

*Informe de Visita*  
*Hogares Protegidos 2 y 3 de Rancagua*

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

Enero, 2024

## Índice

I.	Introducción	3
II.	Presentación del CPT	4
III.	Antecedentes	5
1.	Marco legal	5
2.	Justificación del problema	7
3.	Contexto de la visita	8
IV.	Objetivos de la visita	10
V.	Metodología de la visita	10
1.	Trabajo de campo	10
	Tabla 1 Equipo de visita, rol y funciones	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.	32
VIII.	Recomendaciones	34
IX.	Seguimiento	39
X.	Referencias Bibliográficas	40

## 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, Marcela García Sepúlveda, Gonzalo Horstmeier Garote.

### Edición final

Yamileth Granizo Román, Gonzalo Horstmeier Garote.

Santiago, enero, 2024

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] (2024), *Informe de visita Hogares Protegidos 2 y 3 de Rancagua*. 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 los Hogares Protegidos 2 y 3 de Rancagua, en la región del Libertador Bernardo O'Higgins. La visita tuvo lugar el día 21 de marzo, y su objetivo general fue analizar los factores de riesgo asociados con la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes que afectan a personas con diagnósticos de salud mental en estos recintos. 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 dimensiones<sup>1</sup>: (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 los Hogares Protegidos 2 y 3, a las personas con diagnósticos de salud mental que residen en ella y a sus familiares, a la administración de la residencia, al Servicio de Salud y por ende al Ministerio de Salud, como también a la comunidad de Derechos Humanos nacional e internacional, a las organizaciones de la sociedad civil y a la academia. Todas/os ellas/os 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).

---

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

## II. Presentación del CPT

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

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

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

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

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

### III. Antecedentes

#### 1. Marco legal

##### 1.1. Marco legal internacional

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

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

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

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

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

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

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

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

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

##### 1.2. Marco Legal Nacional

En Chile, a través de los distintos tratados y pactos internacionales ratificados, se ha intentado resguardar el derecho a la integridad psíquica y la protección de la salud de todas las personas; tales como el derecho

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

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

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

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

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

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

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

9. *A recibir una atención con enfoque de derechos. Los establecimientos que otorguen prestaciones psiquiátricas en la modalidad de atención cerrada deberán contar con un comité de ética, conforme lo dispone el artículo 20 de la ley N° 20.584.*
10. *A recibir tratamiento con la alternativa terapéutica más efectiva y segura y que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.*
11. *A que su condición de salud mental no sea considerada inmodificable.*
12. *A recibir contraprestación pecuniaria por su participación en actividades realizadas en el marco de las terapias, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que sean comercializados.*
13. *A recibir educación a nivel individual y familiar sobre su condición de salud y sobre las formas de autocuidado, y a ser acompañada durante el proceso de recuperación por sus familiares o por quien la persona libremente designe.*
14. *A que su información y datos personales sean protegidos de conformidad con la ley N° 19.628.*
15. *A no ser discriminado por padecer o haber padecido una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.*
16. *A no sufrir discriminación por su condición en cuanto a prestaciones o coberturas de salud, así como en su inclusión educacional o laboral”.*

## 2. Justificación del problema

El programa “Residencias y Hogares Protegidos” del Ministerio de Salud (MINSAL) nace el año 1998, con el objetivo de desinstitucionalizar a las personas con diagnósticos de salud mental que se encontraban al interior de las unidades de larga estadía de hospitales psiquiátricos. Para ello -y en concordancia con el Plan Nacional de Salud Mental del MINSAL (2001)- se crean los Hogares Protegidos y Residencias Protegidas como alternativas de residencia y apoyo social en la comunidad para personas con discapacidad mental (psíquica 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, según da cuenta la evaluación mencionada.

Por otro lado, el CPT considera relevante examinar estos centros, dado que -en base al análisis de distintas fuentes de información<sup>2</sup>- no se cuenta con suficientes datos a nivel nacional de las principales vulneraciones a los DD.HH. y los factores de riesgo asociados a la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes al interior de estos recintos. De acuerdo al Informe diagnóstico de caracterización y vulneraciones a los derechos humanos en el área de Salud Mental (CPT, 2021), se pudo recabar una ausencia de reclamos asociados a Hogares y Residencias Protegidas, lo que se puede explicar por ser unidades que se encuentran en la frontera de los servicios sanitarios, como establecimientos de apoyo social en la comunidad. Sin embargo, se observa que existen dos peticiones de usuarias/os en diferentes regiones, que desean egresar de Hogares Protegidos y, en ambas situaciones, se establecen limitaciones para hacer efectiva esta solicitud, vulnerándose el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluida/o 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 los Hogares 2 y 3 de Rancagua, como parte de su planificación anual a distintos establecimientos de salud mental, entre ellos, aquellos con modalidad residencial de personas desinstitucionalizadas, ampliando a la información sobre las condiciones en que se encuentran las personas con discapacidad psíquica y/o dependencia en Hogares y Residencias Protegidas. Se consideró además que ambos hogares son de carácter mixto, lo que permite visualizar las condiciones en que viven las personas de distintos sexo/géneros bajo esta modalidad.

Los Hogares 2 y 3 de Rancagua se encuentran bajo administración de la Agrupación de Familiares y Amigos de Pacientes Psiquiátricos (AFAPS) desde el año 2008. Al momento de la visita, en cada hogar se

---

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

encontraban residiendo 8 personas; en Hogar 2, solo dos personas se encontraban con un nivel de dependencia moderada, mientras que en Hogar 3, cinco personas presentaba dependencia moderada y tres de forma severa, situación que demandaba más cuidados y recursos para el bienestar de estas. Según lo recabado, en la región de O'higgins existen 5 hogares protegidos y ninguna residencia, lo cual complejiza la posibilidad de desinstitucionalizar a personas que requieran altos niveles de protección y cuidado.

## IV. Objetivos de la visita

La visita realizada tuvo como **objetivo general** evaluar los factores de riesgo asociados a 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 los Hogares 2 y 3 durante el año 2023.

Como **objetivos específicos** se propuso:

1. Explorar las condiciones materiales, laborales y personales en los hogares 2 y 3 de Rancagua.
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 los Hogares 2 y 3, 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 los Hogares Protegidos 2 y 3 de Rancagua. 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 21 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
Javiera Canessa	Experta CPT	1. Presentación y entrevista a Encargada de Hogares 2 y 3
		2. Solicitud de documentación encargada
		3. Aplicación de pauta Sars-CoV-2
Yamileth Granizo	Experta CPT	1. Entrevistas a monitor Hogar 2
		2. Entrevistas informales a personas con diagnóstico de salud mental
		3. Revisión documentación clínica
Yvette Marcela García	Profesional CPT	1. Entrevistas a personas con diagnóstico de salud mental Hogar 2
		2. Pauta de observación de Hogar 2
Gonzalo Horstmeier	Profesional CPT	1. Entrevistas a personas con diagnóstico de salud mental
		2. Entrevistas a funcionarias/os
		3. Pauta de observación de Hogar 3
		4. Revisión documentación clínica

## 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*; (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 8 entrevistas individuales, 1 conversación grupal y 3 conversaciones informales con personas con diagnósticos de salud mental, la revisión de 6 fichas clínicas; se realizó un total de 3 entrevistas individuales y 2 conversaciones informales con funcionarias/os del establecimiento; y 2 pautas de observación de campo. La siguiente tabla (Tabla 3) ilustra el detalle de los instrumentos aplicados y la muestra lograda.

Tabla 3 Muestra Lograda

Actor	Tipo de instrumento	Total
Personas con diagnósticos de SM	Entrevista individual	8
	Conversación informal	3
	Revisión de documentación clínica	6
Funcionarias/os del centro	Entrevista individual	3
	Conversación informal	2
Observación de campo	Pauta de observación	2
<b>TOTAL INSTRUMENTOS</b>		24
<i>Fuente: Elaboración propia</i>		

### 3. Dificultades y limitaciones de la recolección de información

Como principales dificultades o limitaciones al momento de recolectar información y realización de la visita, se encuentran la condición clínica en la que se encontraban algunas/os residentes -tales como discapacidad intelectual severa, con 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 los Hogares Protegidos en general, lo que dificulta conocer sus condiciones actualizadas de manera previa a la visita.

### 4. Dimensiones y subdimensiones monitoreadas

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

Tabla 4 Dimensiones y subdimensiones monitoreadas

Dimensión	Subdimensión permite conocer en detalle
Régimen y actividades	Ingreso, clasificación y segmentación de las personas
	Uso del tiempo (régimen de internación, oferta programática -educación trabajo, recreación-, intervención psicosocial)
Contacto con el mundo exterior	Vinculación con familiares, amigas/os

	Vinculación con comunidad
Condiciones materiales de la internación	Infraestructura: Emplazamiento, edificación y equipamiento
	Alimentación y agua
	Iluminación, ventilación y calefacción. Higiene y plagas.
	Servicios sanitarios (baños, lavamanos y duchas), y ropa y cama
	Privacidad, intimidad, confidencialidad, y seguridad
Salud	Acceso a prestaciones y tratamientos de salud (servicios de urgencia, atención especializada, salud mental)
	Características y dotación del personal de salud al interior del establecimiento
	Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos
	Promoción, prevención, control y manejo de enfermedades (transmisibles y no transmisibles)
Medidas de protección	Acceso a información
	Mecanismos de solicitudes y de quejas
	Acceso a la justicia y reparación
	Egreso
	Supervisión independiente
	Medidas de Prevención
Trato	Medidas de control, contención y uso de la fuerza (sujeciones físicas/farmacológicas), procedimientos irreversibles, hospitalización o tratamiento sin consentimiento)
	Aislamiento (uso y motivo de ingreso, registro, régimen,

	condiciones materiales y acceso a la salud)
	Violencia institucional (violencia física, psicológica, sexual, discriminación, extorciones, amenazas, descuido o indicios de tortura o malos tratos, abuso patrimonial, entre otras)
	Violencia entre usuarias/os (violencia física, psicológica, sexual, discriminación, extorciones, amenazas, descuido o indicios de tortura o malos tratos, abuso patrimonial, entre otras)
Gestión del establecimiento y del personal	Condiciones laborales (sobrecarga, turnos, recursos, percepción valoración de su trabajo)
	Formación del personal (asimilación protocolos, formación DDHH y temas específicos, como grupos vulnerables)
	Gestión y organización del establecimiento
Autonomía	Autonomía en el régimen de actividades
	Respeto por el ejercicio de su capacidad jurídica
	Autonomía en la atención en salud

## 5. Procesamiento y análisis de la información

La información recopilada fue vaciada y sistematizada en una matriz de análisis diseñada por el CPT 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 analizarlas (diferentes investigadoras/es). Asimismo, se realizaron 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; j, (v) insuficiente. La descripción de las evaluaciones aparece en la tabla 5.

*Tabla 5 Niveles de desempeño de las dimensiones*

Nivel de Desempeño	Destacado	Bueno	Parcial	Insuficiente	No iniciado
Descripción	Desempeño o proceso sobresaliente en su ejecución: las condiciones evaluadas superan el estándar.	Desempeño o proceso donde las condiciones evaluadas coinciden en su mayoría con el estándar.	Desempeño o proceso donde las condiciones evaluadas se encuentran a mitad de camino para el logro del estándar.	Desempeño o proceso insuficiente donde las condiciones evaluadas se encuentran significativamente por debajo de la media para alcanzar el estándar.	Proceso no iniciado: no hay evidencia que reporte avances orientados a alcanzar el estándar.

## 6. Consideraciones éticas

Durante el trabajo de campo, se le explicó la función del CPT y el objetivo de la visita a cada persona entrevistada y/u observada. 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.

## 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 ambos hogares se realiza a través de derivaciones desde distintos dispositivos de salud mental del Servicio de Salud de O'Higgins (servicios de corta estadía, COSAM, Hospitales, entre otros), previa evaluación del comité técnico de hogares, conformado por un grupo interdisciplinario de profesionales (encargada de hogares del servicio de salud, funcionarias/os del hospital de Rengo, Santa Cruz, San Vicente de Tagua Tagua). También han recibido órdenes de ingreso desde Tribunales de Justicia, lo que de igual manera es evaluado por el comité, pudiendo objetar a través del área jurídica de servicio de salud aquellos ingresos que no cumplen el perfil. Entre los criterios de ingreso, las personas deben ser mayores de 18 años y menores de 50, sin dependencia severa en sus cuidados ni con problemas de consumo de alcohol o drogas. Es de relevancia mencionar que no existen motivos arbitrarios de exclusión para el ingreso de las personas, tales como etnia, religión, entre otras.

A pesar de los criterios de derivación, se observa que, en el hogar 3 existen tres personas con dependencia severa y cinco con dependencia moderada en sus cuidados -según lo informado en la encuesta institucional y lo observado durante la visita- lo cual genera dificultades en la organización del Hogar, dado que no se cuenta con los recursos necesarios para apoyar las labores de cuidado, situación que genera una sobrecarga en las/os funcionarias/os.

Según refiere la administradora, en la región de O'Higgins no existen residencias protegidas para recibir personas que requieran mayores cuidados, por lo cual son derivadas a los hogares, incumpliendo la norma técnica que los rige y a la vez, existe lista de espera para acceder a estos establecimientos.

En ambos hogares las piezas se segmentan por género, excepto en una ocasión en que dos residentes que sostienen una relación sentimental, podían compartir habitación, no obstante, esto cambió por recomendación del médico tratante, ya que una de las personas generaba mayor dependencia de la otra, dificultando su proceso de recuperación. Respecto a los baños, en ambos hogares son mixtos, no obstante en Hogar 2 se propende a que el baño del piso inferior sea ocupado principalmente por las mujeres.

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

*Estándares evaluados: (1) El establecimiento proporciona los recursos necesarios para garantizar que las personas interactúen y participen en actividades de recreación; (2) Las personas pueden interactuar con otras, incluidas las del sexo opuesto; (3) El establecimiento ofrece actividades adecuadas a las necesidades e intereses de las personas de forma regular,*

*tanto al interior de este como en la comunidad; (4) El personal proporciona información sobre las actividades disponibles y facilita su acceso; (5) Cada persona tiene acceso a programas psicosociales para el cumplimiento de las funciones sociales de su elección mediante el desarrollo de las habilidades necesarias para el empleo, la educación u otras áreas; (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 ambos hogares proporcionan los recursos para que personas de distintos géneros puedan interactuar entre sí. En este sentido, el espacio común facilita el encuentro entre ellas, no existiendo impedimentos para que puedan relacionarse. Asimismo, no se restringe el ingreso o circulación por los distintos espacios.

Respecto a los horarios, existen diferencias en ambos hogares. En el Hogar 2, se mantienen horarios fijos para despertar y para servir comidas, sin perjuicio de que existe cierta flexibilización, en instancias en que una/un de las/os residentes deba realizar una actividad distinta, como por ejemplo, realizar trámites en el centro de la ciudad, acudir a entrevistas de trabajo, entre otras, lo que implica retrasar o adelantar horarios. Se destaca que se propende a que todas/os coman juntas/os y que, tanto hombres como mujeres, cumplan funciones -tales como cocinar, servir comidas, aseo- evitando sesgos de género. Respecto a los talleres que se imparten, se les pide asistencia obligatoria, a pesar de que algunas/os residentes manifiesten abiertamente que las actividades no son de su agrado:

*Acá de repente se vulneran mis derechos, en qué sentido, por ejemplo hacen talleres que acá no me gustan, ahora estamos en un taller de bordado y me carga, prefiero leer, me carga bordar, me obligan, eso me carga mucho (Persona con diagnóstico de salud mental).*

Una de las prácticas que se destaca en este Hogar, es que las personas mantengan las llaves de la casa que habitan, estimulando su independencia e integración con la comunidad. Además, algunas/os residentes acuden a escuela, o trabajan fuera del Hogar y se promueve que acudan a realizar trámites, por ejemplo, cobrar pensión de invalidez, comprar remedios, entre otros.

Por su parte, en el Hogar 3, existe menor flexibilidad en los horarios de las actividades cotidianas; se levantan entre las 6 y 8 de la mañana, la monitora las/os despierta para darles medicamentos. Entre 9:00 y 10:00 toman desayuno; luego de ello se realizan actividades de aseo y orden, donde las/os residentes son supervisadas/os por una monitora de aseo (que se encuentra presente de 9:00 a 13:00 horas). Luego de ello, las personas realizan actividades de su preferencia (ver televisión, sentarse en el patio), sin contar con actividades programadas en ese espacio. A las 11 de la mañana se entrega colación y a las 13:00 almuerzo. Luego en las tardes, toman once a las 17:00 y cenan a las 20:00 horas. Durante el día, mientras las monitoras puedan tener un tiempo entre aseo y cuidados, realizan actividades manuales con las/os residentes interesadas/os en ello. Además, algunas/os ocupan máquinas de ejercicios físicos de manera libre.

Respecto a las actividades de recuperación, en ambos hogares se gestionan especialmente con redes externas; durante el año acuden practicantes de distintas carreras, entre ellas de terapia ocupacional, psicopedagogía, medicina, entre otras. Asimismo, las personas con mayor autonomía han acudido a actividades que se imparten fuera del centro (talleres de bordado, entre otras). Sin embargo, preocupa que estas dependan en su mayor medida de las gestiones y ofertas externas, lo que impide una planificación acorde a un plan para cada persona. Esto se agudiza en el Hogar 3, donde las personas tienen mayor dificultad para salir de manera independiente y, dado los recursos económicos limitados, no es posible contar con funcionarias/os que se encarguen exclusivamente de realizar actividades al interior del centro,

razón por la cual las personas se ven más limitadas en el acceso a talleres que promuevan habilidades y favorezcan la mantención de su bienestar físico y psicológico; en este sentido, según refieren funcionarias/os, han visualizado un progresivo deterioro físico y cognitivo de las/os residentes. Además, no se observan registros de participación de las personas en su plan de cuidado, a pesar de que las/os funcionarias/os entrevistadas/os mencionan que les preguntan a las personas sobre sus preferencias.

### *Nivel de logro dimensión régimen y actividades*

En síntesis, y atendiendo a los estándares referidos previamente, el CPT **evalúa esta dimensión como “parcial”**, lo que implica que hay desafíos, aún pendientes, para acortar la brecha entre lo observado y lo esperado en la materia. Es de destacar que en el Hogar 2, se estimula que las personas mantengan actividades tales como cobro de pensión de invalidez, asistencia a escuelas y trabajos. Se valora además que en este recinto, las/os residentes mantengan las llaves de la casa que habitan, otorgándoles mayor autonomía y confianza en ellas/os mismas/os. No obstante, se evidencia una fuerte necesidad de contar con actividades que propendan a estimular la autonomía, habilidades para la vida y autocuidado, con mayor énfasis en el Hogar 3, en el cual las personas mantienen mayores niveles de dependencia en sus cuidados y que, según referencias de las/os entrevistadas/os, se percibe un deterioro progresivo de las/os residentes a través de los años. Por lo anterior, se evidencia la necesidad de contar con un plan de recuperación adecuado, donde se registren las preferencias de cada residente y que se estimule en mayor medida su participación en actividades comunitarias.

## **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, existen pocas visitas en los hogares visitados, no obstante, cuentan con los espacios suficientes para recibir familiares o amigas/os cuando estas/os acuden. En el Hogar 2, todas/os cuentan con celular para comunicarse libremente, así como acceso a correo electrónico personal; además crearon un grupo de WhatsApp para comunicarse entre todas/os, incluido el monitor de esta casa. En el Hogar 3, solo tres personas mantienen celular, en caso que una/un residente -que no cuente con este medio- requiera realizar un llamado, puede utilizar el teléfono fijo del hogar (horario de uso de 9:00 a 20:00 horas) o, en caso de requerir una video llamada, las/os funcionarias/os facilitan sus celulares particulares. El CPT destaca que exista una comunicación fluida entre las/os monitoras/es de ambos hogares con las familias de las/os residentes, lo cual permite que estas mantengan conocimiento del

estado de salud de sus familiares. Asimismo, se valora que se ha gestionado que las/os residentes acudan a casa de sus familias para eventos especiales.

Respecto a las encomiendas, solo se supervisa el ingreso de alimentos que puedan ser dañinos (no se permite el ingreso de alcohol) y estos son compartidos por los residentes. En cuanto a las salidas, en consideración a la mayor autonomía de las personas del Hogar 2, estas pueden movilizarse por sus propios medios, utilizando aplicaciones de transportes generalmente, pudiendo acudir a casa de familiares en los casos que tengan cercanía. En el Hogar 3, solo tres personas salen con mayor frecuencia y en festividades (navidad, año nuevo) y seis personas acuden a casa de familiares, para lo cual, en general, se utiliza el auto de la monitora de este hogar.

## *2.2. Contacto con la comunidad*

Se destaca en los recintos que las/os residentes se encuentran adecuadamente integradas/os al vecindario, manteniendo contacto con vecinas/os del sector, con quienes han compartido de manera frecuente e incluso han participado en actividades realizadas dentro de los hogares:

*Tienen muy buena comunicación con los vecinos, a veces se acercan a conversa con ellos [...] una de las cosas que nos sentimos orgullosos, no hemos sentido discriminación (Funcionaria/o).*

Han recibido donaciones de ropa y vecinas/os acuden al Hogar 2 frente a situaciones especiales (algunas celebraciones o incluso a funerales de residentes). Se promueve que las personas puedan acudir a actividades comunitarias, tales como teatro comunitario, eventos públicos, plazas o incluso en ocasiones las/os residentes del Hogar 2 se juntan en cafés del centro de Rancagua.

*Cuando vamos a cobrar, hacemos junta en el mismo café, ahí pedimos cosas, nos quedamos un rato (Persona con diagnóstico de salud mental).*

En cuanto a información contextual, las personas mantienen conversaciones con las/os funcionarias/os sobre actualidad, lo que favorece su orientación y conexión con el medio. Además, tienen accesos a programas de televisión, donde solo algunas/os se interesan en ver noticias, accediendo principalmente a contenido de entretenimiento, además, algunas/os residentes se interesan en deportes, siguiendo programas radiales para mantenerse actualizadas/os.

### *Nivel de logro dimensión Contacto con el mundo exterior*

En resumen, de lo observado y recogido en la visita, y atendiendo los estándares referidos a esta dimensión, el CPT **evalúa este componente como “bueno”**, ya que a pesar del escaso contacto de familiares de las/os residentes, desde ambos hogares se realizan esfuerzos para mantenerlos vinculadas/os, ya sea mediante salidas a las casas de sus familias o utilizando medios de comunicación. Además, se destaca los esfuerzos para hacer partícipe a las personas en actividades comunitarias en la ciudad, donde además han propiciado instancias cotidianas que les permite mantenerse integradas/os con el vecindario que habitan.

## **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, ambos hogares se encuentran emplazadas cercana a una avenida principal de la ciudad de Rancagua, con acceso a locomoción y próximas a centros de salud. Entre ambas casas, existe poca distancia, lo que les permite planificar actividades en conjunto y auxiliarse frente a emergencias.

El Hogar 2 es una casa de dos pisos, contando con un living comedor en el primer piso y una amplia cocina, detrás de la cual existe una pieza amplia, compartida por dos residentes. En este piso, además existe una pieza individual que no se utiliza por filtración de humedad. En el segundo nivel existen tres piezas de un tamaño adecuado. Posee un amplio patio donde las/os residentes han habilitado espacios para permanecer de manera cómoda con sillas, sombra y plantas, además de algunas máquinas de ejercicios. En la zona posterior se ubica una amplia bodega, en la que se encuentran objetos en desuso; según refiere el monitor de la casa, estos objetos no han podido ser dados de baja dado que se encuentran inventariados por el Servicio de Salud, lo que genera que este espacio sea subutilizado.

El Hogar 3 tiene una estructura de dos pisos, contando en el primer piso con living comedor, el que tiene un espacio suficiente para todas/os las/os residentes. La cocina es de amplio tamaño, encontrándose ordenada y limpia. Contiguo a este espacio, se encuentra una habitación individual, en la que se encuentra un residente postrado. En la zona posterior de la casa, se encuentra una habitación compartida por dos residentes, con baño propio. En el segundo piso, existe una habitación individual y dos compartidas. Mantienen un espacio de patio adecuado para que las/os residentes puedan mantener actividades al aire libre y máquinas para ejercitarse físicamente -aunque se observan en regular estado de conservación-.

Como aspecto a mejorar, es de relevancia mencionar que en ambas casas no existen rampas o barandas de accesos en las zonas comunes, tales como en living, comedor, patios -sí se observaron barandas en escaleras y baños-, existiendo además desniveles que dificultan el desplazamiento de personas con movilidad reducida.

*Foto N° 1 y N° 2: Habitación compartida Hogar 2*



*Habitación compartida Hogar 3*



### 3.2. Alimentación y agua

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

Respecto a la alimentación, en ambos hogares se aprecia que es preparada en espacios limpios, siendo servida especialmente en sector de cocina, que cuenta con un comedor y sillas suficientes para todas las personas. En el Hogar 2 se han preocupado que exista una distribución de labores sin sesgo de género, por lo que las tareas de cocina y limpieza las realizan tanto hombres como mujeres -según refieren las/os entrevistadas/os, años atrás existía una mayor carga para las mujeres en estas labores-. En el Hogar 3, en consideración a que las personas mantienen mayores grados de dependencia, pocas/os residentes colaboran con estas labores, las que son realizadas en su mayoría por las cuidadoras.

Los horarios de comidas están definidos, entregándose tres comidas diarias -desayuno, almuerzo y cena- y dos colaciones. Esta es suficiente en cantidad y de buena calidad nutricional. Se destaca que para su planificación, se sigue pauta entregada por nutricionista del CESFAM.

El agua es potable, contando con accesos 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.*

En general todos los espacios están limpios y ordenados, sin la presencia de plagas o vectores, realizándose aseo de todas las dependencias en distintos momentos del día, tanto por las/os funcionarias/os y residentes. En este sentido, las personas del Hogar 2 mantienen tareas definidas, lo que favorece la organización. Cuentan con iluminación adecuada, con instalaciones que se aprecian seguras. Respecto a la ventilación, existen ventanas suficientes, las que permiten que ambas casas se mantengan frescas en verano. Para calefaccionar, se utilizan estufas a gas, las que según se indaga requieren renovación.

### 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, permitiendo el acceso de todas/os las/os residentes. En el Hogar 2, existen dos baños, uno en cada piso de la casa. Se intenta segmentar los baños por género, existiendo como recomendación para las/os residentes que el baño del piso inferior sea ocupado solo por las personas de género femenino; en ello, las/os residentes intentan

mantener esta división, por lo que las personas de género masculino acuden a este espacio solo en algunas ocasiones.

En el Hogar 3, existen cuatro baños en buenas condiciones, de los cuales durante el día se pueden usar solo tres, inhabilitando el baño del segundo piso, previniendo con ello que este sea mal utilizado por las/os residentes (apretar demasiado llaves, romper tapas de baños, entre otras), el cual sí se puede utilizar en las noches. Dos de estas dependencias son accesibles para personas con movilidad reducida, lo que favorece el acceso regular de todas las personas, contando además con implementos para facilitar la ayuda hacia estas cuando lo necesitan (barandas de apoyo, sillas). Cuentan con agua caliente durante todo el día. Respecto a los útiles de aseo personal, se compran con las pensiones de las personas, para lo cual cada una paga 80 mil pesos - lo que se habría determinado en acuerdo con las/os residentes-, con lo que permiten además pagar los servicios de una podóloga que acude una vez al mes. Además, debido a que una/os de las/os residentes requiere el uso de pañales, estos los reciben por donaciones de una fundación.

Respecto a la ropa, al ingreso se les pide que lleven sus propias vestimentas, además de batas, sábanas y toallas. Ante el deterioro, van renovando la vestimenta con el dinero de pensión de las/os residentes. El lavado es diario. Además, la ropa de cama es suficiente, cómoda y las sábanas son cambiadas una vez a la semana.

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

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

Respecto a la privacidad e intimidad, se observan experiencias distintas en cada uno de los hogares. El Hogar 2 ha generado acuerdos entre las/os residentes para que en caso de requerirlo, puedan permanecer a solas en su habitación, por ejemplo para cambiarse de ropa, o para poder mantener intimidad sexual en caso de parejas constituidas y previo consentimiento de ambas partes. Asimismo, se observa que cada una/o cuenta con un armario cerrado con llave, para resguardar sus pertenencias. Por su parte, el Hogar 3 tiene más dificultades en torno a la posibilidad de contar con espacios privados, en efecto, una/o de las/os residentes ha mencionado a funcionarias/os su incomodidad para cambiarse de ropa frente a su compañera/o, por lo que se ha implementado que en los momentos de desvestirse, las/os residentes lo hagan en su pieza a solas y para salir del baño tras ducharse, se usen batas; asimismo no pueden tener armarios con llaves, ya que según refieren funcionarias/os han ocurrido eventos en que las/os residentes rompen las puertas al no poder abrirlas. En el mismo sentido, las visitas sólo pueden acceder a espacios comunes, no pudiendo ser recibidas en las habitaciones de cada una/o.

En cuanto a las medidas de seguridad, existen planes adecuados para resguardarse frente a siniestros; en el Hogar 2 se han implementado medidas de evacuación, contando con extintores, lámparas de emergencia e intentando asegurar que la escalera quede iluminada. Asimismo, las/os residentes conocen sus roles ante una posible evacuación.

En el Hogar 3 se ha establecido que las/os residentes mantengan ropa cerca de ellas/os durante las noches, y así poder vestirse y salir sin complicaciones. Una de las monitoras cuenta con un silbato para alertarlas/os en caso de que no despierten. Han intentado renovar implementos como extintores, lo que según refieren, el día de visita se encontraría en proceso de llenado; tienen prohibición que residentes se

acerquen a ellos para evitar un mal uso, lo que dificulta aprender a utilizarlos. Según refiere la administradora, acudió a la asociación Chilena de Seguridad (ACHS), para solicitar señalética de emergencia, lo cual habría sido rechazado por esta institución. Según refieren funcionarias/os, en ambos hogares han desarrollado protocolos de emergencia y se realizan dos simulacros de incendio al año.

Es de destacar que al momento de la visita, se produjo un sismo de intensidad moderada, observándose una respuesta rápida y efectiva tanto por parte de las/os funcionarias/os como de las/os residentes, en ambos hogares; en el Hogar 3, las personas con movilidad reducida fueron llevadas a la zona de seguridad rápidamente, sin embargo, a modo preventivo, es relevante señalar que en el terreno que se encuentra contiguo a la zona de seguridad -patio trasero de la vivienda- existen 3 antenas de celulares que en caso de un sismo mayor, podrían significar un riesgo de caída.

#### ***Nivel de logro dimensión Condiciones materiales***

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a las condiciones materiales, el CPT **evalúa este componente como “bueno”**. Se destaca que en general la infraestructura de ambos hogares se encuentra en buenas condiciones, contando con espacio suficiente para que las personas transiten y puedan mantener actividades tanto al interior como al exterior de las respectivas casas y los desperfectos son solucionados de manera eficiente; también se valora que las medidas de seguridad implementadas han sido efectivas a la hora de prevenir y evacuar a las personas ante situaciones de urgencia. Sin embargo, quedan algunos desafíos en lo relacionado con la privacidad, principalmente en el Hogar 3, donde las personas no cuentan con la posibilidad de mantener intimidad, ya sea para cambiarse de ropa o ejercer sus derechos sexuales. También, es de relevancia mejorar la accesibilidad, en los distintos espacios de ambos hogares, observándose desniveles en el piso que afectan el tránsito de personas con dificultades en su movilidad.

## **4. Salud**

La CDPD, señala en Salud (ART. 25):

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

### ***4.1. Acceso a prestaciones y tratamientos de salud***

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

Respecto al acceso a prestaciones de salud, tales como controles de patologías crónicas, exámenes, curaciones, entre otras, acuden a redes cercanas, especialmente a CESFAM. También señalan que cuando

necesitan administrar medicamentos por vía intramuscular, cuentan con una TENS que voluntariamente acude y presta este servicio. Las consultas y controles de salud mental son atendidas en COSAM.

Frente a situaciones de urgencias, son derivadas/os al hospital regional, SAPU y SAR, donde, según informan las/os funcionarias/os, las personas son atendidas de manera expedita, catalogando de manera positiva las derivaciones que se realizan en estos servicios. Frente a situaciones en que han requerido atención médica con mayor prontitud o de especialidad, se han pagado de forma particular con los recursos de cada persona. En general, se observa una adecuada vinculación de las/os residentes con la red de atención de salud.

Respecto al almacenamiento de medicamentos al interior de los hogares, se destaca que la administradora junto a las/os residentes guardan sus dosis en sobres, lo que les permite conocer la cantidad y propósito de su medicación. En el Hogar 2 existía un botiquín manejado por el monitor.

En cuanto a la documentación médica (Epicrisis, interconsultas, órdenes médicas, etc), se mantiene registros en cuadernos -resguardados los de ambos hogares, en estante con llave en el Hogar 3-, los que se centran especialmente en la administración de fármacos, donde las/os profesionales tratantes anotan los cambios en las medicaciones de cada residente, al igual que en los cuadernos de residentes del Hogar 2. No se registran las sugerencias, necesidades o inquietudes de las personas, lo que refleja lo informado por las/os entrevistadas/os, quienes mencionan que los planes no son discutidos con las personas. Preocupa la ausencia de un plan psicosocial enfocado en las necesidades de cada residente, no observándose objetivos para la mantención de la funcionalidad o desarrollo de nuevas destrezas.

#### 4.2. Características y dotación del personal de salud<sup>3</sup> al interior del establecimiento

*Estándares evaluados: (1) El establecimiento cuenta con personal capacitado y competente, acorde a los servicios entregados.*

Cada uno de los hogares cuenta con un cuidador principal, que en el caso de Hogar 3 sería la misma administradora, quien vela por el funcionamiento de este; en este hogar, además cuentan con la contratación de dos cuidadoras por 44 horas cada una (una diurna y una nocturna) y una cuidadora que se dedica principalmente a labores de cocina y aseo, por media jornada; esto responde a la necesidad de apoyo y cuidados que las/os residentes de este hogar requieren. Cabe destacar, que según norma técnica que regula a los hogares protegidos, no se contempla personal específico de salud, no así en las residencia que requieren de mayores niveles de cuidados. También es necesario señalar que el sueldo de la cuidadora nocturna es pagado en parte por la residencia, complementado por un aporte de cada residente por la suma de veinte mil pesos, lo cual habría sido acordado con ellas/os.

*Tabla 6 Dotación personal Hogar 3*

Cargo	Nº	Jornada	Sistema turno	Salario Bruto
Auxiliar de aseo	1	Mañana	3 hrs	\$ 215.000.-
Monitoras	2	3x3	12 hrs	\$ 1.230.000
Cuidadoras de Noche	2	7x7	12 hrs	\$ 760.000

<sup>3</sup> 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.

Administración y Supervisor	2	Diurna y Nocturna	24x7	1.400.000
<i>Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por coordinadora Hogar 3</i>				

Debido a la mayor autonomía de las/os residentes del Hogar 2, estas/os no requieren de la asistencia de funcionarias/os especializadas/os en sus cuidados, por lo que el monitor se encarga de velar por la coordinación de las rutinas y los requerimientos para el funcionamiento óptimo del espacio, apoyando así a las necesidades de las personas.

Según lo pesquisado, las/os funcionarias/os no poseen formación específica previa en temas de cuidados o CDPD, sino que han logrado una especialización por experiencia, lo que si bien facilita un adecuado desarrollo de sus funciones, existen limitaciones que podrían ser subsanadas con una adecuada capacitación. Se logra percibir que existe una opinión generalizada de falta de personal para atender todas las demandas del Hogar 3, lo que genera una sobrecarga en las/os funcionarias/os. En ambos hogares, habrían recibido una capacitación en farmacología e intervención en crisis, lo cual no es reportado por las/os funcionarias/os, quienes señalan una escasa oferta formativa.

#### 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.*

Respecto al suministro de medicamentos por tratamientos por diagnósticos de salud mental, estos son entregados por COSAM y son administrados por las/os cuidadoras/es; se guardan en un estante con llave, y diferenciados en sobres por cada persona. Han mantenido un stock suficiente durante el presente año, por lo que todas/os han recibido su medicación de manera ininterrumpida, destacando además que no se han presentado equivocaciones en la administración de estos. A pesar de lo anterior, funcionarias/os destacan que en años anteriores han tenido desabastecimiento de algunos insumos -Haldol, ácido valproico, quetiapina, entre otros-, especialmente durante la pandemia, situación que debieron suplir comprando de manera particular.

Si bien, por norma técnica, los hogares no requieren contar con salas específicas de salud, se destaca que existan implementos necesarios para el monitoreo diario de signos vitales -saturometro, presión, termómetro- y en caso de que alguna/o de las/os residentes presente dificultades, son derivadas/os de manera oportuna a COSAM, SAPU o CESFAM según necesidad.

#### 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.*

Previo al ingreso, desde los distintos dispositivos de salud, se otorgan los registros de las atenciones y exámenes que se han realizado las personas, lo cual es archivado en sus cuadernos individuales. Frente a necesidades que surgen durante su residencia, se reporta una adecuada gestión con los establecimientos de salud para la derivación respectiva.

Según refieren entrevistadas/os, estudiantes en práctica han realizado talleres relacionados con salud física -higiene, hábitos de comida, entre otras- y que han sido reforzados por las monitoras. No obstante, existe un déficit en lo relacionado con salud mental y desarrollo de habilidades para mejorar su funcionalidad, respecto a la cual existe principalmente un monitoreo del funcionamiento cognitivo de cada residente.

En cuanto a la salud sexual y al derecho a vida afectiva y sexual, se destaca que en el Hogar 2 han existido charlas y debates en torno al tema. En este sentido, las personas relatan que han participado en actividades relacionadas con salud sexual realizadas a nivel comunal, dando cuenta de una adecuada integración de estas temáticas. En efecto, se mantienen preservativos a disposición de las personas, existiendo además acuerdos en cuanto al resguardo de la privacidad. Por su parte, en el Hogar 3, las monitoras intentan orientar en estas temáticas, sin embargo, desde una postura más restrictiva o evitativa, bajo el argumento de al hablar de sexualidad hay un incremento en el deseo sexual en algunas/os residentes, aunque por acuerdo de ambos hogares, han permitido que algunas/os residentes establezcan relaciones sexo afectivas, sin que ello implique una apertura a dialogar sobre sexualidad.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos en mujeres, se reporta que la mayor parte de ellas fueron esterilizadas de manera previa al ingreso al hogar. Es de suma preocupación lo mencionado por una de las residentes, quien señala haber vivenciado una esterilización forzada previo a su ingreso al hogar, en el año 2013 aproximadamente, la cual habría ocurrido en el Hospital de Rengo. Relata que acudió a un control ginecológico por sospecha de embarazo y, en ese contexto, el médico tratante -del cual no recuerda su nombre ni existe registro en el Hogar- la coacciona para ser esterilizada, bajo argumentos asociados a que, debido a su salud mental, no podría ejercer los cuidados de una/un niña/o y que además, en caso de procrear, una/un hija/o tendría el mismo diagnóstico que ella, ante lo cual la residente firma su autorización para acceder a este procedimiento, motivada por sentimientos de temor frente a lo mencionado por el profesional. Al momento de la entrevista, la residente explicó su afectación dado que hubiese querido ser madre. A pesar de que esta situación no se relaciona con el hogar visitado y que la entrevistada manifiesta su negativa en realizar alguna acción penal, este comité considera la necesidad de evidenciar estos eventos, los que deben ser erradicados de manera absoluta.

### ***Nivel de logro dimensión Salud***

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a salud, el CPT **evalúa esta dimensión como “parcial”**, ya que, si bien se evalúa una adecuada atención y gestión en las redes de salud, así como en los registros que se tienen de cada residente, esto se centra principalmente en lo biomédico, no registrándose las intervenciones psicosociales, ni tampoco se aprecia la integración de lo referido por las personas con diagnósticos de salud mental. Asimismo, es de relevancia que las/os funcionarias/o puedan acceder a una oferta formativa para que estas/os puedan profundizar en conocimientos y reflexiones en torno a los cuidados de personas con diagnósticos de salud mental, así como una capacitación formal en DD.HH y en la CDPD. Del mismo modo, es de relevancia que las/os residentes puedan acceder a talleres educativos en temas de salud general de manera frecuente y que puedan ser abordadas temáticas asociadas al plano sexual, afectivo y reproductivo, especialmente en el Hogar 3, donde persiste una visión restrictiva en cuanto a esta área.

## 5. Medidas de protección

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

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

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

### 5.1. Acceso a información

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

Según lo mencionado por las/os funcionarias/os, las reglas y funcionamiento de la residencia son explicados cuando las personas ingresan al hogar, siendo reforzadas en lo cotidiano, en instancias que alguna/o de las/os residentes transgrede alguna norma; si bien se reporta una adecuada integración de los deberes y reglas, han presentado dificultades con personas ingresadas vía judicial, quienes no siguen normas ni acuerdos y afectan el desarrollo de las rutinas de las/os demás residentes.

Sobre los derechos de las personas, funcionarias/os mencionan que se informa en asambleas o conversaciones informales, no obstante, no existe sistematicidad ni registros que permitan una mayor interiorización y dominio de estos por parte de las personas, y si bien se firma un consentimiento al ingreso, según lo revisado por el CPT, gran parte de estos documentos son firmados por representantes y no por las propias personas.

Otro aspecto a mejorar se asocia a la información que reciben las personas sobre las atenciones médicas y remedios que reciben, especialmente en cuanto a los efectos principales y secundarios que pueden generar los medicamentos, así como las alternativas al tratamiento que puedan favorecer su recuperación.

En cuanto al acceso a la documentación de salud de ambos hogares, estas se encuentran en oficina de administración (casa del hogar 3), a la cual no acceden las/os residentes; en este sentido, si bien las personas que acuden a centros de salud deben llevar sus cuadernos, en el que se registran todas las prescripciones médicas, en otras ocasiones no pueden solicitar sus cuadernos, tampoco sus familias, solo siendo revisadas por organismos de supervisión. Destacamos que al momento de la visita, los cuadernos de controles de salud en el Hogar 2, estaban debidamente identificados y ordenados.

## 5.2. Mecanismos de solicitudes y de quejas

*Estándares evaluados: (1) Las personas están informadas y tienen acceso a procedimientos para presentar apelaciones y quejas, con carácter confidencial, a un organismo legal externo e independiente en temas relacionados al descuido, maltrato, aislamiento o contención, hospitalización o tratamiento sin el consentimiento informado y otras materias relevantes que impliquen vulneración de derechos; (2) Las personas están protegidas contra las repercusiones negativas derivadas de las quejas que pudieran presentar.*

En este tópico, se observan dificultades que interfieren en una adecuada protección para las personas con diagnósticos de salud mental, entre ellos, que no exista un medio anónimo ni protegido para que las personas puedan expresar sus quejas y/o realizar denuncias frente a eventos de mayor gravedad, contando solo con la comunicación directa hacia una/o de las/os cuidadoras/es. Funcionarias/os mencionan que, en caso de que ocurriera alguna situación de transgresión a los derechos de las personas, se hablaría directamente con el personal involucrado; en este sentido, la ausencia de procedimientos estandarizados y anónimos puede agudizar vulneraciones, exponiendo a las/os residentes a repercusiones negativas de quien haya sido señalada/o como motivo de quejas o autora/or de las vulneraciones. Desde la administración de los hogares, señalan que se implementará un libro de reclamos, el cual será debidamente socializado en su uso.

Las/os residentes desconocen la existencia de organismos independientes para presentar apelaciones y quejas en caso de requerirlo, mientras que las/os funcionarias reconocen a COREPREM y Servicio de Salud.

## 5.3. Acceso a la justicia y reparación

*Estándares evaluados: (1) Todos los hechos que puedan ser constitutivos de delitos, se documentan y se informan rápidamente a una autoridad legal (acciones legales como denuncia, amparos, protección, entre otros); (2) Los establecimientos apoyan el acceso de las personas a procedimientos de representación legal en caso de requerirlos; (3) Las personas tienen acceso a defensoras/es, 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).*

Según lo informado, en ninguno de los hogares visitados han ocurrido hechos de vulneraciones graves; se menciona que en una ocasión una funcionaria no reportó un accidente de una/un residente, siendo desvinculada por mal desempeño, dado que los riesgos que significaba la ausencia de información respecto a este evento, podría haber tenido consecuencias de mayor gravedad para la/el afectada/o.

En el mismo sentido que lo anterior, se observa un desconocimiento general en las/os funcionarias/os entrevistadas/os respecto a cómo abordar hechos constitutivos de delito o entregar orientación a las personas para acceder a la justicia y reparación. Frente a ello, mencionan que ante situaciones que deban denunciar, informarían a supervisora o coordinación del Hogar, quienes definirían los pasos a seguir. Del mismo modo, se desconoce 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, entre otras-, lo que queda supeditado a la disponibilidad de redes de apoyo. Se reporta que una de las personas estaría egresando del Hogar para vivir de manera independiente, por lo que solo acude a este espacio para recibir su tratamiento médico.

Del mismo modo, se valora que las personas hayan tenido acceso a orientación respecto a oportunidades laborales, así como posibilidades de estudio, las que en su mayoría han dependido de la motivación de las/os residentes y siendo abordadas de manera particular en ambos hogares, sin que esto se traduzca en un trabajo a nivel de redes, lo que afecta en las posibilidades de sostenerse en el tiempo.

### *5.5. Supervisión independiente. Medidas de Prevención*

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

Según lo recabado, entrevistadas/os relatan que han recibido visitas y orientación del Servicio de Salud de Rancagua y de COREPREM, quienes revisan el cumplimiento de la norma técnica de hogares protegidos, ante lo cual, según refieren funcionarias/os, han recibido críticas positivas. En el mismo sentido, la SEREMI de MIDESO ha concurrido y constatado un buen funcionamiento de ambos hogares, según información entregada por la administración.

En cuanto al establecimiento de medidas de protección, existe un desconocimiento en funcionarias/os y residentes sobre protocolos u otras medidas de prevención estandarizadas que puedan ser transmitidas y aplicadas en los hogares.

#### *Nivel de logro dimensión medidas de protección*

En síntesis, y atendiendo los estándares ya referidos, el CPT **evalúa este componente como “insuficiente”**, lo que implica que hay importantes desafíos, aún pendientes, para acortar la brecha entre lo observado y lo esperado en la materia. Si bien se destaca que las personas que han deseado acceder a oportunidades laborales, educacionales y de egreso, han sido reforzadas y orientadas, esto no se constituye como una práctica generalizada ni conectada a nivel de redes, por lo que todo ello implica un esfuerzo y sobrecarga hacia ambos hogares y manteniéndose según la motivación de cada residente. Otra situación que preocupa al CPT es que los consentimientos de ingreso se encuentran firmados por representantes, y no por las personas. Por otra parte, se observaron dificultades en la entrega de información en el ingreso y durante la estadía de las personas, quienes además no pueden acceder libremente a sus cuadernos de controles de salud. Asimismo, es de preocupación que no existan canales confidenciales de presentación de quejas y/o denuncias, así como un desconocimiento generalizado en los procedimientos para denunciar penalmente todos los hechos que puedan ser constitutivos de delitos. En el mismo sentido, se visualizó un déficit en el desarrollo de capacitaciones frecuentes al personal, así como la inexistencia de un protocolo de prevención del maltrato.

## 6. Trato

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

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

*Estándares evaluados: (1) Las personas no son sometidas a contención; (2) Se han implementado alternativas a la contención en el establecimiento, y el personal está capacitado en técnicas de “atenuar el escalamiento”, para intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a las personas o a las/os trabajadoras/es; (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 a la dirección del establecimiento, así como a un organismo externo pertinente.*

Se destaca que, en general, se pudo observar un trato digno y afectuoso hacia las personas, en el cual las funcionarias/os se muestran cercanas/os a las/os residentes. En este sentido, el vínculo afectivo les permite establecer una dinámica de confianza y resolver conflictos de manera oportuna. En ambos hogares existen personas que se muestran más refractarias hacia las normas, las cuales se intenta controlar mediante estrategias ambientales; en el Hogar 3 se les indica que existen cámaras en los espacios comunes para evitar situaciones que impliquen daños al mobiliario y que puedan tener conductas agresivas entre ellas/os, mientras que en el Hogar 2 se apela a cumplir las normas, aunque se reportan sanciones como quitar las llaves de la casa o prohibir salidas:

*No me gusta la manera de ser del monitor, es muy enojón, muy estricto en su forma de ser, a veces nos quita las llaves, o los permisos para salir a la calle, él dice que no, pero a veces son uno o dos días que anda enojado, aunque se le pasa ligerito (Persona con diagnóstico de salud mental).*

A pesar de lo anterior, se reportan buenos tratos y relaciones positivas en general: *se preocupa de nosotros, es el que nos lleva de paseo y ayuda a que salgamos solos a hacer los trámites (Persona con diagnóstico de salud mental).*

No se reportan contenciones físicas con las/os residentes que presenten crisis o descompensaciones, siendo utilizados solamente medicamentos por vía oral, como medida de última ratio, si es que han sido prescritos por las/os médicas/os tratantes o, en su defecto, han usado medicación con efecto placebo para evitar descompensaciones. Las/os funcionarias/os mantienen información respecto a contención ambiental, conociendo las preferencias de las personas para favorecer su tranquilidad, por lo que logran evitar crisis, aunque en la documentación clínica no existen indicaciones respecto a las estrategias utilizadas para ello, lo que afecta en la transmisión de estos procedimientos hacia otras/os funcionarias/os.

Como dificultad para el cumplimiento de los estándares, se observa deficiencia en el registro de situaciones de conflictos al interior de ambos hogares; si bien se registra en libro de entrega de turnos en el Hogar 3, no existe un detalle relacionado con la resolución de los conflictos que se hayan presentado.

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

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

El CPT destaca que en ambos hogares no exista aislamiento y que la mayor parte del tiempo se actúa de manera oportuna para evitar escaladas en las crisis que se puedan presentar. En este sentido, se observó una relación de confianza entre las/os funcionarias/os y residentes, situación que permite anticipar descompensaciones y que se mantenga un clima armonioso, predominando las contenciones ambientales y emocionales.

## 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) El personal trata 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; sin embargo, se reportan situaciones en el Hogar 2 en que se plantean algunas medidas estrictas por parte de una persona encargada hacia las/os residentes, lo que les genera afectación en ellas/os. Las medidas tomadas frente a situaciones en que no se cumplan los acuerdos al interior del hogar, son prohibir salidas hasta que se cumplan las reglas -por ejemplo, no pueden salir de la casa hasta que ordenen su cuarto-. Asimismo, se reporta una situación en que como castigo, una/un residente debió comer en el patio sola/o por haber presentado una conducta desajustada en el comedor mientras almorzaban, alterando al resto de las/os residentes. Si bien situaciones como las señaladas son infrecuentes, causan preocupación al CPT dado que de mantenerse y escalar podrían llegar a constituir una forma de maltrato físico y emocional, por lo que es necesario evidenciarlas y problematizarlas para evitar que se normalicen al interior de estos hogares. Asimismo, es necesario tomar en cuenta la sobrecarga de trabajo de la persona del personal involucrada. Como medida para evitar retos, las/os residentes del Hogar 2 han optado por presentar quejas de manera verbal a la administradora de ambos hogares, y en ausencia del la/el funcionaria/o que ha tenido conductas de castigos, lo que ha permitido visualizar esta situación. No obstante, es posible señalar que esta medida puede no resultar del todo efectiva, considerando que existen relaciones familiares entre las personas que trabajan y administran ambos hogares.

Respecto al Hogar 3, no se reportan situaciones en que existe algún tipo de maltrato o descuido. Se destaca que en general no se encontraron abusos físicos ni patrimoniales hacia las personas.

#### *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 embargo, se reportan situaciones que han generado dificultad, especialmente en el Hogar 2, donde una/un residente ingresada/o por vía judicial ha mantenido conductas más disruptivas y pocas disposiciones para adaptarse a las normas de convivencia, alterando la dinámica ya establecida entre las/os residentes.

En el Hogar 3, dada las características de las personas que lo habitan, existen algunas situaciones de descompensación que tensan las relaciones y gatillan algunos conflictos, pero estas son resueltas de manera oportuna y, en general, a través de una resolución pacífica.

#### ***Nivel de logro dimensión Trato***

Atendiendo los estándares referidos a esta dimensión, es evaluada por el CPT como **“parcial”**, donde si bien se valora la existencia de un trato amable y respetuoso hacia las personas y entre residentes, en el cual se prioriza la estabilidad y convivencia armoniosa, utilizando contenciones verbales y ambientales para evitar crisis, persisten algunas prácticas que pueden generar mayor dificultad en la estabilidad de las personas, entre ellas retos y castigos. De igual manera, se hace necesario que se mantenga un registro escrito de las estrategias y preferencias de las personas para evitar escalamientos y que puedan ser transmitidas entre las/os funcionarias/os.

## **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. Gestión y organización del establecimiento y condiciones laborales (sobrecarga, turnos, recursos, percepción valoración de su trabajo)***

*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). (2)*

*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; (3) La carga laboral es adecuada; (4) Las/os trabajadoras/es tienen una remuneración coherente con sus funciones; (5) El personal se siente valorado en su trabajo, por la jefatura y por la comunidad.*

Respecto al funcionamiento de ambos hogares, es relevante mencionar que según norma técnica, no es necesaria autorización sanitaria. Según reporta la dirección de AFAPS, a través de respuesta a cuestionario institucional enviado posterior a la visita, en ambos hogares se cuenta con un presupuesto anual de 43.874.240 de pesos para cada uno, lo cual se hace insuficiente, especialmente en Hogar 3, donde solo por concepto de sueldos se ocupan aproximadamente 43.260.000 de pesos al año, más aún teniendo en cuenta la mayor dependencia de sus residentes.

En relación a las condiciones laborales del centro, se destaca que las/os funcionarias/os entrevistadas/os mencionan un clima laboral agradable, reportando algunos desacuerdos enmarcados en el ejercicio de sus funciones, pero que resuelven de manera respetuosa y oportuna. En cuanto a la carga laboral, se indaga especialmente que en el Hogar 3 que existe una alta exigencia, dado que la dependencia en los cuidados de la mayoría de las/os residentes implica mantener atenciones y ayudas de forma permanente. En este sentido, las monitoras diurnas realizan turnos de 3X3, mientras que las nocturnas lo realizan 7X7. Por su parte, en el Hogar 2 si bien no existe una mayor demanda de cuidados debido a la autonomía de las personas que residen en este, el monitor de este Hogar acude en horarios extra laborales para apoyar alguna labores de organización o de traslados de residentes.

A pesar del fuerte compromiso y dedicación por parte de las/os funcionarias/os de ambos hogares y de la administración de estos, es posible advertir remuneraciones insuficientes; de especial preocupación es lo que ocurre en el Hogar 3, donde la exigencia en los cuidados de las personas que ahí residen han generado la necesidad de contar con más monitoras/es o cuidadoras/es, que lo establecido en norma técnica, por lo que sus sueldos se costean con el mismo presupuesto, siendo complementados con el aporte de las/os residentes. Por los mismos motivos, las personas se encuentran trabajando bajo un contrato a honorarios, lo que les impide la toma de vacaciones de manera formal, logrando acordar días de descanso, acomodando turnos y llegando a acuerdos entre ellas/os. En este sentido, las/os entrevistadas/os mencionan la necesidad de que el hogar cuente con recursos económicos y técnicos de una residencia protegida.

Sumado a lo anterior, se pesquisa que no existen instancias formales y sistemáticas de cuidado de equipo, por lo que las/os funcionarias/os no tienen acceso a actividades de prevención y salud ocupacional.

Otra dificultad se asocia a la ausencia de protocolos claros frente a situaciones que puedan afectar el desempeño de sus labores o en lo relacional, desconociendo la mayor parte de las/os entrevistadas/os sobre procedimientos frente a situaciones de malos tratos o acoso.

## *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, no existen capacitaciones relacionadas con los DDHH o la CDPD; en ello se observa un desconocimiento generalizado en las/os funcionarias/os sobre estas temáticas en términos teóricos, lo que dificulta la promoción de reflexiones basadas en los derechos de las personas; es de relevancia, que en el contexto ya descrito, las necesidades institucionales en distintos planos dificultan una problematización y una priorización en estas temáticas, afectando alcanzar este estándar.

### ***Nivel de logro dimensión gestión del establecimiento y del personal***

Atendiendo a los estándares referidos a esta dimensión, el CPT la evalúa **como “insuficiente”**. Si bien se valora el compromiso de todas/os las/os funcionarias/os para gestionar y generar cuidados de las/os residentes, existen carencias importantes, en términos de sobrecarga laboral, además de escasas capacitaciones en temáticas relevantes -tales como DD.HH., CDPD, intervención en crisis, entre otras-, desconocimiento y/o falta de protocolos que regulen el funcionamiento del establecimiento, y la ausencia de instancias periódicas y formales de autocuidado y/o cuidado de equipos. En el Hogar 3 se detectan las principales dificultades, donde los recursos no son suficientes para brindar los cuidados requeridos para las personas, dado que estas poseen menor autonomía y más requerimientos en sus cuidados, lo cual no permite mejorar salarios, brindar contratos con mejores prestaciones, contar con personal especializado, entre otras.

## **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.*

En relación con las rutinas, existen elementos comunes en ambos hogares, relacionados con la libre circulación por los espacios de las casas, en la cual las/os funcionarias/os mantienen un marco de intervención en que reconocen a residentes en la apropiación del espacio que ocupan, “ellos son los dueños de casa” (funcionaria/o entrevistada/o).

En el Hogar 2, se observó flexibilidad en la mayor parte de las rutinas en la cual las personas pueden elegir en qué actividades participar y adecuar sus horarios a las distintas diligencias que realizan, considerando que algunas ejercen laboralmente o estudian; en general, se respetan las preferencias de las personas, dando cuenta de flexibilidades en directa relación con el respeto de sus derechos.

En el Hogar 3 existe mayor rigor en horarios de levantarse, alimentación y actividades a realizar, lo que se basa principalmente en la necesidad de mantener actividades en conjunto que faciliten el acceso de las

personas que requieren mayor asistencia y cuidados, existiendo algunas actividades en las que pueden negarse a participar si así lo desean.

En cuanto a la posibilidad de decidir sobre su vida sexual, en el Hogar 2 se respeta que las personas ejerzan este derecho, manteniendo libertad en caso que decidan realizarlo; se aborda este tema para promover cuidados y responsabilidad en este sentido, así como se permite tener vida conyugal, sexual y/o afectiva (visitas los fines de semana fuera del hogar, o incluso dentro en el caso de una pareja constituida por 2 residentes de ambos hogares). Por su parte, en el Hogar 3, existe una visión más limitada del ejercicio de la sexualidad, donde no se ha abordado de manera directa con las personas y, si bien se señala que cualquiera de ellas/os podría ejercer su vida sexual, persiste una visión más restrictiva, evitando que las personas puedan tener conductas hiper sexualizadas, sin que se llegue a prohibir las relaciones de pareja, previa garantía de consentimiento informado.

Otro aspecto a relevar en la salud sexual y reproductiva de las personas con diagnósticos de salud mental es lo relacionado a procesos de esterilización que han vivido las mujeres previo a su ingreso a la residencia, de larga data, en la cual, como fue señalado en párrafos anteriores, existe un caso de esterilización forzada bajo coacción.

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

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

Según se informa, todas las personas pueden designar a sus representantes para la toma de decisiones con apoyo. De igual manera, las personas del Hogar 2 acuden a realizar sus trámites personales -pagos, pensiones- de forma autónoma y en ocasiones acompañadas por otras/os residentes con mayor capacidad e independencia. En el Hogar 3 se estimula que las personas también realicen sus propias gestiones, recibiendo apoyo por parte de las/os funcionarias/os.

Se reporta que todas/os ejercieron su derecho a voto, lo cual fue además apoyado en transporte por parte de las/os funcionarias/os. Asimismo se estimula su participación en cultos religiosos y deportivos. Incluso, algunas/os han acudido a manifestaciones sociales relacionadas con la defensa de sus derechos.

Se promueve también que las personas puedan decidir sobre su patrimonio, por lo que todas poseen cuenta rut del Banco Estado, donde reciben sus pensiones o dinero de ventas de propiedades.

De acuerdo a lo anterior, se destaca que en ambos hogares ha predominado un respeto por quienes las/os residentes han designado como apoyo y se ha promovido la toma de decisiones con apoyo por sobre la sustitutiva.

En cuanto a ingresos sin consentimiento, se indaga que han recibido pocos casos por vía judicial, lo cual ha sido informado de manera inmediata y han sostenido contacto expedito con Tribunales de Justicia y el Servicio de Salud para coordinar y promover la adecuada integración de las personas; se reporta que han existido situaciones en que personas que han ingresado no han logrado adecuarse al hogar, por lo que han sido derivadas a otros servicios de salud mental.

### *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.*

Según relatan entrevistadas/os, los planes de cuidado serían conducidos por los equipos de salud, y no por las personas con diagnósticos de salud mental, observándose deficiencias que no permiten una adecuada participación de estas, lo cual se refleja en la ausencia de registro de las opiniones o sugerencias de las/os residentes en su documentación de salud.

No existe información respecto a posibilidades de tratamientos alternativos a los medicamentos. Del mismo modo, preocupa el escaso abordaje de un plan integral de cuidado, predominando un modelo biomédico, dejando de lado objetivos psicosociales; esto puede tener una directa relación con los obstáculos en generar una red de cuidados y de actividades que permitan prevenir deterioros o incluso, estimular habilidades en las/os residentes.

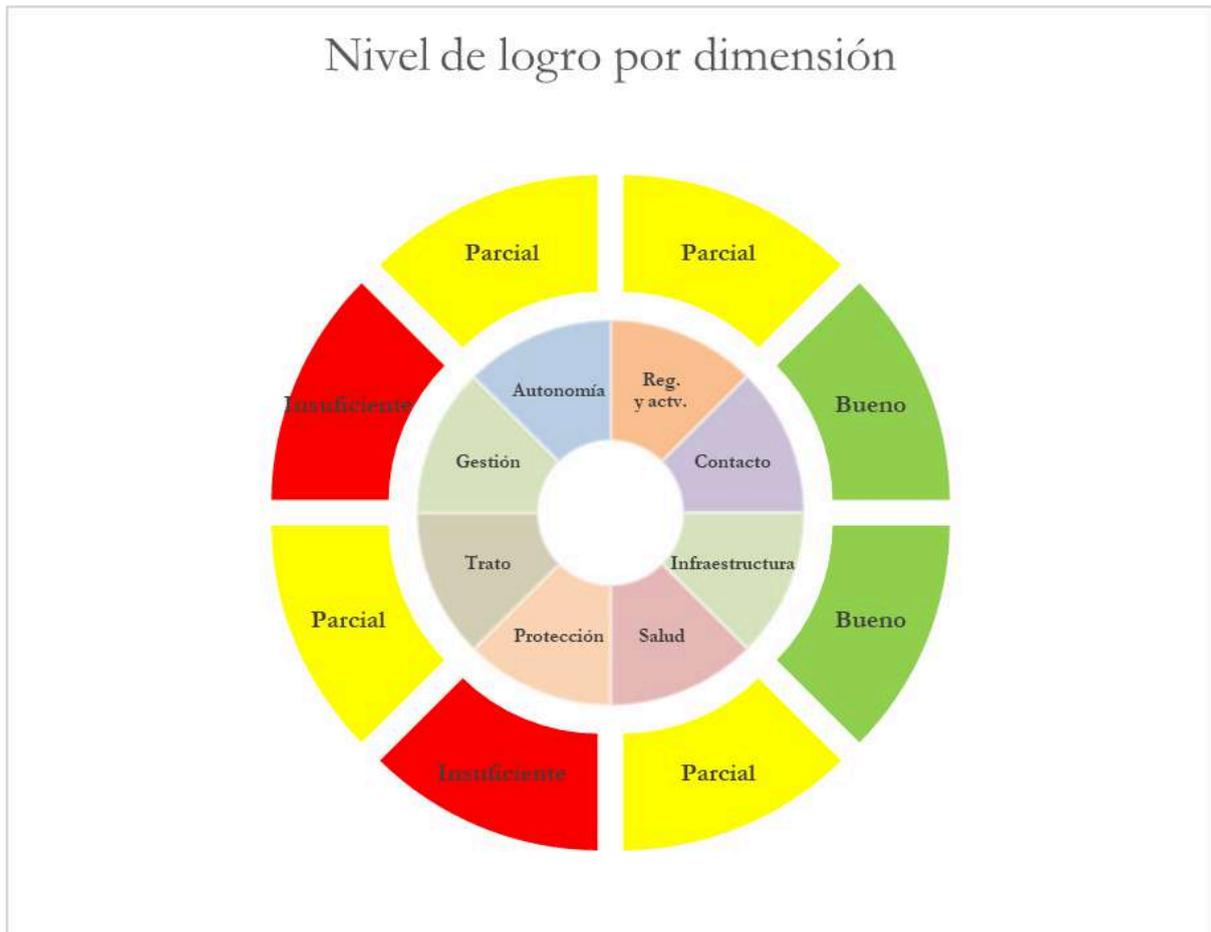
Otro aspecto que genera preocupación es la escasa información relacionada con el uso de instrucciones anticipadas, y según las personas entrevistadas, no se toma la opinión de las personas en relación a sus preferencias en atenciones de salud.

#### ***Nivel de logro dimensión Autonomía***

En síntesis, y atendiendo los estándares ya descritos, el CPT **evalúa el componente como “parcial”**, en el cual se valoran los esfuerzos por hacer valer la autonomía de las personas, especialmente en el ámbito legal, patrimonial y de participación social. Se destaca especialmente que se priorice la toma de decisiones con apoyo por sobre la sustitutiva. No obstante, las principales dificultades se detectaron en la autonomía en salud, donde predomina la opinión del equipo tratante de cada residente, sin que se estimule un plan integral o que sean las mismas personas quienes conduzcan sus planes de recuperación y tomen las decisiones que les involucran -con apoyo de ser necesario-. En el Hogar 3, persiste una visión más restrictiva de la vida afectiva, sexual y reproductiva de las personas.

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

Los hallazgos se organizan de acuerdo a ejes temáticos, que se nutren de los relatos e información obtenida en la visita, a través de la implementación de los instrumentos de levantamiento de la información, buscando dar cuenta de los diversos factores de riesgo que podrían incidir en ocurrencia 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.



## VIII. Recomendaciones

El presente apartado expone las recomendaciones elaboradas por el CPT a los Hogares 2 y 3 de Rancagua, a la luz de los hallazgos obtenidos durante la visita realizada el día 21 de marzo del año 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 Hogares Protegidos 2 y 3 de Rancagua:

### *Régimen y actividades*

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

### *Contacto con el mundo exterior*

4. Se recomienda, a mediano plazo, aumentar la frecuencia de actividades comunitarias al interior y exterior del establecimiento, incentivando la generación de convenios con redes de apoyo local.

### *Condiciones materiales*

5. Se insta, a corto plazo, a renovar el sistema de calefacción en ambos hogares, en el que se vea resguardada la integridad de las/os residentes y que permita resguardarse del frío.
6. Se sugiere, a corto plazo, coordinar con el Servicio de Salud local el retiro de materiales de desecho o en desuso que se encuentran en la bodega del Hogar 2, con el fin de aprovechar los espacios del recinto.
7. Se recomienda, a mediano plazo, mejorar la condición material 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. Implementar estructuras que permitan la accesibilidad para personas con discapacidades físicas en las distintas dependencias y espacios comunes del centro, especialmente pisos en el patio y al interior de las casas.
  - b. Revisar de manera periódica techumbres y reparar aquellos lugares donde se filtre el agua.

### *Salud*

8. 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, y con ello trabajar en la adherencia a los tratamientos. Asimismo, se insta a informar en los centros de salud de cada persona para que queden registro en sus fichas clínicas.
9. Se urge, a corto plazo, a desarrollar actividades periódicas de educación, prevención y promoción en salud, tanto individuales como colectivas, que recojan e incorporen las preferencias de las personas (por ejemplo: estilos de vida saludables, ejercicio físico, lavado de dientes, salud sexual y reproductiva, entre otros), con el apoyo de la atención primaria de salud.

10. Se insta, a corto plazo, a elaborar y posteriormente socializar un protocolo de administración de medicamentos, que incluya un sistema de registro, supervisión y evaluación de este procedimiento.

### *Medidas de protección*

11. Se insta, a corto plazo, a promover la toma de decisiones con apoyo, estimulando que las/os residentes puedan revisar sus planes de tratamiento, escribir sus comentarios, firmar los consentimientos de ingreso, documentos de deberes y derechos, entre otras.
12. Se recomienda, a corto plazo, proveer información clara y completa sobre los derechos de las/os usuarias/os, en forma escrita y verbal, durante toda su estadía, por medio de afiches y charlas con las personas con diagnósticos de salud mental.
13. Se recomienda a corto plazo, entregar información sobre el acceso a organismos independientes, representantes legales y defensoras/es de derechos humanos, que permitan proporcionar a las/os usuarias/os sistemas de apoyo en la toma de decisiones, información sobre sus derechos y mecanismos de apelación en cuanto a tratamiento involuntario.
14. Se sugiere, a corto plazo, establecer un protocolo para que las/os residentes conozcan que pueden acceder a su documentación de salud y que puedan recibir orientación en el contenido de esta.
15. Se recomienda, en el corto plazo, establecer instancias periódicas y participativas, donde las personas puedan expresar sus opiniones, críticas y preocupaciones sobre la organización de los servicios prestados, así como plantear mejoras, por ejemplo, a través de asambleas.
16. Se sugiere, a mediano plazo, elaborar un sistema para formular reclamos y/o denuncias a un órgano independiente, que garantice la confidencialidad y seguridad de las personas.

### *Trato*

17. Se insta, en el corto plazo, a incorporar en la documentación de cada persona un apartado fácilmente visible, que contenga información sobre los factores gatillantes y las medidas efectivas para aminorar las situaciones de crisis en ellas.
18. Se insta, en el corto plazo, a desarrollar y posteriormente socializar un protocolo sobre contención ambiental, verbal y farmacológica, que incorpore el registro de estos procedimientos en la ficha individual.
19. Se sugiere, a corto plazo, mejorar el sistema de registro de entrega de turnos, donde se pueda explicitar de forma clara los conflictos o dificultades que han surgido durante la jornada y cómo se han resuelto.
20. Se insta, a mediano plazo, a desarrollar y posteriormente socializar un protocolo de prevención de las distintas formas de maltrato o abuso físico, psicológico, sexual o verbal, descuido físico o emocional, con difusión en todo el establecimiento.

### *Gestión del establecimiento y del personal*

21. Se recomienda, a corto plazo, otorgar atención psicológica externa y/o intervención en crisis a los equipos expuestos a situaciones de conflicto, violencia y agresión.
22. Se recomienda, a corto plazo, realizar un levantamiento de brechas de personal y socializarlas con el Servicio de Salud de la región.
23. Se insta, a corto plazo, a generar estrategias de gestión de personal, desarrollando un sistema de evaluación de las/os funcionarias/os.

24. Se insta, a mediano plazo, a elaborar y ejecutar un plan de capacitaciones para funcionarias/os de ambos hogares, basados en DDHH y CDPD.
25. Se recomienda, a mediano plazo, realizar capacitaciones semestrales en promoción de buen trato a funcionarias/os del establecimiento, necesarias para garantizar procesos de prevención de tortura y malos tratos.
26. Se recomienda, a mediano plazo, desarrollar incentivos laborales (buen trato laboral, clima laboral, autocuidado, cuidado de equipos, higiene y seguridad laboral).

### *Autonomía*

27. Se insta, a mediano plazo, a 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).
28. Se sugiere, a mediano plazo, mapear y articular 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.
29. Se recomienda, a mediano plazo, incorporar en el plan de cuidado el ejercicio de la vida afectiva sexual, reproductiva de las personas, con resguardo de los espacios e intimidad.

## **2. Recomendaciones a actores claves**

### *Régimen y actividades*

1. Al **Servicio de Salud de O'Higgins**, se urge, a corto plazo, a revisar las condiciones y características del servicio brindado por el Hogar 3, especialmente en lo referido a las necesidades y demandas de las personas con diagnóstico de salud mental que se encuentran estas, con el fin de evaluar la pertinencia de que esta se convierta en residencia protegida.
2. Al **Servicio de Salud de O'Higgins**, junto con el **Municipio de Rancagua**, se insta, a corto plazo, a gestionar los recursos necesarios para diversificar la oferta de actividades de recuperación y recreativas para las personas de los hogares.
3. Al **SEREMI de Salud de O'Higgins**, junto con los **SEREMIS de Educación, Vivienda, Trabajo y Desarrollo Social**, se urge, en el mediano plazo, a fortalecer y promover sistemas y redes de apoyo intersectorial, que garanticen el acceso a recursos financieros, oportunidades de educación, vivienda y empleo, participación en la vida política y social a las/os usuarias/os en los hogares, con el objetivo de garantizar el derecho a la vida independiente y la inclusión en la comunidad.

### *Contacto con el mundo exterior*

4. Al **Municipio de Rancagua**, se insta, a corto plazo, a generar espacios, actividades comunitarias o estrategias de vinculación con actividades, tanto al interior como al exterior de los hogares, a fin de promover el contacto de las personas con diagnósticos de salud mental con el mundo exterior.
5. Al **Municipio de Rancagua**, se insta, a corto plazo, la generación de convenios entre los hogares protegidos 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*

6. Al **Servicio de Salud de O'Higgins**, se insta, a corto plazo, a gestionar el retiro de mobiliario y artefactos dados de baja en el Hogar Protegido 2.
7. Al **Servicio de Salud de O'Higgins**, se recomienda a mediano plazo, aumentar los recursos económicos que permitan a los hogares 2 y 3 reparar los desperfectos materiales reportados y reemplazarlos en caso de ser necesario.

### *Salud*

8. 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.
9. Al **MINSAL**, especialmente a la **Subsecretaría de Salud Pública**, se insta, a mediano plazo, a elaborar y posteriormente socializar orientaciones técnicas que aborden la vida afectiva, sexual y reproductiva de las personas con diagnósticos de salud mental y bajo cuidado del Estado, desde un enfoque de derechos y respetando su autonomía.
10. Al **Servicio de Salud de O'Higgins**, se recomienda, a mediano plazo, fortalecer las capacitaciones que realiza a cuidadoras/es de los Hogares Protegidos de la región en distintas temáticas de salud general -tales como manejo de crisis, cuidado integral en personas con diagnósticos de salud mental o discapacidad, prevención del suicidio y autoagresiones, abordaje de la sexualidad, esfera reproductiva y afectiva en personas con diagnósticos de salud mental, entre otras-.

### *Medidas de protección*

11. Al **Servicio de Salud de O'Higgins**, se insta, a corto plazo, a incorporar el enfoque de derecho en sus supervisiones periódicas, adecuando sus pautas de supervisión 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.
12. Al **Servicio de Salud de O'Higgins**, se insta, a largo plazo, a aumentar la oferta residencial para personas en situación de discapacidad o alta complejidad, a fin de evitar la institucionalización prolongada de aquellas/os residentes que no cuentan con redes de apoyo apropiadas para su manejo y cuidado.
13. A la **Ilustrísima Corte Suprema**, se sugiere, a mediano plazo, reunirse con el **MINSAL** para conocer y acordar criterios de derivación a los hogares y residencias protegidas, basados en argumentos técnicos y que respeten los derechos de las personas con diagnóstico de salud mental.

### *Trato*

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

### *Gestión del establecimiento y del personal*

15. Al **MINSAL**, especialmente a la **Subsecretaría de Salud Pública**, se insta, a mediano plazo, a actualizar la Norma Técnica sobre Hogares Protegidos del año 2000, según los estándares internacionales de DD.HH. vigentes, así como promover su estricto cumplimiento; realizando constantes supervisiones y monitoreo en su aplicación.
16. Al **MINSAL**, específicamente a la **Subsecretaría de Redes Asistenciales**, se insta a 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.
17. Al **Servicio de Salud de O'Higgins**, se recomienda, a corto plazo, gestionar los recursos financieros para mejorar las condiciones laborales de las/os funcionarias/os de la residencia.

### *Autonomía*

18. A los **COSAM**, en que se atiende cada residente, se insta, a mediano plazo, a 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. Del mismo modo, incluir los proyectos de vida independiente en las áreas de educación, trabajo y participación en la comunidad.

## IX. Seguimiento

Respecto a la estrategia de seguimiento de los resultados, el CPT realizará en primer lugar la difusión del informe con los Hogares 2 y 3, a fin de socializar los hallazgos y desafíos existentes en la materia, y poder generar instancias de conversación y trabajo conjunto a corto, mediano y largo plazo.

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

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

## X. Referencias Bibliográficas

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

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

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

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

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