener un amplio terreno, este espacio se encuentre mal utilizado: en el patio frontal, al momento de la visita se encontraban autos estacionados, restando el espacio útil para las personas. Además, falta acondicionarlo con mobiliario y enseres para la recreación. En el patio trasero, como se mencionó en párrafos anteriores, se encuentra una piscina de gran tamaño inutilizable y sin agua, ya que, según reportan funcionarias/os entrevistadas/os, no hubo acuerdo con el dueño de la casa para repararla, abarcando gran parte de este sector.

Otro elemento que dificulta alcanzar un estándar óptimo, se relaciona con el poco espacio que existe en las piezas para tres y cuatro personas, además de la inexistencia de closet con llaves que les permita resguardar sus pertenencias. Por otra parte, el mobiliario en general es antiguo, las camas son de baja altura y solo cuentan con un catre clínico -el que deben priorizar para la/el residente que más lo requiera-. Las puertas son estrechas, existen desniveles en pisos y patios, y cuentan con barras de apoyo sólo en los baños, lo que dificulta el ingreso y traslado de personas en silla de ruedas y/o con movilidad reducida.

Es de especial preocupación para el CPT lo recabado respecto a las malas condiciones del techo de la edificación que se encuentra en el patio trasero, en el que se filtra la lluvia desde hace varios años. Funcionarias/os señalan que ya se habría acordado una reparación, la cual se realizaría durante la tarde del día de visita.

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.

Los alimentos son preparados en la cocina, la cual se encuentra limpia y ordenada, con los implementos necesarios para su adecuada conservación y preparación. La comida es servida en el comedor y/o en la terraza del patio, según la preferencia de las/os residentes y el clima. Los horarios de comidas se encuentran definidos, entregándose tres comidas diarias -desayuno, almuerzo y cena- y dos colaciones. Estas, según entrevistadas/os, serían variadas, suficientes en cantidad y de buena calidad nutricional, adaptándose a las necesidades específicas de cada persona. Se observa una adecuada planificación y supervisión por parte de nutricionista que acude desde el hospital El Peral, una vez a la semana.

El agua es potable, contando con acceso permanente 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.

Cuentan con iluminación adecuada y las instalaciones eléctricas se aprecian seguras. Según refieren las/os entrevistadas/os, la casa es calurosa, contando con dos ventiladores, que no serían suficientes. Asimismo, en días de frío cuentan con una estufa, que se encuentra en deterioradas condiciones, y que ha generado accidentes -quemaduras en una persona con diagnóstico de salud mental- al no contar con protección.

No se observa la presencia de plagas o vectores, realizándose aseo de todas las dependencias en distintos momentos del día, tanto por funcionarias/os como por residentes, así como fumigaciones periódicas.

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. Existen artículos de aseo de manera permanente -comprados por familias de residentes o con sus pensiones- y receptáculos de eliminación de desechos. Cuentan con agua caliente, barras de sujeción y silla apropiada para el aseo de personas con movilidad reducida.

Sin perjuicio de lo anterior, existen algunas dificultades que deben ser subsanadas: El baño principal -que es ocupado para que las personas se duchen- se encuentra al interior de una de las habitaciones, lo que resta privacidad tanto a quienes duermen en ella, como a quienes ingresan a ducharse. Asimismo, su puerta de entrada es estrecha y la ducha presenta un desnivel, lo que dificulta el aseo de las personas que utilizan silla de ruedas y/o requieren algún tipo de asistencia. Por otra parte, según la Norma Técnica de Residencias Protegidas, debería existir un baño por cada cinco personas, requisito que en este centro no se cumpliría, ya que solo tienen habilitados dos baños para las/os 12 residentes, existiendo un tercero para uso de funcionarias/os. Por último, falta la tapa de un retrete, no tienen suelo antideslizante y se observaron algunos materiales tóxicos de aseo sin resguardo durante la visita -botella de cloro en ducha-.

En cuanto a la ropa de cama, se destaca que existe disponibilidad suficiente para todas las personas, en buen estado de conservación y limpia.

Finalmente, las personas pueden tener su propia ropa -la que se solicita a familiares, o compran con sus pensiones-, vistiéndose de acuerdo a sus preferencias, mientras sea acorde al clima. Esta se lava diariamente en la lavandería de la residencia -por auxiliares y/o monitores-, y el detergente es comprado por el hospital.

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, dado que, por ejemplo, las personas no cuentan con suficiente espacio en sus habitaciones. Tampoco pueden guardar con llaves sus pertenencias, dado que los armarios se encuentran sin puerta.

Debido al tamaño de la residencia y los escasos espacios disponibles para las actividades comunes, las personas no tienen lugares privados para recibir visitas, ocupando el comedor y/o el jardín delantero para estos efectos. Asimismo, la/os funcionarias/os reconocen la necesidad de supervisar las visitas, para evitar abusos patrimoniales de las personas.

En cuanto a las medidas de seguridad, según documentos enviados por directivos del hospital El Peral, existe un Plan de Evacuación de Emergencias, que data del año 2018, elaborado por un experto en prevención de riesgos, en el que se explican las acciones y procedimientos a realizar frente a emergencias, con sus respectivas/os encargada/os, entre otros elementos. A pesar de ello, se indaga que algunas/os funcionarias/os entrevistadas/os y las/os residentes en general desconocen este plan de evacuación. Por otra parte, si bien existen extintores con mantención vigente, desconocen su uso y los lugares en que se encuentran. La única salida de emergencia es la puerta de entrada al recinto, cuya llave la tienen todas/os las/os funcionarias/os del centro. Sin embargo, dicha puerta es angosta y no permite la evacuación de personas en silla de ruedas o en camas clínicas. Para ello, se podría utilizar el ventanal de vidrio amplio con salida al patio que tiene una de las habitaciones del centro, sin embargo, presenta el riesgo de posibles caídas de vidrios durante emergencias. Por último, preocupa al CPT que las/os propias/os entrevistadas/os refieren no sentirse seguras/os frente a una eventual catástrofe, debido a que muchas/os residentes tienen dificultades en la marcha, y en las noches solo quedan 2 funcionarias/os, lo que dificultaría una evacuación rápida y segura.

Nivel de logro dimensión Condiciones Materiales:

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a las condiciones materiales, el CPT **evalúa el componente de condiciones materiales como “insuficiente”**, a pesar de las buenas condiciones higiénicas, los cuidados respecto a la alimentación y el abastecimiento de enseres esenciales. Lo anterior, dado que existen importantes desafíos, aún pendientes, para acortar la brecha entre lo observado y lo esperado en la materia, especialmente en lo relacionado con mejorar la infraestructura general del recinto: reparar techumbres y desniveles en habitaciones, baños y patios; actualizar mobiliario y camas/catres clínicos; ensanchar puertas; instalar barras de apoyo en pasillo y suelo antideslizante; implementar un baño más para residentes; reparar tapa de retrete; entre otras medidas. También, se debería proteger mayormente la privacidad de las/os residentes, instalando closet con llaves para guardar sus pertenencias, y gestionando espacios al interior de las habitaciones y baños para el cambio de ropa de residentes. Asimismo, se visualizó la necesidad de mejorar el sistema de calefacción y ventilación, hacia un sistema más seguro para las/os residentes. Otro elemento importante a subsanar, se asocia con mejorar la ocupación y distribución de los espacios al aire libre -en particular, el patio frontal y la reparación de la piscina-. Por último, es de relevancia mejorar la accesibilidad universal del centro y fortalecer las medidas de prevención frente a emergencias y catástrofes -educar sobre uso de extintores, socializar protocolo de evacuación con funcionarias/os y residentes de forma periódica, etc-.

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.

En el centro no se realizan prestaciones de salud, a excepción de la entrega de medicamentos, curaciones básicas en caso de necesidad y la toma de algunos exámenes de laboratorio básicos -en sangre y orina-, que luego son enviados al hospital Barros Luco, para su análisis.

Respecto a las atenciones en salud mental, estas se entregan -y registran- en el hospital El Peral, contando cada residente con un equipo tratante, conformado por psiquiatra y enfermera/o. Según entrevistadas/os, se reporta una fluida comunicación con dicho equipo, ya sea vía telefónica ante consultas precisas o acudiendo al propio hospital. Cada residente es evaluada/o por psiquiatra con distinta periodicidad -según la necesidad individual-, sin poder superar los 6 meses desde el último control. Según sus propios relatos, los planes de tratamiento serían establecidos -y actualizados- principalmente por la/el médica/o tratante, con escasa participación de las/os residentes en general, y enfocándose mayormente en el apartado biomédico, descuidando así otras áreas de relevancia para su rehabilitación e inserción comunitaria, como la laboral, educacional o social.

En cuanto a las otras necesidades en salud de las/os residentes, es importante destacar que la totalidad de las/os residentes se encuentran inscritas/os en el CESFAM, lugar al que acuden para realizar sus controles crónicos, chequeos preventivos o vacunación, así como también, para resolver sus problemas de salud no urgentes. Además, desde el propio CESFAM asisten a la residencia para evaluar y controlar a la/el residente que se encuentra postrada/o.

Cuando una/un residente requiere evaluación por una/un especialista, se deriva desde el CESFAM al hospital Sótero del Río u hospital de la Florida. En caso de largas listas de espera en el sistema público o la necesidad inmediata de realizar algún examen no disponible en el centro, las/os funcionarias/os de la residencia gestionan el acceso a dichas prestaciones de forma particular, con los recursos de las/os residentes. Esta solicitud es enviada desde la residencia al Director del hospital El Peral, para su aprobación.

Por otra parte, frente a situaciones de urgencias, y dependiendo de la gravedad, acuden a SAPU o llaman a SAMU, para ser derivadas/os al hospital Sótero del Río u hospital de la Florida.

Cada atención e indicación médica es registrada en un cuaderno individual, donde se escribe con claridad lo prescrito, lo que favorece un adecuado seguimiento de instrucciones por parte de las/os funcionarias/os. No obstante, este se centra en aspectos biomédicos de la atención, con limitados registros de intervenciones psicosociales o preventivas en salud.

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) La dotación del personal de salud es suficiente en cantidad, según el número de residentes que tiene a su cuidado.

La residencia cuenta con distintas/os funcionarias/os, que ejercen labores exclusivas en este centro, entre ellas/os, 3 TENS (una/uno durante el día y otra/o nocturna/o), 3 cuidadoras (dos durante el día, ninguna nocturna), 3 auxiliares (una/uno durante el día y otra/o nocturna/o) y 1 manipulador de alimentos. Por otra parte, toda la programación es supervisada por un coordinador, cuya formación actual es de enfermero, quien está a cargo de las 3 residencias del hospital, distribuyendo su jornada de 44 horas en ellas. Además, cuentan con una trabajadora social y una nutricionista, que acuden una vez a la semana desde el Hospital, ya que al igual que el coordinador, presta sus servicios en las 3 residencias (ver Tabla 5).

Tabla 5 Dotación personal Residencia Paris

Funcionarias/os	Cantidad	Jornada y horarios
Cuidadoras/es	3	2 en jornada diurna: Lunes - Viernes 10:30 a 19:30 hrs Miércoles - Domingo 10:30 a 19:30 hrs
		1 en jornada part time: Sábado a Martes 10:30 a 19:30 hrs
TENS	3	Jornadas de 12 hrs en sistema de Tercer Turno ⁴
Auxiliares	3	Jornadas de 12 hrs en sistema de Tercer Turno ⁴
Manipulador/a de alimento	1	44 hrs semanales 6 días de trabajo, por 2 días libres

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 En el sistema de Tercer Turno se distribuyen las/os funcionarias/os en turnos de día (8:00 a 20:00 hrs) y de noche (20:00 a 8:00 hrs), en la siguiente modalidad: Día, día, noche, noche, libre y libre, por lo que cada día en el centro existe una/un TENS y una/un Auxiliar durante el día y una/o durante la noche, mientras la/el tercera/o se encuentra en su día de descanso.

Trabajador/a Social	1	14 hrs semanales
Nutricionista	1	14 hrs semanales
Coordinador Enfermero	1	14 hrs semanales
<i>Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por Dirección del hospital El Peral</i>		

Según las personas entrevistadas, las/os funcionarias/os estarían bien capacitadas/os y especializadas/os para los requerimientos de las/os residentes, sin perjuicio de que consideran que la dotación de personal no sería suficiente en cantidad, para atender todas las necesidades del centro, lo que genera sobrecarga, especialmente cuando alguna/o de ellas/os se ausenta por licencia o feriados legales: *“El personal no es suficiente... Yo creo que falta doble de todo: por ejemplo en cuanto a técnicos, debería haber otro, otro auxiliar también. Actualmente hay 1 técnico, 1 auxiliar, 2 monitoras diurnas, 1 enfermero diurno esporádico para los 3 centros, y 1 persona de alimentación. Y nocturno, es un técnico y un auxiliar. Por eso te digo en caso de emergencia, que ha pasado, el técnico siempre tiene que salir con el paciente de la urgencia, pero en ese lapso, uno llama al hospital, y tenemos que esperar que manden a alguien de allá, para que no quede la residencia sola”* (Funcionaria/o entrevistada/o). Por su parte, respecto a las/os cuidadoras/es, si bien se visualiza que tienen experiencia en el trabajo con las/os residentes -lo que facilita un adecuado desarrollo de sus funciones-, cuentan con poca formación especializada en la materia.

4.3. Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos

Estándares evaluados: (1) El establecimiento dispone de la medicación adecuada o es posible recetarla; (2) Se dispone de un suministro constante de medicamentos esenciales, en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de las personas; (3) El tipo y la dosis de los medicamentos utilizados son siempre apropiados para los diagnósticos clínicos de las personas y se revisan con regularidad; (4) El establecimiento cuenta con dependencias de salud adecuadas y en buenas condiciones, acorde a las prestaciones que entrega; (5) El establecimiento cuenta con el equipamiento y los insumos médicos necesarios para realizar las atenciones en salud.

Respecto al suministro de medicamentos, el personal de salud refiere contar con el stock necesario para que las personas con diagnósticos de salud mental reciban su tratamiento de manera ininterrumpida, los cuales son prescritos por las/os médicas/os tratantes del hospital El Peral y proporcionados por el mismo, una vez al mes. Según lo observado en los registros de la residencia, el tipo y dosis de medicamentos parece adecuado para los diagnósticos clínicos de las personas. Frente a dudas o aparición de efectos adversos, pueden consultar en horario hábil a las/os médicas/os tratantes, de 8:00 a 17:00 hrs. Las/os TENS son quienes preparan, administran, supervisan y registran la entrega. El coordinador realiza el conteo de fármacos, sin embargo, funcionarias/os entrevistadas/os no recuerdan contar con un protocolo establecido de administración de medicamentos.

En cuanto a los insumos requeridos para atender otras necesidades de salud -tales como jeringas, tubos de exámenes, apósitos, suero, etc-, se reciben también desde el hospital cada dos meses, pero en escasa cantidad según relatan entrevistadas/os.

Por último, la residencia cuenta con una sala de salud, donde mantienen los insumos y medicamentos, un computador y los registros de las personas y del centro. No disponen en ella de impresora, refrigerador para mantener medicamentos, ni se encuentran diferenciadas las zonas limpias y/o sucias.

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

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

Según entrevistadas/os, se destaca que existe un adecuado y oportuno acceso a atención de salud general desde el ingreso a través del CESFAM, realizándose el Examen de Medicina Preventiva para Adultos (EMPA) y/o para Adultos Mayores (EMPAM) -según corresponda- de forma periódica, recibiendo las vacunas establecidas por MINSAL, así como también, los controles, exámenes de laboratorio y tratamientos que requieran. En caso de necesidades en salud mental, estas se resuelven específicamente en el hospital El Peral, y también de manera oportuna generalmente, como ha sido descrito anteriormente.

Como elementos a mejorar, se observa un bajo acceso de las/os residentes a atención dental y a espacios de educación y/o promoción de salud de forma regular.

Nivel de logro dimensión Salud:

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 oportuna atención en general de la salud mental y física de las/os residentes, esta se centra principalmente en el apartado biomédico, sin incorporar y registrar intervenciones psicosociales, que propendan hacia la recuperación integral, el desarrollo de habilidades y la inserción comunitaria de las personas con diagnósticos de salud mental. Por otra parte, tampoco se observa que los planes de cuidado sean conducidos por las/os propias/os residentes. Si bien, se valora la experiencia en la atención de personas con diagnóstico de salud mental de las/os cuidadoras/es, existe una escasa oferta formativa para que puedan profundizar sus conocimientos. Del mismo modo, se observa una baja formación en las/os funcionarias/os respecto al abordaje del área de salud sexual, afectiva y reproductiva de las/os residentes. Por último, también se pesquiza la necesidad de comprar algunos insumos y equipamiento, como una impresora, un refrigerador para mantener medicamentos, y diferenciar la zona limpia de la sucia en la dependencia de salud.

5. Medidas de protección

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

“Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la

persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial”.

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

5.1. Acceso a información

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

Según entrevistadas/os, las reglas y funcionamiento de la residencia, así como también los derechos de las personas, se explican previo al ingreso, en el hospital El Peral, y se refuerzan en la residencia a través de la/el terapeuta ocupacional y/o enfermera/o, de manera verbal y escrita, y en un lenguaje comprensible para residentes y familiares, en caso de contar con redes de apoyo (solo 5 residentes actualmente). Además, es importante destacar que, de las/os 12 residentes, solo 2 saben leer, y 3 escribir.

No obstante lo anterior, se pesquisa una idea generalizada entre las/os funcionarias/os entrevistadas/os de que la mayoría de las/os residentes no comprenderían estas temáticas, motivo por el cual no refuerzan dicha información durante su estadía en la residencia, además, de un desconocimiento por parte de las/os residentes entrevistadas/os respecto a sus derechos.

En cuanto al acceso que tienen las/os residentes a información relacionada con sus evaluaciones, diagnósticos, alternativas de tratamiento, ello dependería principalmente de la/el médica/o tratante, existiendo algunas/os profesionales que harían participar más activamente a las personas con diagnósticos de salud mental que otras/os. De todas formas, en la residencia intentan responder todas las dudas que les surgen a las/os residentes, e informar respecto a los propósitos de los medicamentos y sus potenciales efectos secundarios.

En relación con el procedimiento para que las personas puedan apelar sobre un tratamiento recibido sin consentimiento informado, tanto funcionarias/os como residentes entrevistadas/os, desconocen su existencia y no sabrían qué acciones realizar.

En cuanto a las fichas médicas, estas se encuentran en la sala de salud, a la cual no ingresan las/os residentes. Sin embargo, funcionarias/os entrevistadas/os refieren que si las personas las solicitaran, facilitarían su acceso, pese a que residentes entrevistadas/os lo desconocen.

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.

Al momento de la visita, no existe un canal anónimo ni protegido para que las personas expresen sus quejas y/o realicen denuncias frente a eventos de mayor gravedad, y por tanto, tampoco están protegidas de posibles repercusiones negativas. Por otra parte, las/os residentes entrevistadas/os desconocen un organismo legal externo e independiente a quien pudiesen recurrir, mientras que las/os funcionarias/os reconocen al INDH o a Carabineros de Chile.

Cuando ocurren situaciones complejas -ej: peleas entre residentes, descompensaciones, quejas, entre otras-, son informadas directamente a las/os funcionarias/os del centro, quienes las registran en el libro de novedades. Además, mensualmente se reúne todo el equipo de funcionarias/os, para analizar las diversas situaciones que pueden afectar el cuidado y trato hacia las personas. Tras ello, se informa a las/os residentes -de forma individual- las resoluciones tomadas.

Si bien no se reportan hechos de vulneración de derecho ocurridos en la residencia, ni la existencia de un protocolo o procedimiento estandarizado para denunciarlos, funcionarias/os mencionan que, en caso de que ocurrieran, informarían de forma inmediata a las/os supervisoras/es del centro y directivos del hospital, para evaluar las medidas a tomar: solicitud de informes, investigación sumaria, denuncia penal, entre otras.

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 apelación y/o 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 observa que existe un desconocimiento por parte de las/os funcionarias/os entrevistadas/os respecto a cómo abordar hechos constitutivos de delitos, y sobre cómo orientar a las personas para acceder a justicia y/o reparación. Frente a estas situaciones, algunas/os mencionan que informarían a supervisora y coordinadora de la residencia, quienes definirían los pasos a seguir, mientras otras/os, también reconocen al INDH o a Carabineros de Chile, como instituciones donde se podrían realizar denuncias. Por último, desconocen otros programas o medios para orientar a las personas para acceder a orientación legal.

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-, sin embargo se ven limitados por los escasos espacios de rehabilitación integral y efectiva, y/o la ausencia de redes familiares disponibles que pudiesen hacerse cargo de su cuidado, dado los altos niveles de discapacidad psicosocial que presentan. Es por ello que el tiempo promedio de permanencia en la residencia es largo -actualmente, de 136 meses-. Funcionarias/os

reportan solo un caso de egreso en el último año, donde una/un residente no se adaptó a las rutinas, teniendo problemas con funcionarias/os y con sus compañeras/os, por lo que habría solicitado el egreso, lo cual fue coordinado con el hospital El Peral.

Por otra parte, las personas entrevistadas refieren no tener información sobre beneficios disponibles en la comunidad, ya sean laborales, educativos, económicos, entre otros.

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 para implementarlas; (6) Existen instancias de evaluación de la efectividad de las medidas adoptadas.

Según lo recabado, entrevistadas/os relatan que desde el hospital El Peral -a través de las visitas de distintos profesionales- supervisan semanalmente la residencia. Además, una trabajadora social del hospital también acudiría de manera periódica para observar el funcionamiento e indagar en las dificultades que pudieran surgir. Sin embargo, no recuerdan haber recibido supervisión de otros organismos, tales como el Servicio de Salud, el INDH o la COREPPREM.

Tampoco refieren conocer protocolos estandarizados u otras medidas de prevención del maltrato, a excepción de la supervisión periódica que realizan desde el hospital a funcionarias/os del centro y las reuniones mensuales que se realizan con todo el equipo, donde se refuerzan las normas y algunos estándares vinculados al trato y cuidado de las/os residentes.

Nivel de logro dimensión Medidas de Protección:

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. Si bien se destaca que, al momento del ingreso, se les informen sus derechos a las/os residentes, estos no son reiterados durante su estadía. Asimismo, falta fortalecer la información que entrega el personal de salud externo, relacionada con sus diagnósticos y tratamientos, y el acceso a servicios sociales, laborales, educacionales, entre otros elementos, que permitan favorecer la rehabilitación e inserción comunitaria de las/os residentes. Por otra parte, es de preocupación que no existan canales confidenciales para presentar quejas y/o denuncias, así como también, que exista un desconocimiento generalizado de los procedimientos existentes para realizar denuncias penales y/o para apelar sobre un tratamiento. Por último, se debe fortalecer la fiscalización y supervisión independiente, y 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 los 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

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.

Es importante valorar que, según los datos enviados por la dirección del hospital, no se han presentado fugas, abandonos o situaciones complejas en el centro en el último año. Tampoco refieren utilizar contención física o farmacológica para el mismo periodo, lo que es corroborado por entrevistadas/os, a excepción del uso infrecuente de fármacos -según necesidad- por vía oral, prescritos previamente por las/os médicas/os tratantes, como medida de última ratio, frente a descompensaciones severas de residentes. En ello, debe fortalecerse el sistema de registro de la residencia, ya que actualmente solo se describen estas situaciones -y sus consecuentes acciones- en el libro de novedades, no así en sus carpetas individuales.

Como medidas preventivas para evitar la aparición de crisis y/o atenuar su escalamiento, entrevistadas/os señalan que en el centro se realizan algunas intervenciones, tales como conversaciones periódicas con residentes, supervisión constante por parte de funcionarias/os, contención verbal y ambiental en caso de requerirse, entre otras. Por otra parte, las/os funcionarias/os relatan haber recibido formación respecto al uso de contención desde hospital El Peral, lo cual refuerza la capacidad de reacción frente a estas situaciones.

En cuanto a las brechas detectadas, no se observa un protocolo escrito de actuación frente a estos casos, a excepción del “Manual de Residencias Protegidas”, que establece algunas directrices y/o acciones generales a realizar por el personal, frente a situaciones de emergencias (clínicas, incendio, fugas, fallecimientos, etc.). Tampoco se pesquisan registros sobre los gatillantes/atenuantes de crisis o los métodos preferidos de intervención de las/os residentes.

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; (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, se realice contención ambiental y/o verbal, y no esté permitido el aislamiento. En general, se reporta un ambiente estable, en el que los conflictos se resuelven de manera expedita: “Aquí nos tratan bien, nunca me han encerrado [...] a nadie, nos portamos bien todos” (Persona con diagnósticos de salud mental). Entrevistadas/os niegan que se apliquen sanciones o castigos.

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. Según la información recopilada, no existen reportes, denuncias o sumarios por negligencia o abusos hacia residentes, destacándose un compromiso afectivo por parte de las/os cuidadoras/es.

Como aspecto a mejorar, se visualiza que, en ocasiones, algunas/os funcionarias/os tienden a infantilizar el trato hacia las personas con diagnósticos de salud mental, lo que puede favorecer una omisión de sus necesidades y/o derechos.

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 entre ellas/os. Las/os cuidadoras/os demuestran estar atentas/os frente a dichas situaciones, estimulando su resolución pacífica, y promoviendo -sobre todo en espacios y actividades comunes- la

adopción de acuerdos, y el respeto por la opinión mayoritaria -muestra de ello, por ejemplo, son los instantes de televisión, en que se respeta el programa elegido por la mayoría-.

Nivel de logro dimensión Trato:

En síntesis, y atendiendo los estándares, el CPT **evalúa el componente de trato como “parcial”**, donde se pesquisa durante la visita un trato amable y respetuoso hacia las personas y entre residentes, en general, destacando además el conocimiento que tienen las/os funcionarias/os de las preferencias de las/os residentes, para atenuar el escalamiento de crisis y evitar descompensaciones de forma efectiva. Sin embargo, como aspectos a mejorar, se detecta que no registran en las fichas individuales dichas estrategias, ni las contenciones que aplican -sean ambientales, verbales y/o farmacológicas-. Tampoco cuentan con un protocolo de prevención y actuación para el personal del centro, suficientemente detallado y específico, que las/os oriente frente a situaciones complejas. Otro aspecto a mejorar es que persiste un trato más bien infantilizado hacia las personas con diagnósticos de salud mental, lo que puede afectar el desarrollo de su autonomía y el resguardo de sus derechos.

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 mencionan un clima laboral agradable y relaciones respetuosas entre ellas/os, lo que favorece el ejercicio de sus funciones de manera adecuada. En este sentido, señalan que el equipo actual sólo lleva tres meses en la residencia, ya que las/os funcionarias/os anteriores fueron trasladadas/os a otras unidades y funciones en el hospital El Peral, debido a conflictos reiterados entre ellas/os y a un episodio aislado, donde se habrían extraviado algunos insumos. Según se reporta desde la dirección, existe un sumario en curso debido a esta situación.

Como aspectos a mejorar, se identifica una alta carga laboral y emocional en las/os funcionarias/os, lo que puede generar afectación en la motivación, burnout y ausentismo. Además, si bien las horas extras son remuneradas, ello también aumenta el cansancio y la sobrecarga. Es importante mencionar que, según información entregada por la dirección, durante el último año se presentaron en la residencia 32 licencias médicas.

Por otra parte, algunas/os de las/os entrevistadas/os mencionan que no se sentirían suficientemente valoradas/os por las jefaturas y/o la comunidad, mientras otras/os sí lo perciben.

Por último, se pesquisa que no existirían instancias formales y sistemáticas de cuidado de equipo, desconociendo -el personal entrevistado- los espacios de prevención y salud ocupacional que existen, así como tampoco conocen el protocolo a aplicar frente a situaciones que puedan afectar el desempeño de sus labores o problemas relacionales entre funcionarias/os, como por ejemplo, situaciones de malos tratos o acoso laboral.

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, según percepción de entrevistadas/os, existirían pocas instancias de capacitación, y recientemente, con la instalación del computador en la residencia, estarían recibiendo correos electrónicos con dicha información. Reconocen cursos realizados en temas de derechos humanos, contención, reanimación cardiopulmonar, entre otros, promovidos especialmente desde el hospital El Peral, al cual acceden en general profesionales del centro, exigiéndose, al menos, 2-3 capacitaciones al año. En este sentido, algunas personas entrevistadas perciben que las/os cuidadoras/es no tendrían la misma posibilidad de formarse, reconociendo una fuerte necesidad de instruirse en temas de atención de urgencias, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), entre otras.

Por último, se detecta desconocimiento por parte de las/os funcionarias/os respecto a las estrategias y recursos que existen, para fomentar la vida independiente de las personas con diagnósticos de salud mental y/o para poder 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, 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 evacuación de emergencias” y un “Manual de Procedimientos Residencias Protegidas”, que describe las características y objetivos del centro, las funciones de su personal, los lineamientos básicos de convivencia y funcionamiento en términos generales, y establece algunas acciones a realizar frente a urgencias clínicas, fallecimientos, desastres, entre otras situaciones.

Nivel de logro dimensión Gestión del Establecimiento y Personal:

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, además de limitadas capacitaciones en temáticas relevantes -tales como DD.HH., CDPD, intervención en crisis, manejo de la esfera sexual y afectiva, entre otras-. Por último, se percibe desconocimiento y/o ausencia de protocolos que regulen ciertos procedimientos del establecimiento -ej: maltrato y/o acoso laboral-, y falta 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; (8) Las preferencias de las/os usuarias/os tienen prioridad en todas las decisiones sobre dónde van a recibir el cuidado.

En relación con las rutinas, las/os residentes pueden elegir en qué horario levantarse, descansar y dormir, así como también, cuándo ir al baño o bañarse. En caso de requerir asistencia o supervisión, es entregada por personal del centro. Además, la participación en las actividades también es voluntaria. Los horarios de alimentación, se encuentran predeterminados, por lo que no pueden ser modificados, lo que responde a criterios de organización del establecimiento.

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 -ni han requerido- de traductoras/es o interventoras/es interculturales, que puedan favorecer el ingreso de personas con otras culturas.

Por último, si bien la mayoría de las/os funcionarias/os entrevistadas/os reconocen el derecho de las personas con diagnósticos de salud mental a desarrollar la esfera sexual, reproductiva y afectiva, manifiestan dificultad y desconocimiento respecto a cómo abordarlas específicamente en la rutina diaria, así como también, otras/os funcionarias/os siguen invisibilizando esta temática: “La mayoría de las residentes se encuentran esterilizadas de forma previa a su ingreso a la residencia, mientras que los hombres no tienen

necesidades o intereses sexuales” (Funcionaria/o entrevistada/o). “Yo creo que sí deberían tener (relaciones sexuales, afectivas y/o reproductivas), porque están en todo su derecho, pero aquí no se ve” (Funcionaria/o entrevistada/o). Respecto a la posibilidad de decidir sobre su vida sexual, también se reportan ciertas limitaciones: Si bien el centro autoriza las relaciones sentimentales y afectivas entre residentes -lo que ya ha sucedido-, no se han permitido, hasta el momento, las relaciones sexuales, dado los altos niveles de discapacidad psicosocial que presentan. Asimismo, funcionarias/os entrevistadas/os, mantienen una idea general asociada a que las/os residentes no presentan interés sexo afectivo: “los chiquillos nunca han tenido ese deseo entre ellos, desde que los conozco, en el caso que se dé tendría que haber más supervisión [...] había -relación de pololeo- solamente se daban besos, se permitía, el XX se la llevaba a la pieza, ahí nosotros no dejábamos que se la llevara a la pieza” (Funcionaria/o entrevistada/o).

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) 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; (4) 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; (5) La toma de decisiones con apoyo es el modelo predominante, y se evita la toma de decisiones sustitutivas; (6) Cuando una/un usuaria/o carece de una persona o una red de personas de apoyo y desea designar una, el establecimiento la/o ayuda a acceder al apoyo adecuado; (7) 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.

Según informan entrevistadas/os, las/os residentes serían representadas/os legalmente por el director del hospital El Peral, por lo que las decisiones respecto a su vida patrimonial, como el uso de sus pensiones, deben ser autorizadas por esta figura. En ese sentido, preocupa al Comité que, pese a que la mayoría de ellas/os carece de redes de apoyo y/o familiares, las/os funcionarias/os y residentes entrevistadas/os desconocen si existen personas u organizaciones externas a la residencia que pudiesen apoyar a las/os residentes en esta materia, prevaleciendo la toma de decisiones sustitutiva, y no con apoyo.

Por último, las/os entrevistadas/os también desconocen si las/os residentes han podido participar en la vida política y/o pública, por ejemplo, a través del ejercicio del derecho a voto en elecciones o generando instancias de información sobre procesos sociales en curso.

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.

En cuanto a la autonomía asociada a la toma de decisiones en salud, se observan importantes deficiencias, relacionadas principalmente con los bajos niveles de participación en la elaboración y revisión de sus planes de tratamiento, así como también, por la escasa incorporación de sus preferencias en ellos, siendo conducidos por las/os médicas/os tratantes. Tampoco se observa un registro de las opiniones y/o sugerencias de las/os residentes en sus carpetas, ni que el personal de salud -tanto del centro, como externo-, les informe de forma periódica y activa sus diagnósticos, el propósito de los fármacos que les administran y/o la información contenida en sus fichas. De igual forma, se desconoce por parte del personal cómo definir y gestionar las voluntades anticipadas, sin observarse registro de aquellas.

Por otra parte, dado que en la residencia no se encuentran las fichas de ingreso -estas son manejadas a nivel central por el hospital El Peral-, se desconoce si existen consentimientos informados de ingreso y para los tratamientos recibidos, firmados por las personas con diagnósticos de salud mental, pese a que entrevistadas/os indican que, en general, si una/un residente se niega a recibir algún tipo de tratamiento, la residencia respeta dicha decisión, informándola al equipo de trabajo y registrándolo en su carpeta.

Por último, otro aspecto a relevar tiene relación con la realización de procedimientos de salud sexual y reproductiva de las mujeres con diagnósticos de salud mental, ya que la mayoría de las residentes mujeres fueron esterilizadas hace varias décadas, previo a su ingreso a la residencia, por lo que se desconoce si fueron realizados con su consentimiento libre e informado.

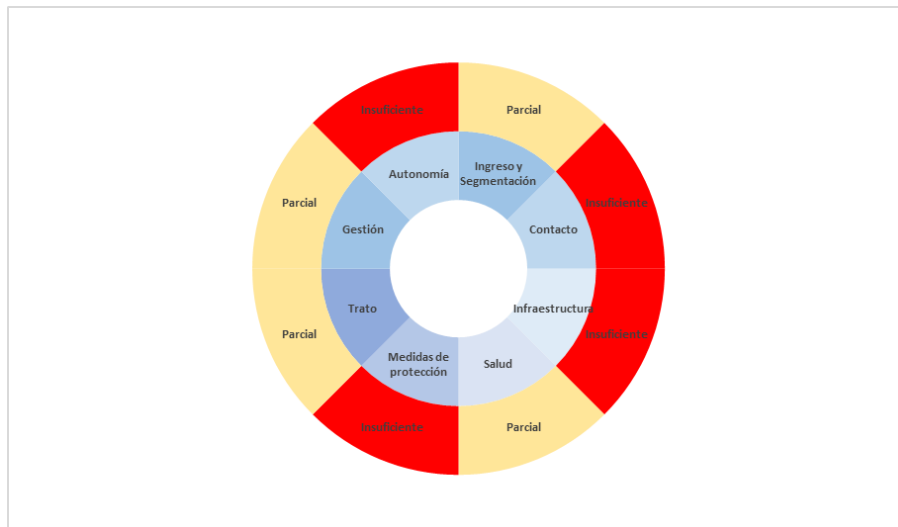
Nivel de logro dimensión Autonomía:

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a la autonomía, el CPT **evalúa el componente de autonomía como “insuficiente”**, apreciándose dificultades generales para priorizar la autonomía de las personas, especialmente en el ámbito jurídico, de salud y participación social. En este sentido, existen importantes brechas que subsanar para favorecer 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 patrimonial, política, afectiva, sexual y reproductiva. También, es necesario que las personas conozcan sus propios diagnósticos y tratamientos, así como también, que se definan y registren claramente sus preferencias y voluntades anticipadas. Otro aspecto a relevar, que dificulta el alcance del estándar, se asocia a que aún prima en el centro la toma de decisión sustitutiva -por sobre con apoyo-, debiendo establecerse un procedimiento para tal efecto.

VII. Evaluación CPT: asignación de niveles de logro.

Los hallazgos se organizan de acuerdo a dimensiones o ejes temáticos, que se nutren de los relatos e información obtenida durante la visita, a través de la aplicación de los diferentes instrumentos de levantamiento de la información, buscando dar cuenta de los factores de riesgo que podrían incidir en la comisión de tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, que afectan actualmente a las personas con diagnósticos de salud mental que residen en el centro visitado. A continuación, se presenta un resumen de los niveles de logro asignados para cada una de las dimensiones evaluadas.

Gráfico 1: Asignación de niveles de logro por dimensión evaluada



Fuente: Elaboración propia

VIII. Recomendaciones

El presente apartado expone las recomendaciones elaboradas por el CPT a la Residencia Protegida Paris y otros actores claves, a la luz de los hallazgos obtenidos durante la visita realizada el día 9 de marzo del 2023, 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 a Residencia Protegida París y Hospital El Peral:

Régimen y actividades

1. Se insta a corto plazo, segmentar todas las habitaciones y baños por género.
2. Se insta a corto plazo, promover y resguardar la privacidad de las personas al interior de las habitaciones y baños, a través, por ejemplo, de la instalación de biombos para poder realizar cambios de ropa u otras actividades con privacidad.

3. Se insta a corto plazo, promover la realización sistemática y periódica de actividades que favorezcan los procesos de recuperación e integración psicosocial, y prevengan procesos de deterioro en las personas con diagnósticos de salud mental, diseñando un plan semestral participativo junto al equipo de la residencia y las/os residentes, que incluya los objetivos y descripción general de cada actividad, los materiales requeridos, responsables, periodicidad, entre otros elementos. Se sugiere incorporar a la comunidad en dicha programación, así como también, la realización de talleres informativos, de orientación laboral, autocuidado, acceso a recursos sociales, comunitarios y económicos, promoviendo la utilización de estos.
4. Se recomienda a corto plazo, disponer de mayor cantidad de materiales recreativos, didácticos y de lectura, acorde a las preferencias de las personas, así como también, un computador para uso de las/os residentes.
5. Se recomienda a corto plazo, considerar las opiniones, preferencias y sugerencias de las personas con diagnósticos de salud mental en el establecimiento de sus rutinas y actividades, y avanzar en el registro de las mismas en las historias clínicas.

Contacto con el mundo exterior

6. Se sugiere a corto plazo, establecer un protocolo de visitas, que permita resguardar la privacidad de las/os residentes y sus redes de apoyo en dichos espacios, y a la vez, evite que se produzcan situaciones de abuso patrimonial u otras vulneraciones.
7. Se insta a corto plazo, desarrollar e implementar actividades y/o talleres periódicos (ej: frecuencia semanal) para conversar y reflexionar junto a las personas con diagnósticos de salud mental sobre información contingente del país y el mundo.
8. Se recomienda a mediano plazo, aumentar la frecuencia de actividades comunitarias -tanto al interior, como en el exterior del establecimiento-, incentivando la generación de convenios con redes de apoyo local y el diseño de un plan semestral participativo, que incorpore las preferencias y sugerencias de las/os residentes, al personal del centro y a la comunidad.
9. Se insta a mediano plazo, elaborar un plan de trabajo anual, para fortalecer el contacto de las/os residentes con sus redes de apoyo familiar.

Condiciones materiales

10. Se sugiere a corto plazo, mantener desocupados los espacios del patio, libre de vehículos, materiales, deshechos, u otros objetos que impidan a las/os residentes utilizar estas dependencias.
11. Se insta a corto plazo, socializar y simular de forma periódica el plan de contingencia y evacuación frente a catástrofes, desarrollado en el año 2018, que incluya información sobre los extintores disponibles en el centro y su forma de uso.
12. Se insta a corto plazo, implementar un sistema de calefacción seguro, en el que se vea resguardada la integridad de las/os residentes y que permita resguardarse del frío.
13. Se insta a corto plazo, instalar la tapa del retrete faltante en baño.
14. Se insta a mediano plazo, habilitar un baño más para las/os residentes, a modo de cumplir con el criterio exigido en la normativa vigente, de 1 baño por cada 5 residentes.
15. Se sugiere a mediano plazo, mejorar la distribución de los espacios en las habitaciones de las/os residentes, especialmente en aquella donde comparten 4 personas, ya que contradice la Norma Técnica sobre Residencias Protegidas, que señala como máximo, 3 residentes por habitación y una distancia mínima entre bordes de cama de 1,5 metros.

16. 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. Disponer de suficiente mobiliario, y en buen estado de conservación (sillones, sillas, mesas, closets individuales para cada residente, catres clínicos, etc.).
 - b. Implementar estructuras que permitan la accesibilidad para personas con discapacidades físicas en las distintas dependencias y espacios comunes del centro, especialmente, nivelar pisos de duchas y patios, aumentar el ancho de las puertas de acceso e instalar barras de apoyo en habitaciones, salas comunes y pasillos.
 - c. Instalación de piso antideslizante en baños de residentes.
 - d. Revisar de manera periódica techumbres, y reparar de forma inmediata aquellos lugares donde se filtre el agua.
 - e. Habilitar la piscina, reparando las filtraciones que presenta, a fin de favorecer su uso y las actividades recreativas de las/os residentes, además de mejorar su seguridad, aumentando la altura de la reja que la rodea.
 - f. Habilitar la sala de enfermería, para que cuente con camilla, además de un espacio diferenciado de zona limpia y sucia.

Salud

17. 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 individual.
18. Se urge a corto plazo, con el apoyo de la red asistencial de salud y Municipalidad, desarrollar actividades periódicas de 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).
19. Se insta a corto plazo, elaborar y posteriormente socializar un protocolo de administración de medicamentos, que incluya un sistema de registro, supervisión y evaluación, así como también un procedimiento de actuación frente a aparición de eventos adversos.
20. Se urge a corto plazo, especialmente a los equipos tratantes de salud mental del Hospital El Peral, adoptar las siguientes medidas:
 - a. Incorporar las preferencias, opiniones y sugerencias de las/os residentes en la construcción y evaluación periódica de los planes de cuidado integral, a fin de lograr una mayor participación en el plan de intervención.
 - b. Promover, en los planes de recuperación de las/os residentes, el desarrollo de otros ámbitos relevantes en la vida de las personas con diagnósticos de salud mental y/o discapacidad -distintos al modelo biomédico-, tales como el laboral, educacional, social, para que sean integrales y favorezcan, efectivamente, su adecuada recuperación e integración comunitaria.
 - c. Registrar las acciones antes mencionadas en la ficha clínica de cada residente.
21. 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 con el CESFAM y el Hospital El Peral-, a fin de mejorar la comunicación, el flujo de información y los registros disponibles en el centro, favoreciendo así una integralidad en los cuidados de las personas con diagnósticos de salud mental.

Medidas de protección

22. Se recomienda a corto plazo, proveer información clara y completa, de forma escrita y verbal, con lenguaje comprensible, y durante toda su estadía, sobre:
 - a. Los derechos de las/os residentes.
 - b. El acceso a organismos independientes, representantes legales y defensores de derechos humanos, que le permita a las/os residentes acceder a sistemas de apoyo en la toma de decisiones.
 - c. Los mecanismos de apelación existentes en nuestro país, en cuanto al derecho a rechazar tratamientos y/o la internación.
23. 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.
24. Se insta a mediano plazo, elaborar -y socializar de forma periódica con funcionarias/os y residentes- un protocolo de prevención del maltrato o abuso físico, psicológico, sexual o verbal, descuido físico o emocional, al interior del centro.
25. 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, así como también, les permita acceder a justicia y/o reparación.

Trato

26. 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 atenuantes que las/os mismas/os residentes consideran efectivos para aminorar las situaciones de crisis.
27. Se insta en el mediano plazo, desarrollar y posteriormente socializar un protocolo de prevención y actuación frente a situaciones complejas, que regule claramente el uso de contención ambiental, verbal y farmacológica, e incorpore el registro de estos procedimientos en la ficha individual.

Gestión del establecimiento y del personal

28. Se recomienda a corto plazo, otorgar atención psicológica externa y/o intervención en crisis a los equipos expuestos a situaciones de conflicto y/o sobrecarga laboral y/o emocional.
29. Se recomienda a corto plazo, realizar un levantamiento de brechas en dotación de personal y socializarlas con el Hospital El Peral y el Servicio de Salud Metropolitano Sur.
30. Se insta a corto plazo, generar estrategias de gestión de personal, desarrollando un sistema de evaluación periódico de las/os funcionarias/os.
31. Se insta en el mediano plazo, desarrollar y posteriormente socializar un protocolo de prevención y actuación frente a maltrato y/o acoso laboral.
32. Se sugiere a mediano plazo, fortalecer las instancias de capacitación para todo el personal del establecimiento, incluidas/os las/os cuidadoras/es, en diversas temáticas relevantes que permitan promover el buen trato, tales como, DD.HH., CDPD, intervención en crisis, manejo de la esfera sexual y afectiva, entre otras.
33. 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

34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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 otros actores claves

Régimen y actividades

1. Al **Ministerio de Salud**, junto con los **Ministerios de Educación, Vivienda, Trabajo y Desarrollo Social**, se urge, en el mediano plazo, 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 y sus familias, con el objetivo de garantizar el derecho a la vida independiente y la inclusión en la comunidad.

Contacto con el mundo exterior

2. Al **Municipio de La Florida**, 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.
3. Al **Municipio de La Florida**, 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

4. Al **Servicio de Salud Metropolitano Sur**, 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

5. 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.
6. Al **Ministerio de Salud**, especialmente a la **Subsecretaría de Salud Pública**, se insta en el mediano plazo que elabore una Orientación Técnica respecto al abordaje de la esfera afectiva, sexual y reproductiva de las personas con diagnósticos de salud mental y/o discapacidad, con enfoque de derechos y respetando su autonomía. Posteriormente, se insta al **Servicio de Salud Metropolitano Sur**, junto a los **Hogares y Residencias Protegidas** de la zona, a elaborar y socializar un protocolo de actuación que aborde dicha Orientación Técnica.

Medidas de protección

7. Al **Servicio de Salud Metropolitano Sur**, se insta a corto plazo, fortalecer sus supervisiones periódicas e incorporar el enfoque de derecho en ellas, adecuando las pautas 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.
8. Al **Ministerio de Salud**, se insta a largo plazo, aumentar la oferta residencial para personas en situación de discapacidad y/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

9. 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

10. Al **Servicio de Salud Metropolitano Sur**, se recomienda a corto plazo, gestionar los recursos financieros para mejorar las condiciones laborales de las/os funcionarias/os y estructurales de la residencia.
11. 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.
12. 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.

IX. Seguimiento

Respecto a la estrategia de seguimiento de los resultados, el CPT realizará en primer lugar la difusión del informe con la Residencia Paris, 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.apr.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%20cruels%2C%20inhumanos%20o%20degradantes>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental. Derechos Humanos y Legislación*. WHO ebrary collections. <https://biblioteca.corteidh.or.cr/adjunto/16221>