

Informe de Visita:
Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad
Servicio de Psiquiatría

Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente

Elaborado por el
Comité para la Prevención de la Tortura

-Chile-

2025

Comité de Prevención contra la Tortura

Expertas/os

Javiera Canessa Cordero, Yamileth
Granizo Román, Francisco Maffioletti
Celedón y Luis Vial Recabarren.

Comisión de Visita

Yamileth Granizo Román, Juan Carlos
Cea Madrid, Gonzalo Horstmeier
Garote y Daniel Wasserman Kobbert.

Equipo de investigación, análisis y redacción

Yamileth Granizo Román, Gonzalo
Horstmeier Garote, Daniel Wasserman
Kobbert.

Edición final

Yamileth Granizo Román, Gonzalo
Horstmeier Garote y Daniel Wasserman
Kobbert.

Santiago, enero, 2025

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] (2025), *“Informe de
Visita: Unidad de Cumplimiento de
Medidas de Seguridad. Servicio de
Psiquiatría Hospital Dr. Guillermo Grant
Benavente”*

ÍNDICE

I.- Introducción.....	4
II.- Presentación del CPT.....	4
III.- Antecedentes.....	5
1.- Marco legal.....	5
2.- Justificación del problema.....	10
3.- Contexto de la visita.....	12
IV.- Objetivos de la visita.....	12
V.- Metodología de la visita.....	13
1.- Recolección de información: estrategias de levantamiento de la información y muestra.....	13
2.- Dificultades y limitaciones de la recolección de información.....	13
4.- Procesamiento y análisis de la información.....	15
5.- Consideraciones éticas.....	16
VI.- Hallazgos.....	16
1.- Régimen y Actividades.....	16
2.- Contacto con el mundo exterior.....	20
3.- Condiciones Materiales.....	22
4.- Salud.....	30
5.- Medidas de protección.....	37
6.- Trato.....	45
7.- Gestión del personal.....	60
8.- Autonomía.....	62
VII.- Recomendaciones.....	64
1.- Recomendaciones a la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad Servicio de Psiquiatría del Hospital Guillermo Grant Benavente.....	64
2.- Recomendaciones a otros actores.....	66

I.- Introducción

El presente informe expone los hallazgos y resultados de la visita realizada por el Comité para la Prevención contra la Tortura (CPT) a la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad del Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente. La visita tuvo lugar los días 2, 3 y 4 de abril del año 2024. Su objetivo general fue analizar los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes que afectan a personas con diagnósticos de salud mental en este recinto.

El presente documento está dirigido al Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente y en particular a la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad, a las personas con diagnósticos de salud mental bajo cuidado y/o custodia del la unidad y sus familiares, al Servicio de Salud Biobío, 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. Todos estos actores pueden acoger los hallazgos que aquí se presentan y jugar un rol activo en la implementación de soluciones con un enfoque de derechos humanos.

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 ART. 3 de la Ley N° 21.154, se encuentran las siguientes, en las cuales se enmarca legalmente este informe:

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

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

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.

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” (p.239). 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.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada por Chile el 29 de julio de 2008, refiere en su ART. 1 como principal propósito el:

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

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

Respecto a la protección contra la tortura, establecida en el ART. 15 de la CDPD, en las observaciones finales del informe inicial del Estado de Chile, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016), expresó su preocupación por las prácticas que se estaban llevando a cabo en el Estado, como terapias electroconvulsivas. Se trata de un tipo de tratamiento considerado como cruel,

inhumano o degradante que tiene por objeto “disciplinar” o “corregir conductas desviadas” por parte de personas con discapacidad.

De esta forma, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016), recomendó al Estado de Chile que prohíba explícitamente las prácticas como la señalada contra personas con discapacidad que se encuentren internadas en centros psiquiátricos u otros de privación de libertad, sean públicos o privados. Por otro lado, en su ART. 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”(párr. 85.a).

Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos tiene un serie de disposiciones en materia de personas con diagnósticos de salud mental. La regla 5.2 señala la importancia de la no discriminación y participación en los lugares de reclusión de las personas con discapacidades¹. La regla 39.3 indica que respecto de las sanciones disciplinarias se deberán considerar la discapacidad o enfermedad mental indicio en la falta, además que no podrá sancionar aquellas conductas que sean producto de la enfermedad mental o discapacidad del interno². Por su parte la regla 45.2 señala que está prohibido el aislamiento para personas con diagnósticos de salud mental y dicha condición pueda agravarse por tal medida³. Así también, la regla 109 establece la prohibición de estar en prisiones o cárceles personas que no sean penalmente responsables o que tengan enfermedad mental grave y sus condición puede agravarse por estar en prisión debiendo tener que ser trasladados a unidades de salud. La misma regla indica que deberán haber centros especializados, con profesionales adecuados, para reclusos con discapacidades o enfermedades mentales, además de establecerse la necesidad de tratamiento psiquiátrico a todos las/os

¹ Regla 5.2 de la Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos señala: “Las administraciones penitenciarias facilitarán todas las instalaciones y acondicionamientos razonables para asegurar que los reclusos con discapacidades físicas, mentales o de otra índole participen en condiciones equitativas y de forma plena y efectiva en la vida en prisión”

² Regla 39.3 de la Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos señala: “Antes de imponer sanciones disciplinarias, la administración del establecimiento penitenciario considerará en qué medida la enfermedad mental o discapacidad del desarrollo del recluso pueden haber contribuido a su conducta y a la comisión de la falta o hecho que haya motivado la sanción. La administración no sancionará ninguna conducta que se considere resultado directo de la enfermedad mental o discapacidad intelectual del recluso”

³Regla 45.2 de la Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos señala: “La imposición de sanciones de aislamiento estará prohibida cuando el recluso tenga una discapacidad física o mental que pudiera agravarse bajo dicho régimen (...)”

internas/os que lo requieran⁴. Vale también considerar que la regla 110 establece la importancia que las personas con discapacidades o enfermedades mentales puedan continuar con el tratamiento psiquiátrico una vez que egresan del recinto penal y tener asistencia social⁵.

A nivel regional encontramos diversos lineamientos La Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante Corte IDH) ha señalado la relevancia de dar un marco de protección a grupos especialmente vulnerables. Así, la mencionada corte, en su opinión consultiva sobre Enfoques Diferenciados Respecto de Determinados Grupos de Personas Privadas de la Libertad (2022) ha puesto especial énfasis en la debida protección de grupos vulnerables en condición de privación de libertad, en esto a señalado:

“(…) la Corte considera que la aplicación de un enfoque diferenciado en la política penitenciaria permite identificar de qué forma las características del grupo poblacional y el entorno penitenciario condicionan la garantía de los derechos de determinados grupos de personas privadas de libertad que son minoritarios y marginalizados en el entorno carcelario, así como determina los riesgos específicos de vulneración de derechos, según sus características y necesidades particulares, con el propósito de definir e implementar un conjunto de medidas concretas orientadas a superar la discriminación (estructural e interseccional) que les afecta. De no hacerlo, los Estados estarían en contravención de lo previsto en el artículo 5.2 de la Convención Americana y otros tratados específicos, y podría generarse un trato contrario a la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes” (párr. 68)

La Comisión Interamericana de Derecho Humanos en su instrumento Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, también ha señalado una serie de elementos relevantes respecto de las personas con diagnósticos de salud mental. Establece el principio de igualdad uno discriminación por motivos de de discapacidad mental, además que no podran ser entendidas discriminatorias las medidas que busquen proteger a personas con discapacidad mental (Principio II párrafo 3 y 4). Además se procura que los estados procedan a establecer una gradual desinstitucionalización de las personas con discapacidades mentales, además que la privación de libertad en recintos de salud mental debe emplearse como última ratio y cuando pueda haber daño inminente para sí o terceros (Principio III N° 3). Se considera también que las personas con diagnósticos de salud mental tengan derecho a la salud en el más alto nivel posible, además que los lugares donde se encuentren sean adecuadas a sus necesidades (Principio X y XIII N° 1). En cuanto a la medida de aislamiento involuntario se deberá determinar por un médico competente y deberá contar con supervisión permanente con personal de salud adecuado (Principio XXII N°3 párrafo 5)

⁴ Regla 109 de la Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos señala:

“1. No deberán permanecer en prisión las personas a quienes no se considere penalmente responsables o a quienes se diagnostique una discapacidad o enfermedad mental grave, cuyo estado pudiera agravarse en prisión, y se procurará trasladar a esas personas a centros de salud mental lo antes posible.

2. En caso necesario, otros reclusos con discapacidades o enfermedades mentales podrán ser observados y tratados en centros especializados bajo la supervisión de profesionales de la salud competentes.

3. El servicio de atención sanitaria proporcionará tratamiento psiquiátrico a todos los demás reclusos que lo necesiten”

⁵ Regla 110 de la Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos señala: *“Convendrá que se tomen disposiciones, de acuerdo con los organismos competentes, para que, en caso necesario, se continúe el tratamiento psiquiátrico después de la liberación y se asegure una asistencia social pospenitenciaria de carácter psiquiátrico”*

1.2. Marco Legal Nacional

En Chile, a través de los distintos tratados y pactos internacionales ratificados, 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”⁶, 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: (i) 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; (ii) Ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad; (iv) Ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad y; (v) 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 ART. 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 ART. 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.

⁶ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ART. 12.1.

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

El listado de derechos contemplado en este artículo debe ser publicado por todos los prestadores que otorguen prestaciones de salud mental, conforme a las especificaciones que el Ministerio de Salud disponga a través de una norma técnica”.

Por su parte el ART. 10 N° 1 del Código Penal señala que están eximidos de responsabilidad penal el “*loco o demente*” y “*el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halla privado totalmente de razón*”. A pesar de

lo anterior, la legislación nacional establece que las personas que tengan enajenación mental y hayan realizado un hecho típico⁷ y antijurídico⁸ se les podrá aplicar una medida de seguridad en el evento que hubieren antecedentes calificados que hagan presumir que sean peligro para sí o para terceros (ART. 455 Código Procesal Penal)⁹. Así, el Código Procesal Penal regula las clases de medidas de seguridad según la gravedad del caso, primero la internación en un recinto psiquiátrico y en segundo lugar la custodia y tratamiento (ART. 457 Código Procesal Penal).

En particular, la legislación nacional establece tres situaciones en las cuales se lleva a cabo la aplicación de las medidas de seguridad:

- (1) La persona que ha cometido un delito estando bajo enajenación mental (ART. 455 Código Procesal Penal)
- (2) Las personas que cometen un delito y caen enajenación mental en el curso de la proceso penal (ART. 465 del Código Procesal Penal); y,
- (3) Las personas que han sido condenadas a una pena privativa de libertad y durante el cumplimiento de la pena caen en enajenación mental (ART. 482 del Código Procesal Penal).

De acuerdo a la ley, las medidas de seguridad durarán en la medida que se mantengan las condiciones que las hubieran hecho necesarias teniendo como límite el tiempo de la pena mínima probable (ART. 481 INC. 1° del Código Procesal Penal)¹⁰. En esto también se destaca que la institución psiquiátrica deberá informar semestralmente al Ministerio Público, a los familiares o curador la evolución de la personas internadas (ART. 481 INC. 3° del Código Procesal Penal). En relación con lo anterior, tanto el Ministerio Público, el curador o familiar podrá solicitar el término o modificación de las medidas de seguridad (ART. 481 INC 4° del Código Procesal Penal). Se prescribe que el Ministerio Público deberá inspeccionar cada 6 meses los establecimientos psiquiátricos (ART. 481 INC. 5° del Código Procesal Penal).

2.- Justificación del problema

Las personas con diagnósticos de salud mental que han sido declaradas inimputables y sujetas a medidas de seguridad ha sido una problemática de atención por parte de diferentes actores e instituciones internacionales de derechos humanos. Así, la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con

⁷ Es importante destacar que se entiende como hecho típico aquella conducta que se ajusta a la descripción de un delito penal. En términos más precisos se ha señalado que: “El tipo penal comprende el conjunto de elementos que integran la descripción legal de un delito. La tipicidad es la adecuación de una conducta del mundo real a esa descripción legal. Luego, a través del concepto de tipicidad se expresa la relevancia de una determinada conducta para el derecho penal, en el sentido de que una determinada conducta pueda ser subsumida en una descripción o tipo legal” (Politoff et. al. 2009 p. 183)

⁸ Asimismo debe tenerse presente que el concepto de antijurídico hace referencia a: “Antijurídica es la conducta típica que lesiona o pone en peligro un bien jurídico y no se encuentra autorizada por la ley. Aunque por regla general la tipicidad de una conducta es indiciaria de su antijuricidad, como el humo lo es respecto del fuego, ello no implica que deba obviarse la investigación independiente acerca de la antijuricidad del hecho típico, pues puede ser que éste no sea, en el caso particular, contrario a derecho” (Politoff et. al. 2009 p. 209)

⁹ Se ha conceptualizado que las medidas de seguridad responden al concepto de peligrosidad cuya finalidad es la evitación de actos dañosos futuros. Así por ejemplo Falcone (2007) señala que: “Dogmáticamente, medida de seguridad es una consecuencia jurídica del delito, distinta de la pena, consistente en la privación o restricción de bienes jurídicos, fundada en la peligrosidad criminal del sujeto, con exclusiva función de prevención especial” (p. 237). Por su parte Roxin (1997) ha señalado: “El fin de las medidas de seguridad es, por tanto, de tipo preventivo. Dentro del mismo, su cometido primario es en todo caso preventivo especial porque, con la ayuda de la medida de seguridad, se trata de evitar futuros actos delictivos del afectado por ella.” (p. 104)

¹⁰ Vale tener presente que el tiempo mínimo probable de la pena hace referencia al delito o los delitos por los cuales se hubiera dirigido el proceso.

discapacidad, Catalina Devandas Aguilar (2019) ha señalado que las medidas de seguridad contraviene los derechos al acceso a la justicia y la libertad personal, ha señalado:

“La privación de libertad como consecuencia del hecho de declarar a una persona no apta para comparecer en juicio o exenta de responsabilidad penal por “enajenación mental” o “demencia” contraviene el derecho a la libertad personal y al acceso a la justicia (art. 13). En esos casos, se suele apartar a la persona del procedimiento y se la somete a una serie de medidas de seguridad que implican privación de libertad y administración de tratamientos en contra de su voluntad, muchas veces por un tiempo indefinido o por períodos más largos que los que le habrían correspondido si hubiese sido condenada por la comisión del delito siguiendo los procedimientos habituales (...)” (Párr. 50)¹¹

Es importante tener presente que dentro de la red de atención psiquiátrica cerrada se encuentran las unidades forenses, las cuales están estrechamente vinculadas con el sistema de justicia penal. De acuerdo al Ministerio de Salud (2018) señala respecto de estas unidades lo siguiente:

“En este contexto se establece una sub red de psiquiatría forense que, entre sus puntos de atención, cuenta con Unidades Clínicas que **tienen por objetivo la evaluación pericial por sospecha de enfermedad mental y dar respuesta a la aplicación de sentencias de medidas de seguridad impuestas, sean estas de internación o custodia y tratamiento a aquellas personas declaradas inimputables**. Además, se cuenta con puntos de atención residenciales para esta población.

Con posterioridad a la instalación de los puntos de atención señalados, se desarrollaron otros, cuyo objetivo fue hacerse cargo de funciones periciales y de atención clínica a personas imputadas en la fase previa a la dictación de la sentencia. Estas son las Unidades de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI) y las Unidades Psiquiátricas Forenses Transitorias (UPFT)”(p. 73) [El destacado es nuestro]

A nivel nacional existen 3 servicios que tienen unidades de cumplimiento de medidas de seguridad que están radicados en el Servicio de Salud Aconcagua, Servicio de Salud Metropolitano Norte y Servicio de Salud Concepción. Por su parte encontramos que existen 4 dispositivos UEPI a nivel nacional ubicados en el Servicio de Salud de Antofagasta, Servicio de Salud Aconcagua, Servicio de Salud Metropolitano Norte y Servicio de Salud Araucanía Sur. Asimismo, existen a nivel nacional dos UPFT que tienen

¹¹ En un sentido similar el Alto Comisionado de las Naciones Unidas (2017) ha visto con preocupación que en algunos países la duración de las medidas de seguridad, mencionado: “La presunción de inocencia es un principio necesario para un juicio imparcial según el cual el acusado es inocente mientras no se demuestre su culpabilidad. En determinados sistemas jurídicos, las personas con discapacidad declaradas “no aptas para comparecer en juicio” o exentas de responsabilidad penal a causa de una deficiencia psicosocial o intelectual suelen ser apartadas de los procedimientos y sometidas a medidas de seguridad que entrañan su internamiento o tratamiento forzoso en instituciones de salud mental, bajo un régimen de reclusión por motivos de deficiencia, que podría tener una duración indefinida. Dado que no se juzga ni condena a la persona, en lugar de basarse en una declaración de culpabilidad se ordenan medidas de seguridad en razón de la supuesta “peligrosidad” de la persona para sí misma o para terceros. Esas órdenes judiciales constituyen un trato desigual, ya que se basan en una percepción de “peligrosidad”, una deficiencia o supuestos relacionados con la deficiencia, en lugar de una determinación de la culpabilidad en la comisión de un delito mediante un procedimiento con las debidas garantías procesales. Estas prácticas culminan con el abandono del derecho de la persona a la presunción de inocencia y la denegación de las debidas garantías procesales que deberían aplicarse a todas las personas, como se reconoce en el derecho internacional. En consecuencia, el Comité ha exigido que se supriman” (Párr. 39)

vínculo con el Servicio de Salud de Arica y el Servicio de Salud de Valparaíso. Finalmente encontramos la Unidad Psiquiátrica Forense Hospitalaria Intrapenitenciaria del Servicio de Salud de Magallanes.

3.- Contexto de 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. En este mismo sentido, en el Manual de Recursos de la Organización Mundial de la Salud sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación (2006), se especifica que: “el artículo 7 del PIDCP¹² 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” (p.12).

El CPT decidió realizar una visita a la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad del Servicio de Psiquiatría Forense del Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente teniendo presente que es una de las tres unidades de cumplimiento de medidas de seguridad existentes a nivel nacional.

IV.- Objetivos de la visita

La visita realizada tuvo como **objetivo general** evaluar los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes que afectan a personas que se encuentran en la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad del Servicio de Psiquiatría Forense del Hospital Dr. Guillermo Grant.

Como **objetivos específicos** se propuso:

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

¹²Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

V.- Metodología de la visita

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

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

La metodología utilizada fue de tipo cualitativa, orientada a recoger las experiencias y opiniones de las personas con diagnósticos de salud mental y funcionarias/os de al Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad del Servicio de Psiquiatría Forense del Hospital Dr. Guillermo Grant. Se aplicaron pautas de observación y adicionalmente, se realizó una revisión de la normativa internacional y nacional sobre los derechos de las personas con diagnósticos de salud mental, así como también de los protocolos y normativas técnicas nacionales e internacionales existentes en la materia, e información específica del centro a visitar.

1.- Recolección de información: estrategias de levantamiento de la información y muestra

Las estrategias de levantamiento de información utilizadas en esta visita fueron: (a) *Entrevistas tanto a personas con diagnósticos de salud mental, como a funcionarias/os*; (b) *Conversaciones informales individuales*; (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.

2.- Dificultades y limitaciones de la recolección de información

Como principales dificultades o limitaciones al momento de recolectar información y realización de la visita, se encuentra en la condición clínica en la que se encontraban algunas/os usuarias/os -tales como alteraciones del juicio de realidad, o autismos severo-, lo que dificulta la aplicación de entrevistas individuales en ciertos casos. Sin perjuicio de lo anterior, el CPT realizó una adaptación de la técnica de recolección de información y se establecieron conversaciones informales con esas personas.

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

3.- Dimensiones y subdimensiones monitoreadas

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

Tabla N° 1 : Dimensiones y subdimensiones monitoreadas

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

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

4.- Procesamiento y análisis de la información

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

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

Por último, como marco interpretativo durante todo el proceso -desde el levantamiento del diagnóstico, construcción de instrumentos y hasta el análisis de la información- se decidió adoptar un enfoque de

derechos, que prioriza el foco en los derechos humanos de las personas con diagnósticos de salud mental.

5.- Consideraciones éticas

Durante el trabajo de campo, el análisis y la elaboración del informe de la visita se ha considerado el resguardo de la identidad y datos sensibles de las personas que se entrevistaron y observaron. Para ello, a cada persona entrevistada se le explicó la función del CPT, así como el objetivo de la visita y de la entrevista. Se utilizó una pauta de consentimiento informado en personas adultas en la que se explicita -entre otros elementos- el carácter voluntario, anónimo y confidencial de la entrevista, lo cual implica que en cualquier etapa la persona puede solicitar su término -sin ninguna repercusión-, como también que toda la información compartida en este proceso será únicamente conocida por las/os profesionales del CPT que realizaron la visita, sin ser divulgada información de carácter personal y sensible. Asimismo, se especificó que, de utilizar citas en el presente informe, estas siempre serán anonimizadas, a fin de disminuir posibles individualizaciones a su persona y así evitar efectos iatrogénicos y/o represalias hacia ellas.

VI.- Hallazgos

A continuación se presentan los hallazgos encontrados en la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad del Servicio de Psiquiatría Forense del Hospital Dr. Guillermo Grant, la cual están divididas por las dimensiones analizadas por el CPT.

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, las actividades que realizan en los centros de salud, así como también el contacto que tienen con el mundo exterior, dado que es un punto relevante sobre el trato y las condiciones de vida. Lo anterior, está en correspondencia con los derechos humanos que les asisten a las personas con diagnósticos de salud mental, específicamente sus derechos de salud (ART. 25 de la CDPD), así como 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.

De acuerdo al Protocolo de la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad del Hospital Guillermo Grant Benavente este tiene capacidad para 18 personas y la caracterización de sus prestaciones son: “Las intervenciones de la UHCIP-AFH están orientadas a la estabilización psiquiátrica y rehabilitación de todos los usuarios hospitalizados que cumplan con la condición de condenados por causas de enajenación mental por la justicia penal y que cumplan criterios clínicos compatibles para ello” (2024, p. 8). El mismo protocolo indica que estará destinado para personas del sexo masculino. La unidad no será para personas

que requieran evaluación de inimputabilidad, así el protocolo señala: “Debido a que las intervenciones apuntan a la estabilización psiquiátrica, rehabilitación y eventual reinserción de los individuos en el medio, es que los usuarios que ingresen a esta unidad deben cumplir con la características de condenados y no de imputados (y por ende que requieran de un proceso de evaluación diagnóstica)” (2024, p.8)

Sin embargo, de acuerdo a lo informado y lo observado en la unidad ingresan personas tanto para el cumplimiento de medidas de seguridad, como para internación provisional. Durante los días de la visita la unidad contaba con un total de 18 personas de las cuales todas eran hombres y solo 1 de estas era perteneciente a un pueblo originario. Asimismo, se informa que 2 personas tienen dependencia leve y que el rango de edad va desde los 22 años a los 75 años. Del total de personas en la unidad, 12 están cumpliendo medidas de seguridad y 6 están con internación provisional. En el mes de marzo del año 2024 hubieron 2 ingresos. Se informa que llegan personas de diferentes lugares del país, específicamente de las regiones del Maule, Los Lagos, Biobío, Aysén, Araucanía, Ñuble y Metropolitana.

Cabe destacar que la mayor cantidad de ingresos de acuerdo a los años 2023 y 2022 es de personas bajo internación provisional y que el tiempo de permanencia es mayor en las personas que están bajo medidas de seguridad (véase tabla N° 2 y N° 3) .

Tabla N° 2 : Número de ingresos durante los año 2022 y 2023

	2022	2023
N° de ingresos de personas por medidas de seguridad	4	4
N° de ingresos de personas por internación provisional	23	6
Total	27	10

Tabla N° 3 : Tiempo promedio de estadía de permanencia de los residentes dados de alta

	2022	2023
Tiempo de permanencia promedio de personas con medidas de seguridad	2163	847

Tiempo de permanencia promedio de personas con internación provisional	122	244
--	-----	-----

De las 12 personas que estaban bajo cumplimiento de medidas de seguridad, al mes de marzo de 2024, 10 provenían de las Unidades de Evaluación de Personas Imputadas (UEPIs) u otros hospitales de origen, una procedía de una internación provisional y otra había sido derivada desde un recinto penal.

Por su parte, de las 6 personas que estaban bajo internación provisional, 4 provenían de unidades penales (incluyen UPFT) y 2 estaban en otras unidades de internación provisional.

Asimismo la lista de espera para ingreso de personas con medidas de seguridad era de 1 persona y el tiempo promedio de espera es de 1 mes. En el caso de las listas de espera, para personas con internación provisional, es de 23 personas de las cuales el tiempo de espera promedio es de 5 meses.

En las entrevistas se indica como elemento crítico el hecho que en la unidad comparten tanto personas bajo medidas de seguridad, como personas con internación provisional de los cuales no se tiene claridad si tienen o no un diagnóstico de salud mental. En el mismo sentido, se menciona que el ingreso de personas bajo internación provisional conlleva a que se ocupen cupos para personas con medidas de seguridad, teniendo que ser ingresar, estas últimas, a otras unidades fuera de la región y generando problemas de desarraigo.

Respecto de la información que se tiene de las personas a su ingreso se menciona que en general se cuenta con los antecedentes de estas. En el mismo sentido, en la mayor parte de los casos ingresan por traslado de Gendarmería de Chile y en una ocasión se menciona que fue por personal de salud en una ambulancia. Las horas de llegada, de acuerdo a las entrevistas son en la mañana o en la noche. Se indica, en una de las entrevistas, que no está tan clara la forma de ingreso de los residentes, pero que son ingresados por la urgencia del recinto, donde se hace una evaluación psiquiátrica y física. De acuerdo a las entrevistas la mayor parte de los diagnósticos de los residentes son por esquizofrenia y que en general, con los pacientes bajo cumplimiento de medidas de seguridad, no se tienen problemas ya que existe una evaluación previa.

De la información recopilada se obtiene que los criterios de segmentación de los dormitorios se realiza por afinidad entre los residentes y por el nivel de autonomía de los mismos, no habiendo una segmentación por la calidad procesal (véase residentes en cumplimiento de de medidas de seguridad e internación provisional). Respecto de esto último, se menciona en una entrevista, que los residentes que están bajo internación provisional tienen a generar problemas a las personas bajo cumplimiento de medidas de seguridad, tales como, quitarles la comida, cigarrillos u otras situaciones que puedan implicar vulneraciones. Se comenta que en el pasado, la unidad tuvo población femenina, pero que se generaron problemas entre las/os residentes y que las/os funcionarias/os se vieron sobrepasadas/os.

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

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

La rutina en el establecimiento se estructura principalmente por la alimentación de los residentes como por los tiempos que tienen para fumar. En esto se destaca que: (a) A las 8:00 se produce la entrega de turno, se levantan los residentes, se controlan los signos vitales y se administran los medicamentos; (b) A las 8:30 se lleva a cabo el desayuno (c) Después del desayuno los residentes salen a fumar al patio o la sala de recreación en el evento que este lloviendo; (d) A las 10:30 se hace entrega de la colación de la mañana; (e) A las 12:30 se lleva a cabo el almuerzo y posteriormente los residentes pueden salir a fumar; (g) A las 15:00 se entrega la onces y seguido de ello la salida a fumar; (h) A las 18:00 es la cena con su salida a fumar posterior a ella; y, (i) A las 21:00 horas es la colección nocturna. (j) A las 22:00 los residentes se acuestan.

Dentro de las actividades, en las entrevistas se señala que hay taller de karaoke los días martes en la semana y que cada dos semanas hay talleres de cocina para los cual viene la nutricionista con la terapeuta ocupacional. Se menciona que dentro de las actividades para las personas que están bajo cumplimiento de medidas de seguridad, algunos residentes pueden salir al invernadero desarrollado por la ONG Rebrota, pueden ir al gimnasio de la unidad psiquiátrica o trabajar en la cafetería. Vale destacar que se observa la existencia de pocas actividades y la rutina de los residentes parece tediosa y lenta. También se observa que los internos pueden escuchar música por medio de dispositivos personales o que ven televisión en los espacios comunes (en el hall al final del pasillo). Se informa por la dirección que existen actividades de recreación abiertas con TENS, tales como taca -taca, ping pong y ludoterapia. Durante la visita se observa el taller de karaoke, en el cual algunos residentes participaron, mientras que para otros la actividad no les parecía adecuada dado el fuerte ruido que esta generaba.

Los residentes pueden circular por sus piezas y los pasillos de la unidad, además de poder estar en el salón donde reciben las comidas y en el área al fondo de los pasillos donde está el televisor. Sin embargo, no pueden ingresar libremente, durante la rutina, al salón de recreación (donde se encuentra la mesa de ping pong y el taca taca) al igual que al patio interior. Se observa que los residentes pueden conversar e interactuar entre ellos. Por otra parte, se destaca que los residentes pueden desarrollar actividades religiosas y que han organizado un culto dentro del lugar con biblias y guitarras, de acuerdo a las entrevistas. Un elemento que es de preocupación por parte del comité es que al momento de salir a fumar hay residentes que están con grilletes y bajo vigilancia de Gendarmería de Chile. La mayor parte de los casos con estas medidas corresponden a personas que están en evaluación de inimputabilidad, pero también hay estas prácticas con algunas personas bajo cumplimiento de medidas de seguridad.

Evaluación de la Dimensión: Insuficiente

Se evalúa la dimensión régimen y actividades de forma insuficiente. Se ve como elementos negativos y especialmente preocupantes el hecho de que a la unidad ingresen, tanto personas en internación provisional, como personas que están bajo cumplimiento de medidas de seguridad, siendo que la unidad no está diseñada ni tiene como objetivos el ingreso de personas bajo internación provisional. Relacionado con lo anterior se ve de manera compleja que la segmentación de los dormitorios que no obedece a la calidad procesal de los residentes. Se valora positivamente que la unidad en la actualidad no sea mixta (según sexo) dadas las características estructurales - edificación- de esta.

En materia de uso del tiempo, se observa de forma preocupante el hecho que la rutina es poco estimulante para los residentes, viendo que estas no son las suficientemente adecuadas, para los fines de rehabilitación y reinserción, además de necesitar una mayor cantidad de implementos para que los residentes puedan utilizar para fines recreativos. Sin perjuicio de lo anterior, se valora que algunos de los residentes puedan tener actividades en otros espacios del servicio de psiquiatría, tales como la cafetería y el gimnasio. Respecto del uso de los espacios se evalúa de forma negativa la falta de accesos al patio interior o sala de recreación.

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 el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (ART. 19 de la CDPD), así como también en el ART. 11, título III de la Ley N° 21.331 “Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental”.

2.1. Contacto con familiares y amigas/os

Estándares evaluados: (1) Las comunicaciones (teléfono, internet, etc) están disponibles gratuitamente para las personas sin censura; (2) Las personas pueden recibir visitas, elegir a quienes ver y compartir con ellas en cualquier horario razonable; (3) El establecimiento proporciona asistencia para contactar a las personas con familiares y amigas/os de acuerdo con sus deseos.

Los residentes tienen la posibilidad de realizar y recibir llamados desde el exterior, en un teléfono que está en el pasillo de la unidad clínica y frente a la guardia de gendarmería. Se indica en las entrevistas que no todos los residentes pueden realizar llamadas todos los días, por lo cual están distribuidas en la semana. Se menciona que la cantidad de llamadas a la semana es de tres por residente y que la duración de las mismas es de 15 minutos. Se informa que para el mes de marzo del año 2024 de los 18 residentes todos tienen contactos telefónicos de manera frecuente.

Los residentes pueden recibir visitas en la unidad, cuyo horario es de 15:00 a 17:00 horas los días martes, jueves y festivos, también aparece que la duración de las visitas es de una 1 hora y media. El comedor es el lugar para los encuentros con las visitas y el máximo de visitas es de dos personas por residente. Se manifiesta que los residentes reciben pocas visitas. Algunos residentes mencionan que sus familias están en lugares lejanos, es decir fuera de la ciudad. De acuerdo a la información aportada por el recinto, para

el mes de marzo de 2024, sólo una persona tiene visitas frecuentes y de los 17 restantes tienen visitas de manera esporádica.

En materia de encomiendas, se pueden realizar en el recinto con limitaciones, por ejemplo: están prohibidos los chocolates, café, mate, dulces, helados, comidas elaboradas, entre otras. Se menciona que durante la visitas se pueden compartir alimentos, siempre y cuando no estén restringidos. Si al momento de las visitas se comparten objetos o alimentos prohibidos se pone fin a la visita.

En las entrevistas del personal profesional se menciona que existen acciones que buscan la revinculación familiar pero que se da mayoritariamente en aquellos residentes que están próximos al egreso de la unidad.

2.2. Contacto con la comunidad

Estándares evaluados:(1) El establecimiento vincula a las personas con servicios de la comunidad

Tal como se mencionó en la dimensión anterior¹³, los residentes que están bajo cumplimiento de medidas de seguridad pueden tener actividades fuera de la unidad tales como asistencia al invernadero de la ONG Rebrota, la cafetería del recinto de salud o asistir a actividades en el gimnasio del recinto de salud. Se destaca que el invernadero de la ONG Rebrota está frente a la unidad hospitalaria.

Fotografía N° 1: Invernadero de la ONG Rebrota



Evaluación de la Dimensión: buena

Se evalúa la dimensión del contacto con el mundo exterior de forma buena. Dentro de los aspectos positivos está el hecho que la unidad proporciona comunicación telefónica y que gran parte de los residentes pueda tenerla. También se considera como positivo el hecho que para las personas próximas a egresar - bajo cumplimiento de medidas de seguridad- se lleve a cabo una revinculación familiar. Sin

¹³ Véase dimensión régimen y actividades, subdimensión uso del tiempo

perjuicio de lo anterior, parece de sumo preocupante la falta de visitas que tienen los residentes dado que muchas familias viven fuera de la ciudad o región, generando problemas de desarraigo.

Se ve positivamente que exista contacto con la comunidad en particular las actividades que se llevan a cabo con la ONG Rebrotá. En este mismo sentido, se destaca la importancia de intensificar este tipo de vínculos para los residentes y su resocialización.

3.- Condiciones Materiales

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

La CDPD, señala en su ART. 28 N° 1, 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 la cual es amplia y cómoda (3) La infraestructura 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.

La unidad de cumplimiento de medidas de seguridad consta de dos pisos. En el primer piso están los dormitorios de los residentes, la sala de aislamiento o de cuidados especiales, un comedor, un patio exterior, un salón multiuso, el área clínica, además de los box de atención, entre otras. En el segundo piso se encuentran más dormitorios de los residentes y la residencia del personal. En general, se observa que la infraestructura del lugar se encuentra en buen estado de conservación, tales como las ventanas, los pisos, como también el mobiliario existente. Sin perjuicio de lo anterior, se ve la presencia de humedad en algunas de las piezas del segundo piso, además de fugas de agua en el baño del segundo piso recientemente remodelado que conlleva que se filtre al dormitorio aledaño el cual no se utiliza al momento de la visita. También se observa desgaste de las paredes del primer piso.

Fotografía N° 2: Dormitorio adyacente a baño del segundo piso con filtración de agua



En materia de accesibilidad se observa que no existen barras de apoyo en el pasillo del segundo piso pero si en el del primero. De acuerdo a las entrevistas se comenta que el edificio o la estructura del recinto es antigua, además que existen problemas de electricidad en la unidad (intermitencia de la energía eléctrica).

Fotografía N° 3 y N° 4 : Pasillo segundo piso y pasillo primer piso



La interacción por parte de los residentes y funcionarios se da principalmente en los pasillos de la unidad y en el hall al final del primer piso donde se encuentra el televisor, pudiendo allí sentarse. Se observa que si bien la sala multiuso o zona de recreación es grande, está restringida en el uso de la misma, al igual que el patio interior del recinto.

Fotografía N° 5: Zona de recreación o salón multiuso



La unidad cuenta con 7 dormitorios de los cuales al momento de la visita se estaban utilizando 6. Los dormitorios pueden tener un máximo de tres personas. Los dormitorios tienen camas empotradas y existe poca distancia entre una y otra cama. Todos los residentes tienen una cama para dormir.

Fotografía N° 6 y N° 7: Dormitorio de la unidad y dormitorio con presencia de humedad



3.2. Alimentación y agua

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

La unidad cuenta con suministro de agua potable de forma continua y la alimentación proviene del casino del establecimiento hospitalario y se reparte en las diferentes unidades existentes. Tal como ya se mencionó la unidad tiene un comedor donde se sirven las comidas, el cual es el mismo donde se reciben a las visitas o se realizan los talleres. De acuerdo a la percepción de uno de los residentes la comida en ocasiones es buena y en otras es mala. Las comidas se adaptan a las necesidades dietéticas de los pacientes, además de contar con profesional nutricionista. Se observa que el comedor está limpio, sin perjuicio que las murallas muestren desgaste.

Fotografía N° 8: Comedor de la unidad



3.3. Iluminación, ventilación, 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.

Durante la visita se observa que las luces de los pasillos y lugares comunes se encuentran prendidas, sin embargo en los dormitorios están apagadas siendo insuficiente la luz natural -uno de los días de la visita estaba lloviendo-. En materia de ventilación se indica que existe poca ventilación, tanto en el primer piso como en el segundo. Vale mencionar que durante los días de lluvias el lugar para fumar, no es en el patio sino en la sala multiuso, el cual cuenta con extractores de aire.

Por su parte en materia de calefacción se observa que la unidad cuenta con calefactores en la pared lo cual es un sistema estable y seguro; sin embargo, en una de las entrevistas a los residentes, se indica que hace frío en el lugar. También se comenta que en el verano el lugar es caluroso. De la observación del recinto y de la información recopilada se logra allegar que la higiene del lugar es adecuada tanto en los dormitorios, espacios comunes, salón de comida, baños y del área clínica, además que se ve la presencia de personal de aseo. No se reporta la existencia de plagas y la existencia de vectores y/o zoonosis.

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).

Al momento de la visita existen 3 baños de los cuales 2 están en funcionamiento; en esto es importante señalar que los baños están en proceso de remodelación; sin embargo, tal como se mencionó anteriormente, uno de los baños del tiene filtraciones que bajan al primer piso o a la pieza contigua al mismo. Vale destacar que el tercer baño se encuentra fuera del sector de los residentes contigua a los box de atención profesional; sin embargo, se considera que su acceso es dificultoso o poco accesible.

Fotografía N° 9: Acceso al baño contiguo al box de atención profesional



Se informa que hay un total de 4 inodoros los cuales todos están en funcionamiento además que existen 6 duchas de las cuales 5 están en funcionamiento. De acuerdo a una de las entrevistas de los residentes en las mañanas, se producen atochamientos para la utilización de las duchas. Se ve, al momento de la visita, que los baños se encuentran limpios. No todos los baños cuentan con barras de apoyo y/o acceso a sus dependencias, por ejemplo en el baño del segundo piso no los hay junto a los inodoros, pero si la presencia de una barra de apoyo en el baño del primer piso que está contiguo a los box de atención.

Fotografía N° 10 y 11: Inodoro baño segundo piso y sector de duchas del baño primer piso contiguo a box de atención profesional



De acuerdo a lo observado los residentes tienen sus propias prendas de vestir y se les permite utilizar ropa acorde al clima y están limpias. En este aspecto se menciona que los residentes pueden recibir ropas que les entregan sus familias, como también que en el recinto les provee de ropa. La ropa de cama es de buena calidad, además de encontrarse limpia. En materia de artículos de aseo cada residente tiene los suyos propios.

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.

Tal como se señaló más arriba en los dormitorios las camas están juntas unas de otras, siendo difícil resguardar la intimidad y privacidad en las mismas. En las camas los residentes disponen de un compartimento metálico para guardar artículos personales, además de casilleros que están en el pasillo de la entrada al salón multiuso. Sin perjuicio de eso, se observa que estos tienen pocos artículos personales u objetos en los dormitorios dando cuenta de un carácter impersonal en la unidad. De acuerdo a lo ya consignado en las dimensiones anteriores¹⁴, el teléfono está en el área clínica muy próximo donde se encuentra personal de gendarmería, además que las visitas se hacen en el comedor, siendo en este aspecto limitada la privacidad de las mismas. Asimismo, el lugar cuenta con un sistema de cámaras que están en prácticamente en todos los espacios inclusive los baños, afectando la intimidad de los residentes.

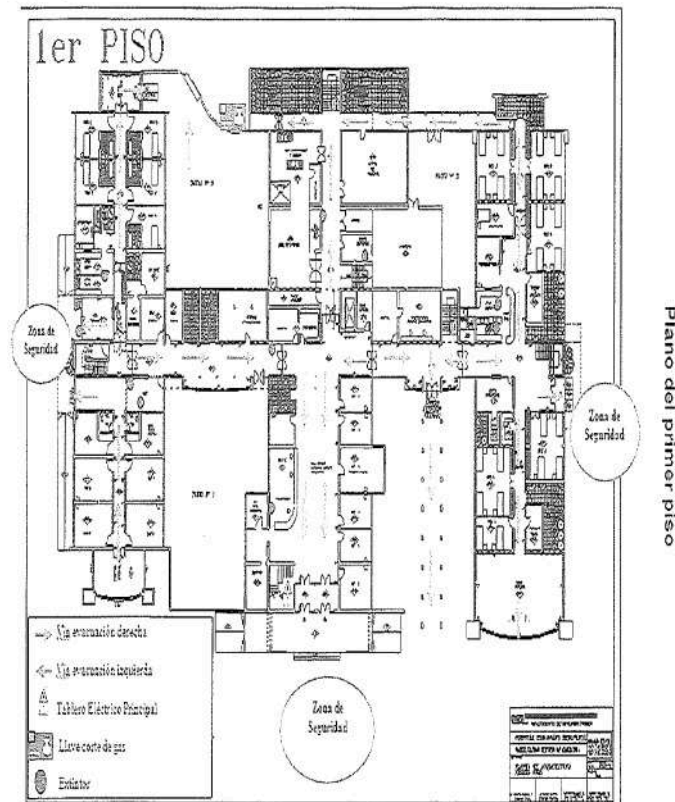
¹⁴ Dimensión contacto mundo exterior, subdimensión contacto con familiares y amigas/os

Fotografía N° 12 y 13: *Compartimento metálico debajo de las camas y separación de camas*



Respecto de las medidas de seguridad ante emergencias y/o desastres la unidad cuenta con un plan de emergencias que es para todo el servicio de psiquiatría del Hospital Guillermo Grant Benavente, el cual es del periodo 2016 a 2021. El objetivo general del mencionado plan es: “Garantizar la seguridad de los funcionarios y pacientes del Servicio de Psiquiatría del Hospital Guillermo Grant Benavente durante una emergencia” (2016a, p. 3). En este se establece una organización local del plan de emergencia, estipula un sistema de comunicaciones ante emergencias, se consignan claves específicas para cada emergencia (véase incendio, fallecimiento, entre otros) y a quien solicita apoyo (véase policías, SAMU entre otros). En el mismo sentido se dispone de los tipos de evacuación - total y parcial- y criterios de actuación ante el tipo de emergencia (por ejemplo los criterios de acción ante incendios o terremotos), además se establece la zona de seguridad ante las emergencias que lo requieran.

Ilustración N° 1: Plano primer piso y zonas de seguridad



(Fuente: Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, 2016a, p. 6)

De acuerdo a las entrevistas a los residentes estos señalan desconocer o no tener claridad respecto de cómo actuar ante casos de emergencias. Por su parte el personal señala conocer las zonas de seguridad ante emergencias, pero no tienen precisión de cuáles son los roles a cumplir entre el personal de salud y las/os funcionarias/os de Gendarmería. Es importante mencionar que durante la visita ocurrió un evento telúrico y el personal reaccionó de manera inmediata atendiendo y asegurando que ninguno de los residentes hayan sufrido descompensaciones.

Evaluación de la Dimensión: Parcial

Se evalúa la dimensión de las condiciones materiales como parcial. A nivel de infraestructura se estima que a nivel general está en buen estado, sin perjuicio de problemas como las filtraciones o la humedad en algunos de los dormitorios o la intermitencia de la electricidad. En materia de accesibilidad se hace necesario que se complementen barras de apoyo en el segundo piso. Sobre la alimentación, el recinto cuenta con profesional nutricionista y existe adaptación a las necesidades dietéticas de los residentes, además el comedor donde se sirve la comida se observa limpio; sin embargo, se requiere realizar pintar las paredes que presentan desgaste.

La iluminación del recinto en los espacios comunes se la aprecia buena, no así la iluminación de los dormitorios ya que la luces están apagadas. Sobre la calefacción se valora altamente que esta se encuentre con un sistema seguro, pero se reporta frío por parte de residentes, como también que en el verano el lugar sea caluroso. En materia de ventilación, se estima necesario que sea mejorada ya que se menciona que es insuficiente. Se destaca que en general que existe buena higiene en la unidad y no se reportan presencia de vectores y/o zoonosis.

Respecto a los baños se aprecia, al momento de la visita, que están siendo remodelados lo cual es óptimo para mejorar las dependencias del mismo y la habitabilidad para los residentes. Los baños , al momento de la visita están limpios; sin embargo, se requiere mejorar elementos de accesibilidad como barras de apoyo para evitar accidentes, además que uno de los baños remodelados presenta una filtración. Vale destacar que dentro de la utilización de las duchas se reportan situaciones de atochamientos de los residentes.

En materia de privacidad y confidencialidad el recinto presenta diversos problemas siendo necesario mejorar tales como la falta de separación óptima de las camas, la despersonalización del espacio de los residentes o la existencia de cámaras de seguridad en los baños sin las debidas implementaciones técnicas que permitan mantener la seguridad sin afectar la intimidad. Sobre los planes de emergencia se hace necesario que se vuelva a revisar, pues tenía vigencia hasta el año 2021. En el mismo sentido, sobre los planes de emergencias es relevante generar instancias tanto para el personal como los residentes que puedan conocer del mismo, además de clarificar los roles a cumplir tanto funcionarios de la unidad como de Gendarmería de Chile . Se valora de forma positiva que al existir un movimiento telúrico el personal puso en el centro de atención a las personas ante la contingencia, manteniendo la tranquilidad, se observó que los residentes no presentaron descompensaciones.

4.- Salud

La CDPD, señala en relación al derecho de la salud (ART. 25 INC 1°): “ (...)que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud”. Siendo por ello relevante observar esta dimensión, dadas las características del recinto y de su principal objetivo que es la salud mental.

4.1. Acceso a prestaciones y tratamientos de salud

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

Se menciona por parte de los residentes que ante requerimientos de atención en salud física se dirigen a las/os TENS y enfermeras/os, para que se gestione la atención, el cual no es inmediato, produciendo

descontento en los residentes. Se señaló, en una de las entrevistas de las/os funcionarias/os, que una vez realizado el requerimiento, de atención en salud, los propios médicos de la unidad realizan la evaluación y derivan cuando es pertinente. De acuerdo a las entrevistas realizadas se llevan a cabo derivaciones para interconsulta los cuales pueden ser lentas según uno de los profesionales entrevistados, debido a la alta demanda del sistema en general..

Sobre las atenciones en materia de salud mental por parte del CPT se observa que no existe una presencia constante de algún médico psiquiatra en la unidad, dando cuenta de un vínculo poco cercano con los residentes. Se indica en una de las entrevistas que los días martes hay reuniones de equipo y se ven temas administrativos y cuestiones puntuales de los residentes. Los residentes valoran la atención del equipo clínico pero estiman que es poca.

En la unidad hay registros generales en materia de salud que tienen establecidos los responsables, son confidenciales, con un sistema que asegura conservación y archivo, como por ejemplo los registros de ingreso y egreso, registros de listas de espera, ficha clínica de los residentes y registros de enfermería. Los residentes cuentan con ficha clínica individualizada.

Para cada residente hay un plan integral de cuidados en el cual hay evaluación psicológica, nutricional, de terapeuta ocupacional, kinesiología, física entre otras, sin embargo, un punto a mejorar que no se esquematiza como también hay historias clínicas sin plan de rehabilitación. Relacionado con lo anterior la unidad en su Protocolo de la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad del Hospital Guillermo Grant Benavente, establece la realización de un plan de cuidado integral. La finalidad del plan de cuidado integral “es que el individuo recupere sus capacidades psíquicas perdidas y/o desarrollar nuevas competencias y capacidades que le permitan desenvolverse adecuadamente con su entorno (...)” (2024, p. 15). En el mismo se establecen una evaluación individual, familiar y social el cual tendrá un plazo de tres meses desde el ingreso de la persona, además se señala que durante este periodo se podrá realizar la reevaluación de la estrategia clínica utilizada en el pacientes, además que el plan será variable en consideración que se vayan cumpliendo los objetivos.¹⁵

Es relevante tener presente que el Servicio de Psiquiatría del Hospital Guillermo Grant Benavente cuenta con diversos protocolos de cuidados. En esto es posible señalar, de forma resumida, los siguientes:

- a.- Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos y Centinelas 4a edición: El protocolo es de marzo del año 2022 y tiene vigencia hasta marzo del año 2027 y es para todo el hospital. El mencionado protocolo tiene como objetivo: “Reforzar la seguridad de la atención de salud a través de la implementación de un sistema de vigilancia, reporte y análisis de eventos adversos y eventos centinelas potencialmente prevenibles” (2022a, p. 3). Para tales efectos el protocolo determina el sistema de vigilancia (tanto activa como pasiva) de los diferentes eventos¹⁶, los procedimientos de

¹⁵ El Protocolo de la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad del Hospital Guillermo Grant Benavente específicamente señala: “Elaboración de plan personalizado (PCI): variables en el tiempo en la medida que se van cumpliendo los objetivos” (2024, p. 17)

¹⁶ Se define en el protocolo como evento centinela: “Suceso inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra”(2022, p.4). Por su parte se define por el protocolo evento adverso: “Situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad” (2022, p.4)

reporte de los eventos, análisis de eventos y planes de mejora. Vale destacar que los responsables del cumplimiento son: la dirección del hospital y la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Por su parte los encargados de ejecución del mismo son las jefaturas y/o supervisores o encargados de calidad y los funcionarios o equipos clínicos.

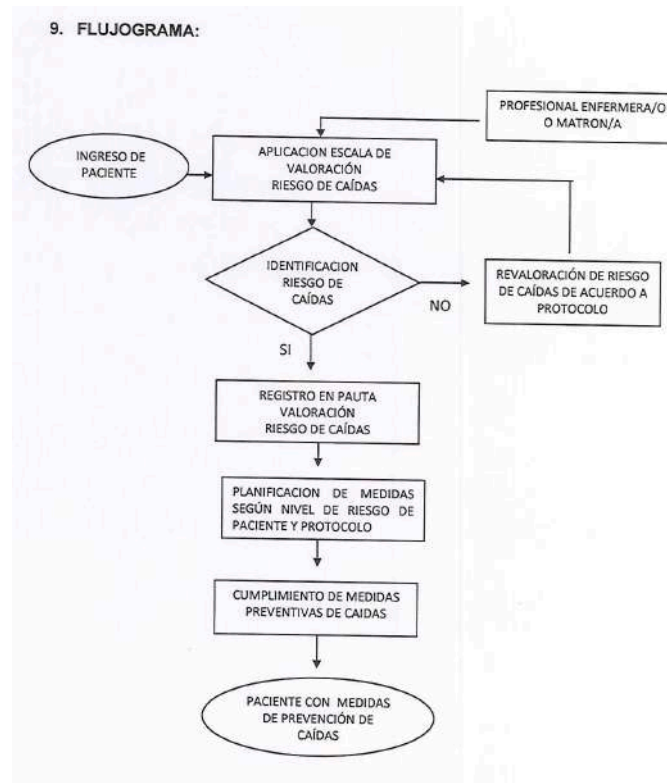
El protocolo señala una serie de eventos adversos y centinelas en diversas materias tales como atención de cuidado de los pacientes, infecciones asociadas a la atención de salud, esterilización de material quirúrgico, entre otros. En la situación que los eventos centinelas o adversos no estén considerados en el listado del protocolo “los servicios y/unidades podrán agregar a la plataforma en ítem OTROS todos aquellos que calcen con la definición de evento adverso o centinela” (2022a, p. 8)

b.- Norma N° 2 Técnica Aséptica 3a edición: Este protocolo, destinado a todo el hospital, es de noviembre de 2018 y su revisión se establece para noviembre de 2023. El objetivo es “ Evitar la contaminación microbiana durante la atención de pacientes, con el fin de impedir las infecciones asociadas a la atención de salud” (2018, p.2). Esta norma técnica regula la higiene de manos, el uso de barreras de alta eficiencia, la delimitación de áreas clínicas (véase por ejemplo el área limpia y el área sucia) y el uso de antisépticos y desinfectantes.

Vinculado con lo anterior, se el hospital protocoliza la Norma N° 3 sobre Precauciones Estándar y Adicionales en materia de control de infecciones asociadas a la atención de salud, cuyo objetivo es: “Prevenir la transmisión de infecciones entre paciente, y entre personal de salud y pacientes, de modo de otorgar una atención de salud segura” (2018, p. 2). En tal protocolo se especifican normas de prevención en materia de asepsia (véase el uso de pecheras, las prácticas de inyección seguras y la prevención de exposición de sangre y fluidos, transporte de muestras, uso de pipetas, entre otras) y precauciones adicionales (véase por ejemplo precaución de la vía respiratoria, precaución de gotitas y precaución de contacto).

c.- Protocolo de Prevención de Caídas de Pacientes 6a edición: Este protocolo es de mayo 2019 y tiene vigencia hasta mayo del 2024, está destinado a todos los servicios clínicos, unidades de apoyo terapéutico y diagnóstico del hospital. El objetivo del protocolo es: “Prevenir caídas de pacientes en el Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, a través de un método estandarizado institucionalmente para implementar acciones de prevención con enfoque hacia la seguridad del riesgo” (2019a, p. 3). En el protocolo menciona que durante el ingreso de un paciente a una unidad deberá evaluar el riesgo de caídas del mismo, además de indicarse medidas de prevención de acuerdo al riesgo de caídas evaluado.

Ilustración N° 2: Flujoograma del Protocolo de Prevención de Caídas de Pacientes



(Fuente: Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, 2019a, p. 8)

d.- Protocolo de Prevención de Úlceras por Presión 6ta edición: Este protocolo es de mayo 2019 y tiene vigencia hasta mayo del 2024, está dirigido a los servicios clínicos y unidades de apoyo del establecimiento. Su objetivo es : “Establecer criterios institucionales para implementar acciones de prevención de Úlceras por Presión, con enfoque hacia la seguridad del paciente y disminución del riesgo” (2019b, p.3) El protocolo señala una evaluación de riesgo de úlceras por presión y medidas preventivas en consideración a lo evaluado en el mismo.

e.- Protocolo de Manejo de Ficha Clínica 8ta edición: Este protocolo es de julio del año 2022 y tiene vigencia hasta julio de 2027. El objetivo de protocolo es: “Establecer el procedimiento de registro y manejo de la Ficha Clínica, única e individual por paciente, custodiando y conservando su información para los diversos profesionales que intervengan en su atención, accedan a la integridad de los antecedentes cumpliendo normas legales que protegen la identidad y la información clínica” (2022b, p3). El protocolo indica que la ficha clínica es única e individual, el tipo de soporte (soporte en formato electrónico y de papel), la apertura y creación, el procedimiento de acceso y resguardo , la información que debe registrar, entre otros. El acceso a las fichas clínicas está en lo señalado en la ley 20.584.

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

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

La unidad cuenta con médicos psiquiatras, enfermeras/os, psicóloga/o, TENS, terapeuta ocupacionales, trabajador/a social, auxiliares de aseo, kinesióloga/o, nutricionista y gendarmes (véase Tabla N° 4).

Tabla N° 4: Número de funcionarias/os de la unidad y jornada

Cargo	N°	Jornada	Sistema turno
Médicos psiquiatras	3	diurna	
Médicos generales	0		
Psicólogas/os	1	diurna	
TENS	20	Turno	4° turno
Enfermeras/os	5	1 diurnos	4 con 4° turno
Kinesiólogas/os	1	diurna	
Trabajadoras/es sociales	1	diurna	
Terapeutas ocupacionales	1	diurna	
Fonoaudióloga/o	0		
Nutricionistas	1	diurna	

Manipulador/a de alimentos	Sistema anexo		
Auxiliares de aseo	2	diurna	

Se menciona por parte de los residentes la necesidad de tener mayor atención, tanto de la/el médico psiquiatra¹⁷ como la/el psicóloga/o, siendo en este sentido relevante contar con mayor dotación de los mencionados profesionales para los residentes. En el mismo sentido, se observa de la información entregada que no hay médicos generales en la unidad, no hay talleristas, hay solo 1 psicóloga/o y hay solo 1 terapeuta ocupacional. Sin perjuicio de lo anterior se observa que el personal de trato directo es adecuado para el número de pacientes, estando disponibles para los requerimientos espontáneos de residentes.

4.3. Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos

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

La unidad mantiene un stock adecuado de medicamentos tanto para salud general y mental estando debidamente resguardados. El lugar cuenta con espacios para procedimientos, área limpia y área sucia, hay un desfibrilador, camilla, gabinete con insumos médicos, entre otros. Se observa que el área clínica está en buen estado de conservación y que se encuentra limpia.

Fotografías N° 14 y 15: Área clínica y camilla de área clínica



¹⁷ Esto ya fue mencionado en la subdimensión anterior.

Fotografías N° 16 y 17: Desfibrilador y zona de área limpia y área sucia



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

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

De acuerdo a lo ya señalado anteriormente¹⁸, al momento del ingreso se hace una evaluación del estado de salud en la urgencia del hospital. Además, como ya fue mencionado en la subdimensión acceso a prestaciones y tratamientos de salud los residentes ante requerimientos de salud lo solicitan a las/os TENS y enfermeras, para después ser vistos por los médicos de la unidad, en el cual hay existen opiniones negativas por la demora de los mismo. De acuerdo a la información obtenida de uno de los residentes no hay promoción en materia de salud,

Evaluación de la Dimensión: Parcial

Se evalúa la dimensión de salud como bueno. En materia de acceso a prestaciones de salud se estima necesario perfeccionar la oportunidad de entrega de atención en salud física. En el mismo sentido, se

¹⁸ Véase dimensión régimen y actividades, subdimensión ingreso, clasificación y segmentación de las personas

evalúa como punto deficiente la falta de presencia constante de el/la médico psiquiatra en la unidad, sin perjuicio que los residentes valoran la atención en materia de salud mental a pesar de indicar que perciben que esta es poca. Se valora de forma positiva que existan registros de salud que cumplen con los criterios de confidencialidad, resguardo y conservación de los mismos, además de la existencia de planes de integrales de cuidados de los residentes que están protocolizados, pero se requiere mejorar que estos sean esquematizados y que no existen en algunos registros los planes de rehabilitación. En el mismo sentido se valora la existencia de protocolos de cuidados y la existencia de regulaciones técnicas; sin embargo se ve como deficiente que el protocolo de Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos y Centinelas está enfocado de forma general, ya que es para todas las prestaciones hospitalarias y no existen especificidades para el servicio de psiquiatría. Otro punto es revisar aquellos protocolos que han superado su fecha de vigencia.

En materia de dotación de personal de acuerdo a la percepción de los residentes se hace necesario mayor dotación de esta tanto de médicos psiquiatras - ya señalado en el párrafo anterior. y de psicólogas/os, terapeutas ocupacionales entre otros. Asimismo se observa la falta de médicos generales para la atención en salud. Se evalúa de forma positiva las condiciones materiales de la unidad clínica tales como stock de medicamentos, el espacio para los procedimientos, la limpieza del mismo entre otros. En materia de promoción de salud a nivel general.

5.- Medidas de protección

En el artículo 12 N°4 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. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas”.*

En la misma línea, en la mencionada 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) Las personas tienen acceso a la información contenida en sus fichas médicas; (4) Las personas están informadas sobre el propósito de los medicamentos que se ofrecen y sus potenciales efectos secundarios.

En gran parte de las entrevistas a los residentes indican saber los medicamentos que le son suministrados, sin embargo, al preguntarles sobre el acceso a las fichas médicas aparecen diversas opiniones tales como desconocer que hay fichas médicas en la unidad o que no pueden acceder a las mismas. En cambio, en una de las entrevistas a las/os funcionarias/os se recoge que se entrega

información respecto del diagnóstico y que parte de las labores del psiquiatra consiste en realizar psicoeducación.

En materia de acceso a la información del recinto la mayoría de las entrevistas, tanto personal como residentes, mencionan que les han explicado la reglas del establecimiento a los residentes, en esto se menciona los horarios para realizar llamados telefónicos, para ver televisión o normas de conducta como el buen comportamiento o ser respetuosos. Llama la atención que al momento de indagar sobre si existe información respecto de los derechos de los residentes gran parte de los mismos indica que no se les han explicado sus derechos. En el mismo sentido, no se observaron afiches en las murallas o folletos explicativos de los derechos de los residentes.

5.2. Mecanismos de solicitudes y de quejas

Estándares evaluados: (1) Las personas están informadas y tienen acceso a procedimientos para presentar 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.

De acuerdo a lo recopilado existe escaso y confuso conocimiento sobre los procedimientos o acciones a realizar ante casos de vulneración de derechos, así los residentes indican que ante quejas tienen que hablar con sus abogados, que pueden hablar con sus familias, con la municipalidad, jueces o conversar con la/el enfermera/o . Sin embargo, en una de las entrevistas del personal, se indica que los residentes pueden realizar reclamos ante la/el enfermera/o y que dependiendo del caso se levanta como evento crítico pasando a la enfermera supervisora. Asimismo, en la misma entrevista se menciona que la/el psiquiatra también puede recibir reclamos.

Sin perjuicio que eventualmente la gestión de los reclamos pueda ser tratada bajo el protocolo de eventos adversos o centinelas, no hay, de acuerdo a la información proporcionada por la unidad, protocolo específico ante reclamos y quejas. En el mismo sentido, no se observan buzones u otro tipo de mecanismos para que las personas puedan poner sus quejas o reclamos de forma anónima, tampoco se tomó conocimiento de reuniones o asambleas de residentes.

5.3. Acceso a la justicia

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

De acuerdo a lo informado respecto de los años 2022 y 2023 no se han realizado sumarios administrativos e investigaciones sumarias por hechos de malos tratos hacia los residentes por parte de las/os funcionarias/os. En el mismo sentido, en los últimos dos años (2022 y 2023) no hay denuncias penales por eventuales hechos de malos tratos cometidos por parte de las/os funcionarias/os hacia los

residentes. Vale destacar que de la información aportada por la unidad no se observan, para las/os funcionarias/os, la existencia de protocolos, circulares o documentos respecto de la interposición de denuncias penales ante hechos que puedan ser constitutivos de delitos por malos tratos, sin perjuicio que en una de las entrevistas se indica su existencia. En materia de eventos críticos para el año 2022 la unidad reporta como evento crítico la existencia de 2 fugas y 2 situaciones en las cuales se encontró a un residente en posesión de sustancias ilícitas.

En materia de acceso a abogados en gran parte de las entrevistas se señala que vienen las/os abogadas/os defensores en promedio una vez al mes (en casos de personas con internación provisional). Se indica que las reuniones se realizan en los box de atención, asimismo que las coordinaciones entre las/os defensoras/es y los residentes lo realiza el/la trabajador/a social.

En materia de la realización de la evaluación forense, para la determinación de la inimputabilidad, de acuerdo a las entrevistas a residentes (bajo internación provisional) desconocen las fechas que se realizará. Se indica que uno de los problemas existentes es que en el Servicio Médico Legal del Biobío ha tenido escasez de psiquiatras forenses, se menciona que el SML estuvo mucho tiempo sin psiquiatra forense. Se menciona, en una de las entrevistas, que existen pocos incentivos para que las/o psiquiatras quieran trabajar en el Servicio Médico Legal ya sea por asuntos monetarios y/o la complejidad que implica tener que vincularse con el sistema de justicia penal. Existe la percepción que falta tener una línea de comunicación más fluida con el Servicio Médico Legal. Además, se menciona que la mayor parte de los informes periciales son realizados por la UEPI Temuco en la cual hay listas de espera de 13 personas.

Sobre los estándares 4 y 5 no obtuvimos información.

5.4. Egreso

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

Se indica que cuando las personas (bajo medidas de seguridad) están próximas al egreso se intenta realizar una revinculación familiar a cargo por parte de el/la trabajador/a social. Además, esta/e profesional se encarga de verificar y gestionar la regularización de asuntos administrativos, civiles y sociales tales como la pensiones que correspondan, la vinculación con la red de salud, la obtención del carnet de identidad, entre otros. En el mismo sentido, se señala que se llevan a cabo actividades de psicoeducación. En esto, en una de las entrevistas, se comenta que cuando las personas llevan la mitad del tiempo probable de la pena, se realizan solicitudes de cambio de las medidas de seguridad. Asimismo, en otras entrevistas, informan que se intenta que el cumplimiento de las medidas de seguridad no sean tan largas y que tienen que reiterarse entre 4 a 5 veces.

Un punto que aparece en las entrevistas es que existen pocos sistemas de apoyo post egreso de los residentes para obtener empleo, también aparece la crítica que no hay hogares forenses para que personas que estén compensadas, pudieran tener entornos de mayor contacto e integración social. Es

importante hacer notar que, en una de las entrevistas a un residente, señala percibir que no ha tenido orientación para su egreso.

5.5. Supervisión independiente y 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.

De la información obtenida se menciona que reciben visitas en la unidad de: (a) Tribunal de Garantía, que concurre dos veces al mes; (b) La COREPREM; (c) El servicio de salud de la región con el objetivo de realizar auditoría; y, (d) La SEREMI de Salud. Se señala que el Ministerio Público no ha concurrido últimamente. Respecto de medidas de prevención de malos tratos aparece como un primer punto la existencia de cámaras de seguridad que se encuentran en casi todos los espacios de la unidad, tales como dormitorios, pasillos, lugares comunes y los baños.

Fotografía N° 18: Cámara en dormitorio de residentes



Otro de las medidas de prevención de malos tratos, destacadas en las entrevistas, hace referencia a los libros de novedades o el libro de turno. En el mismo sentido, se identifica la existencia de reuniones clínicas del equipo profesional, además de la existencia de protocolos.

Dentro de los protocolos que se pueden mencionar en materia de prevención de los malos tratos están:

- a.- Protocolo de Prevención de Evento Adverso: Lesión de Paciente Hospitalizado en Servicio de Psiquiatría, 1a edición: El protocolo está destinado a todo el servicio clínico de servicio de psiquiatría del hospital, su fecha es de junio de 2016 y su vigencia se indica hasta junio de 2021. El objetivo del protocolo es: “Difundir e implementar un procedimiento clínico que permita

prevenir lesiones en paciente psiquiátrico, entregando una atención segura y de calidad” (2016b, p.3)

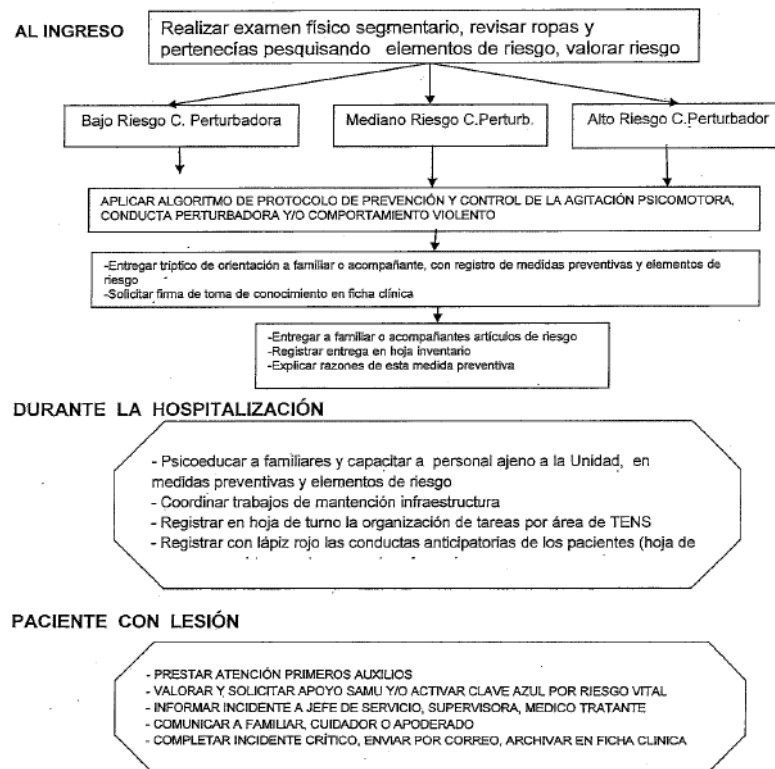
Se establece que durante el ingreso del paciente a la unidad se debe realizar una valoración del riesgo de conducta perturbadora y/o agitación psicomotora y que dicha valoración será de forma diaria respecto de los residentes de alto o mediano riesgo de agitación y en el caso de pacientes de bajo riesgo si hay conductas anticipatorias. Asimismo, se deberá realizar medidas preventivas durante el ingreso las cuales se destaca la realización de examen físico segmentario y el registro del mismo, revisión de pertenencias que puedan ser riesgosas, entre otras.

Durante el periodo de hospitalización del paciente se establecen medidas preventivas, sin ser exhaustivo, se pueden mencionar: (i) Psicoeducación a familiares en medidas preventivas y artículos de riesgo; (ii) Capacitar al personal de mantención o que no es de la unidad sobre medidas preventivas y artículos de riesgo; (iii) Coordinación de trabajo de mantención en el cual se evite la deambulacion de los residentes y que puedan tener acceso a herramientas; (iv) Registro de las funciones del turno tales como encargados de camaras, de asistencia entre otros; (v) Que un TENS quede bajo las funciones de observación de cámaras y observación presencial durante las visitas e informar a la enfermera/o ante cualquier situación de riesgo; (vi) El personal de rehabilitación deberá tomar conocimiento de la evolución de los residentes para establecer en conjunto con la enfermera/o a los residentes a talleres que tengan objetos de riesgo; (vii) Que el personal de rehabilitación elabora un inventario de los artículos de riesgo que se ocuparan en los talleres y verificar que estén al final del taller; y, (viii) El personal de seguridad deberá controlar en el ingreso objetos de riesgo, el correcto uso de los lockers para la custodia de objetos personales de las visitas.

En el caso de lesiones de los residentes se establecen una serie de medidas por parte del personal. Algunas de estas medidas que deberá realizar la/el enfermera/o son: (i) Prestar atención de primeros auxilios y evaluar si se requiere apoyo del SAMU para traslado a la unidad de emergencia o activar el código azul por riesgo vital; (ii) Informar el incidente de manera verbal al jefe de servicio, médico tratante y encargado de unidad si están en prestando servicios o en su defecto al médico interconsultor de urgencia; (iii) Informar como incidente crítico, de forma escrita el día siguiente hábil al jefe de servicio, médico tratante encargado de la unidad y enfermera supervisora; (iv) Comunicar a la familia, cuidador o apoderado; (v) Realizar registro la copia del incidente crítico en la ficha clínica.

Un punto que llama la atención es el hecho que no se establece de manera explícita la hipótesis que las lesiones puedan ser provocadas por parte de los funcionarios y que en base a dicha situación se haga necesario realizar una denuncia penal, como también la instrucción de un sumario administrativo.

Ilustración N° 3: Flujograma de Protocolo de Prevención de Evento Adverso: Lesión de Paciente Hospitalizado



(Fuente: Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, 2016b, p. 10)

b.- Sistema de Alerta y Organización de la Atención en Situaciones de Emergencia con Riesgo Vital en Hospital Guillermo Grant Benavente, 3a edición: El protocolo es de fecha octubre del año 2015 y se establece su vigencia a octubre del año 2020. El objetivo del protocolo es: “Proporcionar atención segura, oportuna y eficiente pacientes hospitalizados y personas que circulan (familiares, persona, etc.) en situaciones de riesgo vital” (2015, p. 3)¹⁹. En este ante una emergencia de riesgo vital se establece una serie de medidas tal como se pueden observar en la ilustración N° 4.

¹⁹ Vale tener presente que el Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente existe otro protocolo titulado Sistema Alerta y Organización de la Atención de Situaciones de Emergencia con Riesgo Vital. Clave Azul. en el cual su objetivo es: “Proporcionar una atención segura, oportuna y eficiente a usuarios ambulatorios del establecimiento (pacientes ambulatorios, visitas de pacientes, funcionarios y pacientes que circulan por el hospital) en situaciones de emergencia con riesgo vital, de forma coordinada y con estándares de calidad basados en la evidencia” (2022c, p.3). En este punto se observa que este último protocolo es para personas que no están hospitalizadas.

Ilustración N° 4: Acciones a realizar ante emergencia de riesgo vital

DESARROLLO

Ocurrido el evento:

1. Comienza la evaluación y atención inicial de la emergencia (con medidas básicas de atención tales como evaluar su condición respiratoria, circulatoria y de conciencia, no movilizar, mantener la calma y procurar un espacio libre para la atención, o RCP básica en caso de haber recibido capacitación) por el funcionario responsable que visualiza al paciente en riesgo vital.
2. Este funcionario da aviso de la **CLAVE AZUL** al colaborador más cercano, sin abandonar al paciente.
3. El colaborador se comunica al número **412800 (*)** (guardia de turno 24 hrs, Hall Monoblock) o a través del sistema de radio operado por guardias, indicando:
 - a. Que existe una Clave azul
 - b. El tipo de paciente (adulto o Pediátrico).
 - c. Y lugar del suceso.
4. El Guardia de turno que recibe la llamada, da aviso al equipo de reanimación avanzado responsable (Anexo N°1) por vía telefónica y/o a través de sistema de radio, con el guardia más cercano al equipo de reanimación,
5. Mientras llega equipo de reanimación avanzado, la persona que atiende directamente al usuario, debe:
 - a. Mantener calma.
 - b. Llamar a guardias con el objeto de proteger el área, despejar vías de traslado.
 - c. Continuar con maniobras de reanimación, hasta que llegue el equipo de reanimación avanzada.
6. El equipo de reanimación definido en este documento (Anexo N° 1) asume el control y manejo del paciente, definiendo además la situación final.
7. Si se decide traslado a la Unidad de Emergencia, éste se hace con el equipo de reanimación avanzado.
8. La entrega del paciente, debe ser directamente a enfermero/a o médico de turno de la Unidad de Emergencia, informando verbalmente de lo acontecido y solicitando además, la identificación del profesional que recibe y entrega al paciente.
9. Si se decide traslado a una Unidad de Paciente Crítico (UPC) del Hospital y hubiera cupo disponible, el equipo de reanimación entregará el paciente directamente al médico de turno de dicha Unidad.
10. Toda la acción debe ser registrada por el equipo de reanimación avanzada que participó del evento y luego informar al Jefe de Servicio y Oficina de Calidad (Anexo N° 2).

(*): Para el caso de Servicio de Psiquiatría, se llamara directamente a SAMU (410414)

(Fuente: Hospital Guillermo Grant Benavente, 2015, p. 6-7)

c.- Protocolo de Criterios de Ingreso, Egreso o Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio 4ta edición: El protocolo es de fecha de diciembre de 2021 y tiene vigencia hasta diciembre de 2026. El objetivo del protocolo es: “Estandarizar criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción” (2021a,p. 3). El protocolo tiene aplicación en base a todo paciente del hospital que se logre identificar ideación suicida, conducta suicida e intento suicida para efectos de ser visto por un médico psiquiatra de la urgencia lo más rápido posible. El protocolo regula la evaluación de la suicidalidad y de intento de suicidio, criterios de ingreso al servicio de psiquiatría y los criterios para dar el alta.

Se hace relevante mencionar que ninguno de los protocolos referidos hacen consideraran al Protocolo Intersectorial de Alerta Temprana ante Muertes Bajo Control, Custodia o Cuidado del Estado y por

tanto no se establecen los lineamientos tales como la realización de denuncia por muerte bajo custodia o cuidado.

Los estándares 4, 5 y 6 no pudieron ser evaluados en la visita.

Evaluación de la Dimensión: Insuficiente

Se evalúa la dimensión de medidas de prevención como insuficientes. En materia de acceso a la información de salud esta se pondera como punto positivo que gran parte de los residentes tienen conocimiento de los medicamentos que están tomando, pero de forma negativa se evalúa que no pueden acceder a sus dichas clínicas o que tienen desconocimiento de las mismas. Por su parte, respecto de la información de las reglas del recinto, se considera que las personas están enteradas de las mismas pero los residentes mencionan no conocer los derechos que tienen. Además, no se observa la presencia de afiches, folletos explicativos de los derechos. Vinculado con lo anterior, al indagarse sobre los mecanismos de solicitudes y quejas se logra allegar que existe escaso y confuso conocimiento de los procedimientos de acciones ante casos de vulneración de derechos. Durante la visita no se observan mecanismos para que las personas puedan poner reclamos o quejas de carácter anónimo.

En materia de acceso a la justicia se menciona por un entrevistado que hay un documento o protocolo que hace referencia a la interposición de denuncias penales ante hechos que puedan ser constitutivos de malos tratos, pero no se obtuvo tal documentación, por tanto para este comité se valora como un elemento altamente negativo la falta del mismo. Si bien la unidad no está diseñada para albergar a personas bajo internación provisional, en la práctica aquello ocurre, dando cuenta de problemas del funcionamiento de las evaluaciones forenses - determinación de inimputabilidad- tales como la escasez de psiquiatras forenses, o la ausencia de estos por largos periodos, en el Servicio Médico Legal del Biobío, además que la realización de estos se llevan a cabo en la UEPI de Temuco.

Sobre las acciones llevadas a cabo respecto del egreso se valora que estén establecidas medidas de revinculación y de regularización de asuntos administrativos, civiles o sociales de los residentes próximos al egreso; sin embargo, se encontró que uno de los residentes entrevistados menciona no percibir tales orientaciones. También aparece como un punto negativo, que si bien no responde a la gestión misma de la unidad, es la falta de hogares forenses que sean parte del soporte para generar una mayor vinculación social de los residentes que se encuentran estabilizados.

En materia de medidas de prevención se valora positivamente la existencia de cámaras de seguridad en la unidad, la existencia de libros de cambio de turno o de novedades, además de la existencia de protocolos. Sin embargo, se estima que el Protocolo de Prevención de Evento Adverso: Lesión de Paciente Hospitalizado en Servicio de Psiquiatría no trata de manera explícita la hipótesis que las lesiones puedan ser provocadas por parte de los funcionarios y que en base a dicha situación sea necesario realizar denuncias penales, lo cual se suma a la falta de protocolo específico en materia de denuncias penales - véase lo señalado en los párrafos precedentes de esta evaluación-. En el mismo sentido se observa que en los diferentes instrumentos aportados por el servicio no existen referencias al Protocolo Intersectorial de Alerta Temprana ante Muertes Bajo Control, Custodia o Cuidado del Estado.

6.- Trato

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

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

Estándares evaluados: (1) Las personas no son sometidas a contención; (2) Se han implementado alternativas a la contención en el establecimiento, y el personal está capacitado en técnicas de “atenuar el escalamiento”, para intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a las personas o a las/os trabajadoras; (3) Se realiza una evaluación de “atenuación del escalamiento” consultando a las personas, con el objetivo de identificar los gatillantes y factores que ella considera que logran aminorar sus situaciones de crisis y para determinar sus métodos preferidos de intervención en crisis; (4) Los métodos preferidos de intervención identificados por la persona están disponibles para ser utilizados en una crisis y se integran al plan individual de “recuperación”; (5) Se registra cualquier caso de contención (incluyendo tipo, duración, entre otros) y se informa al director del establecimiento, así como a un organismo externo pertinente; (6) No se lleva a cabo psicocirugía ni otros tratamientos irreversibles sin el consentimiento libre e informado del usuario y la aprobación de una comisión independiente; (7) No se llevan a cabo abortos ni esterilizaciones en los usuarios sin su consentimiento; (8) Las investigaciones científicas se llevan a cabo sólo con el consentimiento libre e informado de las personas; (9) Cualquier experimentación médica o científica es aprobada por un comité de ética independiente.

Para efectos de la exposición clara de esta subdimensión se dividirá en tres partes. Primero referente a los contenciones, segundo mecanismos de control y finalmente la realización de psicocirugía, investigaciones científicas, terapia electroconvulsiva, entre otras.

6.1.1 Contenciones

Es importante iniciar esta subdimensión refiriendo que el servicio de psiquiatría del Hospital Guillermo Gran Benavente cuenta con un Protocolo de Manejo de la Agitación Psicomotora y Conductas Perturbadoras, para Prevenir Eventos Adversos Asociados (4a edición). El mencionado protocolo es de julio del año 2021 y tiene vigencia hasta julio del año 2026. El objetivo general del protocolo es: “Gestionar de manera interdisciplinaria la prevención, el control y manejo de la agitación psicomotora y/o conducta perturbadora, en usuarios hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría, para prevenir y evitar eventos adversos asociados” (2021b, p. 4). El protocolo indica las diferentes responsabilidades que tienen las/os funcionarios en la aplicación del mismo²⁰, establece una serie de definiciones relevantes²¹, el alcance o campos de aplicación, la documentación de referencia, el desarrollo del procedimiento de contención, los documentos a completar y sus anexos.

²⁰ Véase por ejemplo las responsabilidades de la dirección del establecimiento, de los jefes de servicio, encargado de calidad, del médico tratante de el/la enfermero/a supervisor/a, de la/el enfermera/o clínico, del comité de calidad y seguridad de cada unidad.

²¹ Véase por ejemplo, sin taxativo, las definiciones de medidas preventivas, agitaciones psicomotoras tipos I, II y III, contención emocional, contención ambiental, contención farmacológica, contención mecánica o física, entre otras.

Ilustración N° 5: Objetivos específicos del Protocolo de Manejo de la Agitación Psicomotora y Conductas Perturbadoras, para Prevenir Eventos Adversos Asociados

1.2. Objetivos Específicos
<ul style="list-style-type: none">• Garantizar y preservar el respeto por los derechos de las personas.• Valorar el riesgo de agitación, conducta perturbadora y/o violenta del usuario/a hospitalizado en Servicio de Psiquiatría.• Establecer medidas preventivas de acuerdo a la valoración de la agitación, la conducta perturbadora y/o violenta del usuario/a hospitalizado en el Servicio de Psiquiatría.• Aplicar la normativa de contención según reglamento institucional, basado en el Reglamento N° 570 en forma oportuna, con el fin de prevenir y actuar en forma oportuna sobre la auto y hetero agresividad de la persona en crisis.• Garantizar los cuidados de Enfermería y la satisfacción de las necesidades básicas del paciente, contenido farmacológica y/o físicamente.• Evitar eventos adversos, aplicando medidas de seguridad y/o protección al usuario, asegurando un entorno terapéutico acorde a las necesidades del usuario/a en crisis.

(Fuente: Hospital Guillermo Grant Benavente, 2021b, p.4)

Se hace relevante poder especificar el desarrollo del procedimiento de contención, en esto se destacan como principales puntos:

a.- Valoración del riesgo: Al igual que lo establecido en el Protocolo de Prevención de Evento Adverso: Lesión de Paciente Hospitalizado, se deberá realizar una pauta de valoración del riesgo de agitación psicomotora, conducta perturbadora y/o comportamiento violento, al momento del ingreso del residente y en el caso que de dicha pauta aparezca que tiene riesgo alto o medio deberá evaluarse de forma diaria. En el caso de evaluación de bajo riesgo, bajo solo se volverá a realizar ante conductas anticipatorias²². Asimismo si en la evaluación de ingreso del residente aparecen antecedentes previos de agitación, actos perturbadores o conductas violentas se deberá consignar en la ficha clínica dando cuenta de la conducta anticipatoria para la alerta del equipo.

b.- Fases de la contención: En el protocolo se establecen cuatro fases de contención. La primera fase es la contención emocional. La segunda fase es la contención emocional más la contención ambiental. La tercera fase es la contención emocional más la contención ambiental y, además la contención farmacológica. La cuarta fase comprende la contención emocional, la contención ambiental, la contención farmacológica y finalmente la contención física o mecánica.

Se indica que la aplicación de cada fase la contención es recomendable que sea bajo una cierta secuencia, ello para resguardar los derechos de las personas y lograr de mantener la confianza.

²² En las definiciones del protocolo se define sign anticipatorio como: “ Señales de riesgo del usuario que permiten sospechar una eventual crisis como actitud amenazante, confrontacional o reticente, miedo , ansiedad, pánico etapa postictal, cambios en la psicomotricidad (retramiento, inquietud), lenguaje soez, conductas alucinatorias, inestabilidad emocional y cualquier modificación de conductas habituales que llamen la atención del equipo clínico” (2021b, p. 8)

c.- Consideración o orientaciones para la contención: El protocolo menciona una serie de lineamientos o consideraciones de aplicación en los cuales se destaca que : (i) Se hace necesario realizar diferentes tipos de contención, utilizando a recursos ambientales para generar tranquilidad y propiciar el diálogo; (ii) La importancia de poder percibir signos anticipatorios siendo relevante tener a un observador entrenado; (iii) Que en el caso de agitación violenta resulta significativo contar con personal de enfermería entrenado.²³

d.- Medidas previas relevantes: El protocolo establece una serie de medidas respecto de los residentes preventivas para efectos de evitar situaciones de agitación. En estas medidas se destaca: (i) Aplicación de procedimientos de acogida; (ii) Mantener espacios de carácter terapéuticos como tener espacios amplios, iluminados, música ambiental, bajas aglomeraciones de residentes, entre otros; (iii) La existencia de vínculos terapéuticos con los residentes que generan escucha activa y empatía; (iv) Segmentar los dormitorios de los residentes en consideración a sus perfiles y afinidad; (v) Privacidad y confidencialidad; (vi) Que los pacientes tenga compañía de personas significativas; (vii) aplicar procedimientos de acogida; (viii) Entrar cartillas de obligaciones y derechos de los pacientes; y, (ix) Autorizar el uso de patios para fortalecer el esparcimiento.

e.- Indicaciones para la aplicación de la contención farmacológica: Se señala que se suministrará medicamentos orales para el control de la ansiedad o de las conductas anticipatorias antes de que se produzca la agitación psicomotora. En el evento que se manifiesta la agitación psicomotora se aplicará la medicación vía intramuscular.

f.- Indicaciones respecto de la contención física: El protocolo establece una serie de puntos respecto de la contención física las cuales pueden sintetizarse en:

(i) Implementos utilizados en la contención y lugar de contención: Se señala que pueden utilizarse sábanas de 2 metros de largo y 1,5 metros de ancho. La aplicación de las sábanas tienen que estar enrolladas en forma espiral las que se ponen en las muñecas, tórax, tobillos y piernas. Al momento de aplicar la contención se debe procurar que exista un espacio libre de dos dedos. Cuando se aplican contenciones por medio de sábanas se establece que no será necesario el uso de apósitos protectores. El protocolo considera que también se podrá utilizar un sistema de correas magnéticas- se señala que son acolchadas - que van directamente al paciente.

Se menciona que la contención será llevada a cabo en una cama empotrada y que el lugar preferentemente será en una sala de aislamiento. El protocolo señala que en caso de no poder aplicarse la contención en la sala de aislamiento, será en la cama del paciente siempre que se asegure privacidad y la cama esté empotrada

²³ Se hace referencia también a lineamientos en caso de necesidad de contención se inicien fuera del servicio.

Fotografía N° 19 y 20 : Correas magnéticas para la aplicación de la contención



(ii) De acuerdo el protocolo la “contención física como el aislamiento se aplicaran según protocolo, de acuerdo al Reglamento N° 570, siendo responsabilidad médica su indicación la que debe consignarse en la ficha clínica al ingreso y/o cuando lo requiera el paciente, y su aplicación será delegada a enfermera/ de turno y su equipo, de acuerdo al recurso médico disponible” (2021b, p. 17).

(iii) En el protocolo se mencionan las formas de llevar a cabo la reducción del paciente y la manera en que debe realizarse el traslado. En esto el protocolo indica que se deben extremar las precauciones en caso de lesiones traumáticas, alteraciones de la coagulación, infecciones respiratorias agudas, estados nauseosos y/o reflujos.

(iv) Es la/el enfermera/o quien dirige el procedimiento de contención y quien administra la medicación SOS, además de las labores de coordinaciones necesarias. El protocolo menciona que para la aplicación del procedimiento se deberá considerar el número de personas que participan, sus habilidades, el tipo de crisis y la contención necesaria, los recursos humanos y físicos disponibles, entre otros.

Se indica que: “En caso de no contar con lo elementos de contención física adosados al catre, donde se aplicará el procedimiento, dos Técnicos Paramédicos, deben preparar e instalar sábanas enrolladas en movimiento de espiral, en la parte superior de este” (2021b, p. 19)

(v) El protocolo establece una serie de medidas preventivas para evitar eventos adversos. En esto se señalan tanto medidas generales y medidas específicas.

Ilustración N° 6: Medidas preventivas generales

Medidas Generales:

- Aplicar con Indicación Médica, en lo posible, con la presencia del médico tratante.
- Registrar evaluación médica a las 2 horas de aplicada la contención física, cuando el médico esté disponible.
- En caso de que el usuario presente agitación psicomotora severa y no responda a la 4° fase de la contención en un periodo de tiempo establecido informar a médico residente o en su efecto a tratante o jefe de servicio siempre y cuando la situación lo amerite

(Fuente: Hospital Guillermo Grant Benavente, 2021b, p.19)

Ilustración N° 7: Medidas preventivas específicas

Medidas Específicas:

- Detectar precozmente complicaciones como erosiones, lesiones traumáticas, bronco aspiraciones, asfixias, lesiones isquémicas o en plexos nerviosos y caídas.
- Observación continua por cámaras y presencial, controlar signos vitales, asistir en necesidades básicas, valorar respuesta a fármaco SOS, cada 15 a 30 minutos.
- Registrar en Pauta de Valoración, cada 15 a 30 minutos (Anexo N° 4).
- Determinar el retiro de los elementos de sujeción, de acuerdo a valoración realizada por el equipo de salud, frente a la autorregulación del paciente, acuerdo terapéutico, respuesta a SOS farmacológico y ciclo de sueño.
- Aplicar en forma privada, con el mínimo de elementos mecánicos y sólo en las partes del cuerpo que aparezcan como amenazantes (parcial), por el menor tiempo posible (transitoria), acompañado de SOS farmacológico.
- Mantener la relación terapéutica: explicar objetivos del procedimiento, enfatizar que es transitorio, instar a la autorregulación, actitud empática, mantener la contención emocional y ambiental.
- Aplicar con elementos adecuados, actualizados y conocidos de antemano en su uso por el equipo y los usuarios.

(Fuente: Hospital Guillermo Grant Benavente, 2021b, p.19-20)

g- Indicadores y formularios: El protocolo establece un indicador para el cumplimiento del mismo, formulario de valoración de riesgo de conductas perturbadoras y/o agitación psicomotora, formulario de valoración de enfermería, pauta de cotejo de prevención de eventos adversos asociados a la contención física, entre otros.

Ilustración N° 8: Pauta de valoración de enfermería

PAUTA VALORACIÓN RIESGO CONDUCTAS PERTURBADORAS Y/O AGITACIÓN PSICOMOTORA

1.- Presenta franca agitación psicomotora, conducta perturbadora y/o violenta	SI	NO
2.- ¿A veces nota que podría perder su autocontrol?	SI	NO
3.- Presentó agitación psicomotora, conductas perturbadoras y/o violentas, durante las últimas 24 hrs.	SI	NO
4.- Antecedentes de agitación psicomotora, conductas perturbadoras y/o violentas en Ficha Clínica, interconsulta, documentos anexos, aportado por personal SAMU, acompañante o familiares.	SI	NO
Cada respuesta SI equivale a 1 punto; respuesta NO equivale a 0 puntos. 0 a 1 , bajo riesgo - BRA 2 pts. mediano riesgo - MRA 3 a 4, alto riesgo, - ARA Preguntas 1 y 4 por sí solas, si es SI, es de Alto Riesgo -ARA		PUNTAJE:

MEDIDAS PREVENTIVAS / VALORACIÓN DEL RIESGO
MEDIDAS PREVENTIVAS, DE ACUERDO A VALORACIÓN DEL RIESGO

CLASIFICACION RIESGO	PUNTAJE	MEDIDA REALIZADA	MEDIDAS
BAJO RIESGO -BRA	0 a 1 pto.	1-2	1. Visitas de enfermería. 2. Observación y registro. conductas anticipatorias
MEDIANO RIESGO -MRA	2 pto.	1-2-3	3. Aplicar fases de contención secuenciales
ALTO RIESGO -ARA	3 a 4 pto. 1 y 4, respuesta SI, por sí solo.	1-2-3-4	4. Reevaluación médica de paciente contenido

ENFERMERO/A _____ FIRMA _____

(Fuente: Hospital Guillermo Grant Benavente, 2021b, p.30)

Ilustración N° 9: Pauta de cotejo prevención de eventos adversos, asociados a la contención física

**PAUTA DE COTEJO
PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS, ASOCIADOS A LA CONTENCIÓN FÍSICA**

FECHA: _____ SERVICIO: _____ UNIDAD: _____
 NOMBRE DEL OBSERVADOR: _____
 USUARIO: _____
 FICHA CLÍNICA: _____ CAMA: _____

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	SI	NO	N/A
1. Registro en pauta de observación continua, mediante cámaras y/o presencial, cada 15 a 30 minutos.			
2. Registro de la Función Psicomotriz y Relación Terapéutica.			
3. Registro que el procedimiento se realizó sin complicaciones.			
4. Registro de la respuesta al SOS farmacológico.			
5. Registro del examen físico de las zonas de apoyo de contención física.			
TOTAL			

CUMPLE: SI () NO ()

* Fuente de datos: Ficha Clínica, Registro en Pauta de Valoración de Enfermería, cada 15 a 30 minutos, para la Prevención de Eventos Adversos, Asociados a la Contención Física, Anexo N° 6.
 * Se entenderá por cumplido, con el 100% de los criterios de evaluación.

COMENTARIOS:

(Fuente: Hospital Guillermo Grant Benavente, 2021b, p.31)

Al Protocolo de Manejo de la Agitación Psicomotora y Conductas Perturbadoras, para Prevenir Eventos Adversos Asociados se pueden hacer una serie de observaciones, ello sin perjuicio de tener presente que se debe avanzar en la no aplicación de estas de acuerdo a los estándares internacionales²⁴. De estas observaciones se puede señalar lo siguiente:

- a.- En el protocolo no existe claridad, o es poco explícito, en los tiempos máximos que una persona pueda estar sujeta a contención física o mecánica. En particular se señala que la personas tendrá evaluación médica a las dos horas de iniciado el proceso y que en caso que esta implique agitación severa y no responda a la contención - fase 4- en un periodo de tiempo se deberá informar al médico residente, en su defecto al médico tratante o el jefe de servicio si lo amerita (véase ilustración N°6 referente a medidas preventivas generales del protocolo mencionado). En este aspecto no se establece un máximo de la duración de la contención. En el mismo sentido, la medida de revisión médica de la misma ante casos de agitación severa que no responden a las medidas adoptadas deja un ámbito de discrecionalidad a utilizar la frase “la situación lo amerite”;

²⁴ Debe tenerse presente que Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez (2013) exhorto a los Estados: “ b) Imponer una prohibición absoluta de todas las intervenciones médicas forzadas y no consentidas en los casos de personas con discapacidad, incluida la psicocirugía, la terapia de electrochoque, la administración de medicamentos psicotrópicos como los neurolepticos, la inmovilización y el régimen de aislamiento, tanto a largo como a corto plazo, cuando no exista consentimiento. La obligación de poner fin a las intervenciones psiquiátricas forzadas basadas únicamente en motivos de discapacidad es de inmediata aplicación y la escasez de recursos financieros no podrá justificar el aplazamiento de dicha aplicación ”

b.- En el protocolo se establece la utilización de sabanas como medio para la realización de la contención, las cuales deben ser aplicadas en forma de espiral. Esto último - la forma en que realizan el espiral- puede generar brechas de ejecución dependiendo del funcionario/o , además que las sábanas no están diseñadas para ser implementos de amarre;

c.- Si bien el protocolo considera indicadores de cumplimiento de las medidas preventivas, no se establecen otros mecanismo de control externo a quienes ejecutan la medida, para poder evaluar la correcta aplicación de esta;

d.- En el protocolo se establece la importancia de contar con personal entrenado tanto para la observación de signos anticipatorios como para las situaciones de agitaciones violentas, sin embargo no aparecen en el protocolo menciones respecto de planes de capacitación constante y/o evaluación de funcionarios/os que deba tener el servicio para lograr aquello;

e.- En las pauta de valoración de enfermería aparece solo el examen físico en las zonas de apoyo de la contención y un recuadro de observaciones genérico, sin que aprecie que el examen físico debería tener presente el cuerpo del paciente en su globalidad, tales como la cabeza o el tórax, entre otros (véase ilustración N° 8);

Se observa como consecuencia de lo anterior que en la pauta de cotejo prevención de eventos adversos asociados a la contención física, sucede algo similar en la medida que solo aparece “ 5. Registro de examen físico de las zonas de apoyo de contención física” y no hay otras consideraciones de otras partes del cuerpo, sólo se incluye un espacio genérico de comentarios.

Respecto del número de contenciones físicas, farmacológicas y eventos adversos asociados a ellos se pidió información a la unidad de los años 2022, 2023 y 2024 (los meses de enero y marzo) Se informa por la unidad que durante el año 2022 se realizaron un total de 43 contenciones físicas de los cuales no hubo eventos adversos, sin embargo se señala que respecto de las contenciones farmacológicas no existe registro unificado. Para el año 2023 se informa que se practicaron un total de 53 contenciones físicas sin eventos adversos, y al igual que para el año 2022 no hay un registro unificado sobre las contenciones farmacológicas. Durante los meses de enero y marzo del 2024 la unidad señala que se realizaron 3 contenciones físicas y 39 contenciones farmacológicas, sin que se reportaran eventos adversos.

La unidad cuenta con un registro electrónico de las contenciones físicas realizadas que se envía a supervisión, además se registran la aplicación de las contenciones en los libros de entrega de turno tanto de los/as TENS como de enfermería. De lo observado en el libro de entrega de turno de las/os TENs se registra la hora de aplicación de la contención, la duración de la contención además del tipo de contención utilizada. En el libro de entrega de turno de la enfermería existe un registro de la fecha de la contención y pero no la duración de la misma. Un punto que se observa es que a veces la información contenida no está escrita de manera clara. Se logra corroborar que a nivel documental existen controles de enfermería cada 15 minutos a las personas que están bajo contención mecánica.

De acuerdo a las entrevistas realizadas al personal se indica que en la unidad se aplican menos contenciones que en las unidades de pacientes agudos, en los relatos aparece que se usan sabanas, tal como señala en el protocolo, para la aplicación de las contenciones. Respecto de esto último se indica que la utilización de sábanas obedece a que solo existe un equipo de contención magnética. Vale destacar que en la unidad, el personal de gendarmería procede a dar apoyo cuando se requiere contener, pero solo

si se le pide dar tal asistencia. En las entrevistas del personal aparece mayoritariamente que se procede primero a aplicar contenciones ambientales y verbales para después pasar a la contención farmacológica y física.

En las entrevistas, los residentes describen las contenciones como experiencias violentas. En esto uno de los residentes entrevistados dice que en ocasiones, la forma de llevar a cabo la contención, conlleva respuestas violentas de quien debe ser contenido. Los residentes identifican la aplicación de las contenciones cuando se generan actos que implican mal comportamiento, situaciones en que los residentes se ponen violentos, tanto hacia sí mismo como hacia otros; además de hechos que impliquen conflictos entre residentes. Así también, un residente gráfica que los hechos de violencia hacia sí mismos puede ser intentos de suicidio. Todos los residentes entrevistados mencionan que las contenciones se llevan a cabo mediante sabanas y lo califican como una mala práctica. Identifican que el procedimiento implica que una vez que se realiza la contención física se lleva a cabo la utilización de fármacos. Respecto de la duración de las contenciones existen diferentes percepciones, unos señalan que duran media mañana, otros entre 3 a 4 horas, pero puede ser variable de acuerdo a la gravedad. Vale reconocer que en uno de los entrevistados se reconocen mecanismos para atenuar el escalamiento.

6.1.2. Mecanismos de control

La unidad cuenta con personal de Gendarmería de Chile. Se observa que el personal de Gendarmería de Chile tiene presencia en la unidad clínica, además de encontrarse en el segundo piso de la unidad. De acuerdo a lo informado hay un total de 18 gendarmes que trabajan bajo un régimen de turno, de los cuales por turno deben ser 6, tanto de turno de día como turno de noche.

Es importante tener presente que de acuerdo al Protocolo de Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad del Hospital Guillermo Grant Benavente las funciones de Gendarmería de Chile son: (i) Realizar la custodia de las personas a su cargo; (ii) Control de las personas que ingresan y salen a la unidad y sean ajenas de esta; (iii) Intervenir en caso de eventos críticos cuando el personal a cargo de la unidad se lo solicite. En el mismo sentido en los planes de contingencia por emergencias que requieran la evacuación; (iv) Coordinación con el enfermero de turno para el ingreso o egreso de los residentes a sus habitaciones; y, (v) La realización de traslados de los residentes.

De las entrevistas se menciona que el personal de Gendarmería de Chile debe acompañar prestando servicios de seguridad para los traslados de personas bajo evaluación de inimputabilidad, así por ejemplo en caso de que un residente requiera atención de salud, fuera de la unidad van dos funcionarias/os de Gendarmería de Chile y un/a funcionario/o del personal de Salud. También, dentro de las labores de Gendarmería de Chile está la realización de la custodia de los residentes al momento en que los residentes salen al patio, aplicando grilletes a quienes están bajo internación provisional. Sin perjuicio de lo anterior, la utilización de grilletes se ocupa con personas que están bajo cumplimiento de medidas de seguridad que eventualmente tengan mayor riesgo de fuga, lo cual es de gran preocupación por parte de este Comité, además de no ser parte de las acciones que se debe llevar con personas que están bajo medidas de seguridad. Los grilletes utilizados son del tipo americano, el cual es de pies y manos, y se encuentran colgados en el segundo piso de la unidad frente al personal de Gendarmería de Chile.

Fotografía N° 21: Grilletes utilizados en la unidad



En la unidad se llevan a cabo registros en los dormitorios de los usuarios. Se informa, por parte del establecimiento, que estos son realizados los días domingo con el objeto de revisar que los residentes no tengan implementos prohibidos en la unidad y de mantener el orden. En los años 2023 y 2022 se llevaron revisiones de los dormitorios según necesidad y evaluación de la unidad, la cual era en promedio 1 vez al mes. Es importante destacar que en el año 2022 se llevaron a cabo revisiones exhaustivas ante dos eventos críticos que dicen relación con haber encontrado drogas en la unidad. Los registros de dormitorios son realizados por el personal de salud; sin embargo, a solicitud del personal de salud pueden ser apoyados con el personal de Gendarmería de Chile. Vale considerar que, de acuerdo al “Protocolo de Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad del Hospital Guillermo Grant Benavente” se indica que los registros y/o allanamientos de dormitorios se podrán realizar periódicamente.

Un punto que llamó la atención durante la observación de la unidad respecto del rol del personal de Gendarmería fue que en algunos funcionarios de dicha institución no llevaban identificación de su nombre en su informe.

6.1.3. Realización de investigaciones científicas y psicocirugías , entre otras

En la unidad no se reporta la realización de investigaciones científicas y de psicocirugías.

6.2. Aislamiento (uso y motivo de ingreso, régimen, condiciones materiales)

Estándares evaluados: (1) Las personas no son sometidas a aislamiento; (2) Se han implementado alternativas al aislamiento en el establecimiento, y el personal está capacitado en técnicas de “atenuar el escalamiento”, para intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a las personas o a las/os trabajadoras; (3) Se registra cualquier caso de aislamiento

(incluyendo causa, tipo, duración, entre otros) y se informa al director del establecimiento, así como a un organismo externo pertinente; (4) En caso de residentes en aislamiento, es por el menor tiempo posible; (5) las condiciones en que se encuentran las dependencias son adecuadas, para asegurar el acceso a sus necesidades y un buen trato.

El aislamiento dentro de la unidad se encuentra establecido dentro del “Protocolo de Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad del Hospital Guillermo Grant Benavente”. En dicho protocolo se señala lo siguiente:

“En circunstancias de un evento crítico por agitación de uno o más internos, será personal de salud de la UHCIP-AFH quienes procederán a contener la situación. En caso de que el evento crítico no pueda ser manejado por el equipo de salud y se trate de un usuario con perfil clínico antisocial y custodia de gendarmería se procederá a la intervención de Gendarmería de Chile. En caso de sea un acontecimiento donde exista un riesgo inminente que atente contra la integridad física para sí mismo, de otros usuarios o del personal de la UHCIP-AFH, se hará uso de la sala de contención y aislamiento adaptada para dicha función para controlar y contener los niveles de agitación y/o agresividad del usuario” (2024, p. 14).

Se señala que el uso de la sala de aislamiento o de cuidados especiales tiene como referencia un Protocolo de Manejo de Usuario con Conducta Violenta; sin embargo, el documento entregado durante la visita no se encuentra formalizado por la autoridad. De acuerdo al documento en referencia el objetivo es: “El presente documento, entrega las orientaciones necesarias para aplicar y administrar una serie de medidas orientadas al manejo de usuarios con conductas violentas, que no tienen su origen en un episodio activo de una patología enajenante, por parte del equipo de salud que desempeña funciones en la Unidad Mediana Estadía Forense del servicio de Psiquiatría del Hospital Guillermo Grant Benavente” (s/f, p.2). Se menciona en este documento que busca ser un complemento al protocolo de agitación psicomotora así expresamente señala: “Las medidas presentadas en el presente protocolo no excluye ni invalidan el “Protocolo De Contención Para Personas Con Conductas Perturbadoras y/o Agitación Psicomotora”, sino más bien se encuentran orientadas en complemento de estas” (s/f, p.2)

Del documento se puede indicar los siguientes puntos:

a.- El Protocolo de Manejo de Usuario con Conducta Violenta se establece que el inicio del manejo de usuario será “(...) cuando el paciente presente una conducta disruptiva, auto y/o heteroagresiva, cuya causa no se enmarque dentro de un proceso activo de una patología psiquiátrica enajenante pues de ser así se procederá de acuerdo al protocolo de “Protocolo De Contención Para Personas Con Conductas Perturbadoras y/o Agitación Psicomotora”. Será responsabilidad del enfermero de turno el determinar si corresponde o no la aplicación del protocolo a raíz de la conducta disruptiva presentada por el paciente ” (s/f, p.4).

Tal como se observa la responsabilidad será del enfermera/o de turno la determinación de la procedencia de la medida.

b.- Ante una conducta disruptiva o violenta, en primer término, se intentará aplacar la conducta con “firmeza amable”, en caso que ello no diese resultado se procederá a llevar a la persona a la

sala de aislamiento o de cuidados especiales. Al momento de ingresar a dicha sala la persona no podrá salir al patio, recibir visitas, ir a fumar o realizar llamados, entre otros²⁵.

El documento entiende que quedan suspendidos los beneficios que no están dentro del plan terapéutico. Además, que el personal de enfermería deberá asistir en todo momento al residente para la satisfacción de sus necesidades básicas. La duración de la medida será de 4 días y una vez cumplida esta será reevaluada la medida si finaliza o continua la misma, ello en base a una “Pauta de valoración de conducta diaria”²⁶.

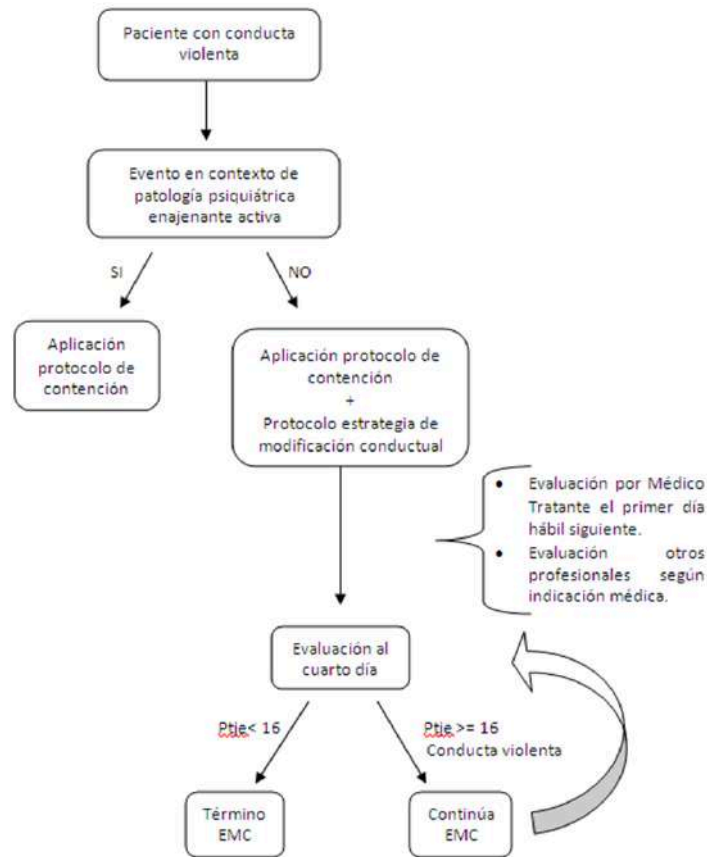
c.- La persona que está a cargo de decidir la aplicación de la medidas es la/el enfermera/o de turno y que al día siguiente hábil está prevista la evaluación por el médico tratante con el propósito de dar el tratamiento farmacológico y determinar la intervención de otros profesionales.

d.- El documento establece que los responsables de la ejecución es todo el equipo completo y que el equipo de enfermería será quien determine la aplicación y fin de la medida justificando esto en base a la observación constante (24 horas) del residente. Expresamente se señala: “La aplicación del protocolo de manejo de usuario con conducta violenta será de responsabilidad del equipo completo, siendo específicamente el equipo de enfermería quien determine la aplicación o el retiro de la estrategia, ya que al ser determinado por las conductas del paciente, la observación 24 horas del mismo, es lo que determinará si continúa o no con la supresión de beneficios” (s/f, p.3)

²⁵ El documento en referencia señala: “Durante este periodo el paciente se mantendrá en una sala de cuidados especiales y será privado de los beneficios de la unidad, tales como llamados telefónicos, cigarrillos, visitas, salidas al patio, uso de MP3, entre otros” (s/f, p.4).

²⁶ En este punto el documento refiere: “Al identificar una conducta violenta de un usuario se intentará aplicar firmeza amable con el fin de aplacar esta conducta, de no ser efectiva se procederá a la aplicación de la EMC, la cual tendrá una duración de 4 días iniciando el día y el turno en donde ocurre el evento y reevaluándose la continuidad de esta al cuarto día en el mismo turno en donde se inició” (s/f, p.4)

Ilustración N° 10 : Flujoograma de documento “Protocolo de Manejo de Usuario con Conducta Violenta”



(Fuente: Hospital Guillermo Grant Benavente, s/f, p.9)

De este documento aparecen una serie de observaciones, sin perjuicio y teniendo presente los estándares internacionales en los cuales se debe avanzar en su no aplicación, las que pueden sintetizarse en:

- (i) El documento acompañado no es parte oficial de los protocolos, lo cual es altamente complejo y de gran preocupación por el CPT;
- (ii) El documento establece solo un control médico al día siguiente hábil de aplicada la medida, no existiendo mayores referencia a controles rutinarios;
- (iii) El documento señala que la medida será determinada por el enfermero de turno de la unidad, sin que aparezca que esta pueda ser refrendada o revisada por la/el médico psiquiatra de turno o tratante en un breve plazo. Este punto debe tenerse presente que el protocolo menciona como causal de aplicación “conductas violentas, que no tienen su origen en un episodio activo de una patología enajenante” lo cual parece ser parte de una evaluación diagnóstica de un médico psiquiatra al tener que descartar que obedezca a una patología;
- (iv) El documento no explicita de manera específica y clara su calidad de complemento al protocolo de contención;

(v) El documento no señala plazos claros de las limitaciones temporales que puede tener la medida, solo aparece que pueden durar 4 días y que esta se evaluará su término o renovación de la misma. En este aspecto se observa la falta de control y posibilidad de discrecionalidad en su duración.

De acuerdo a lo observado, la sala de aislamiento o cuidados especiales está en el primer piso, al ingreso del pasillo, frente al baño del primer piso. La pieza consta de una cama empotrada, con ventanas en el extremo superior de la pared, además de una cámara de monitoreo. La sala de aislamiento o cuidados especiales se encuentra limpia y sin presencia de malos olores. Durante la visita la pieza estaba siendo utilizada como dormitorio común y no como espacio de aislamiento. Se destaca que la sala de cuidados especiales es la sala donde se llevan a cabo las contenciones mecánicas en la unidad. Vale tener presente que durante la visita había personal observando de manera constante en la unidad de cámaras de enfermería.

Se indica en casi todas las entrevistas que la utilización de la sala de aislamiento o cuidados especiales es por conductas violentas o disruptivas. Sin perjuicio de ello, no se logra dilucidar de forma clara cuando la aplicación de la medida es producto de la utilización de la contención mecánica o del aislamiento como tal. También aparece en las entrevistas que las personas no pueden salir a fumar y que no pueden realizar llamadas telefónicas. Se menciona que en caso de que la persona quiera ir al baño debe dar aviso tocando la puerta, para que asista el personal. Respecto de la duración del aislamiento, se señala en la mayor parte de las entrevistas, que en la mayoría de los casos va desde un par de horas hasta 4 o 5 días. Sin embargo, en otras entrevistas se indica que su duración puede ser mayor. Se informa que no existe un registro unificado de la utilización de la sala de observación, registrándose en la ficha médica del residente. Asimismo, se menciona que para los años 2022, 2023 y entre los meses de enero y marzo del año 2024 no hay eventos adversos asociados a la utilización de la sala de aislamiento o cuidados especiales.

6.3. Violencia institucional

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

En las entrevistas a los residentes aparecen opiniones divididas. Algunos de estos señalan que en general el trato que reciben en la unidad es bueno, así uno lo compara por su experiencia en recintos carcelarios. Sin perjuicio que hay relatos en las entrevistas se reportan experiencias intensas y vulneratorias el uso de fuerza por parte de los funcionarios en la aplicación de las contenciones mecánicas, tal como se dijo anteriormente. Otro punto que se percibe de forma violenta por parte de los residentes es la utilización de grilletes a la hora de salir al patio. Asimismo, aparecen en las entrevistas relatos de situaciones de malos tratos.

Un punto que llama la atención, a diferencia de las percepciones que tienen los residentes, es que las/os funcionarias/os mencionan no recordar, no saber, o ver hechos de malos tratos. En el mismo sentido, en una entrevista se hace referencia que la unidad no tiene denuncias por hechos que puedan constituirse como malos tratos, sin embargo, debe tenerse presente que no hay documentos u oficios que establezcan protocolos para la denuncia de los mismos o existencia de otras medidas preventivas, lo cual puede ser

indiciario de una brecha que existen en este ámbito. Se menciona que en materia de atención a los residentes en general es oportuna, salvo que la persona sea muy reiterativa.

6.4. Violencia entre usuaria/os

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

De acuerdo a las entrevistas, el gran problema de los conflictos entre los residentes en la unidad está dado por la falta de segmentación de los perfiles que existen en ellos, puesto que conviven personas que están bajo internación provisional y personas que están bajo el cumplimiento de medidas de seguridad²⁷. Específicamente se señala que ingresan perfiles de personas que no tienen necesariamente patologías psiquiátricas sino que son perfiles antisociales o con consumo problemático de drogas. Dentro de los problemas que se menciona son conductas abusivas tales como quitar las cosas u objetos que les entregan los familiares.

En general, los residentes señalan que tienen buen trato entre ellos y que se llevan bien. En esto en una entrevista refiere que ante casos de peleas o conflictos, el personal entra a intervenir. Sin embargo, en una entrevista, aparece la crítica que en el caso de unas tocaciones de carácter sexual entre usuarios no hubo mucha gestión por parte del recinto.

Evaluación de la Dimensión: Insuficiente

Se evalúa la dimensión de trato como insuficiente. En materia de contención no se reportan eventos adversos por parte de la unidad. Sin perjuicio que al momento de analizar el protocolo surgen diversos elementos que conllevan problemáticas del mismo, por ejemplo: (i) La falta de estipulación de tiempos máximos de su aplicación; (ii) La falta de menciones de planes específicos de capacitación y evaluación constante a los funcionarios (iii) Necesidad de mejora de las pautas de evaluación, entre otros. Respecto al registro de las contenciones se valora que haya un registro electrónico de la aplicación de las contenciones. Asimismo, es adecuado que en los libros de entrega de turno de las/os TENS se registren las contenciones con la hora de aplicación, duración y el tipo de contención utilizada; mientras que, se evalúa de forma negativa que en el libro de enfermería no aparece la duración de la misma. De todas formas, para ambos registros, hace falta mejorar la claridad de lo consignado de estos. Se valora que existan registros de los cuidados de enfermería cada 15 minutos después de aplicada la contención; sin embargo, en una de las entrevistas se señala la existencia de controles de enfermería cada media hora. Vale tener presente que resulta altamente complejo el uso de sábanas durante la contención ya que los residentes lo identifican como una mala práctica.

En materia de medidas de control resulta de preocupación la utilización de grilletes para algunos de los residentes en la unidad al momento de salir al patio de la misma, ello bajo el argumento de riesgo de fuga. En este sentido, si existe una evaluación de riesgo de fuga, las medidas a adoptar deben ser tendientes a mejorar la infraestructura o la cantidad personal de gendarmería del recinto para tener estándares de seguridad adecuados, en lugar de producir restricciones de movimientos a algunos de los residentes por

²⁷ Véase dimensión régimen y actividades subdimensión ingreso, clasificación y segmentación de las personas.

medio de grilletes. También durante la visita se observó a algunos funcionarios del personal de gendarmería sin su identificación de su nombre en el uniforme.

La utilización de las salas de aislamiento o de cuidados especiales tiene diversos puntos de preocupación tales como la falta de formalidad del documento “Protocolo de Manejo de Usuario con Conducta Violenta” y que esta misma tiene problemas al momento de ser analizada. Así, se identifica, como problemático: (i) La falta de estipulación de controles médicos rutinarios; (ii) Que la autorización de la misma sea por parte de la/el enfermera/o de turno y que esta no pueda refrendada o revisada por un médico psiquiatra de turno o tratante en un breve plazo; (iii) La falta control y discrecionalidad de la duración de la misma, entre otros. Estos puntos deben ser contrastados con el hecho que no existe un registro unificado del aislamiento por parte de la unidad, como también no aparece con claridad en las entrevistas cuando se aplica el protocolo de contención o el protocolo de aislamiento. Vale señalar que si bien en la mayoría de las personas entrevistadas mencionan que la duración va de un par de horas a 4 o 5 días, se identifican en otras entrevistas que su duración puede ser mayor. Sin perjuicio de lo anterior se observó que durante la visita no hay personas aisladas, y que personal de enfermería monitorea de forma continua a través de las cámaras de la unidad.

En materia de tratos que reciben los residentes por parte del personal aparece que uno de los eventos de mayor connotación y afectación para los residentes, son los procedimientos de contención, en los cuales las relatan como experiencias vulneratorias, en el mismo sentido que algunos residentes salgan con grilletes al patio. Vale destacar que, aparecen en entrevistas reportes de hechos de malos tratos, sin embargo, las/os funcionarias entrevistadas mencionan que en la unidad no existen dichas prácticas.

El trato entre los usuarios aparece como problemático dado la diferencias de perfiles entre personas sujetas a internación provisional y personas sujetas a cumplimiento de medidas de seguridad, así en ocasiones se pueden producir conductas abusivas identificadas desde quienes están bajo internación provisional.

7.- Gestión 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 de la CDPD). Asimismo, la convención señala que: “*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 de la CDPD). También, la mencionada convención, establece que: “*Los Estados Partes 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 N° 3 de la CDPD).

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

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

En las entrevistas se menciona que el ambiente laboral es bueno y que existen relaciones cordiales, destacándose que no hay un trato jerárquico o estamental que existe en otras unidades clínicas. Un punto que aparece como necesidad de mejorar es la coordinación entre el personal de salud y Gendarmería de Chile. No se obtuvo información por parte de este Comité respecto de hechos de maltrato laboral y/o acoso laboral.

En materia de la carga laboral se logra observar que existe una alta carga laboral por parte de los funcionarios de la unidad, además que las labores son de alta intensidad. En las entrevistas aparece la necesidad de contar con mayor cantidad de horas de personal profesional tales como el psicólogo/a ya que tiene 22 horas. También se observa la necesidad de contar con un médico psiquiatra de manera constante en la unidad. Se informa que entre enero y marzo del 2024 se presentaron un total de 30 licencias médicas por parte de enfermeras/os, TENS y personal auxiliar. Respecto de turnos extras se informa que para el mes de marzo para las/os TENS hubo un total de 28 turnos extras con jornada, para el caso de las enfermeras/os solo hubo 1 turno extra.

De la información obtenida se aprecia que existen pocas políticas de cuidado para el personal de la unidad, asimismo aparece que en general las políticas de cuidado obedecen al estamento profesional y/o técnico que se tenga. En materia de cuidado, se hace especialmente crítico la falta de estas actividades de forma periódica y sistemática para las/os auxiliares, TENS y enfermeras/os. En esto último se debe tener presente que estas/os funcionarias/os son quienes más tiempo tienen contacto directo con los residentes.

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) 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;

En materia de formación la unidad menciona que el hospital ofrece cursos gratuitos que pueden ser presenciales, online o mixtos que el personal puede postular y en algunos casos están autorizados para ausentarse durante la jornada laboral. Sin perjuicio de lo anterior, aparece en las entrevistas que las actividades de formación o capacitación son escasas o nulas en la unidad, en ello las posibilidades de realizarlo dependen de las iniciativas personales. En este ámbito el personal de gendarmería reporta que han realizado las capacitaciones en derechos humanos en su institución.

Evaluación de la Dimensión: parcial

La dimensión gestión del establecimiento se evalúa como parcial. De forma positiva se tiene en consideración que las/os funcionarios señalan que existe un buen clima laboral y no se mencionan hechos de maltrato laboral y/o acoso laboral. Como aspectos negativos, se observa que el personal tiene una alta carga de trabajo y que faltan profesionales tales como un psicólogo/a a tiempo completo, además de que existen pocas instancias de cuidado del personal

En materia de formación y capacitación de personal es crítico lo señalado por parte de las/os funcionarios al indicar que estas son escasas y que dependen de las iniciativas personales.

8.- Autonomía

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

8.1. Autonomía en el régimen de actividades

Estándares evaluados: (1) Las personas son libres de elegir cuándo despertarse, acostarse, cuándo ir a la sala de baño y circular por el recinto; (2) Las preferencias de las personas tienen prioridad en todas las decisiones que les afectan (planes de intervención, actividades, etc); y,(3) Las personas pueden ejercer su derecho a la vida afectiva y sexual; ;

En general los residentes tienen flexibilidad para levantarse y acostarse, sin perjuicio que ciertas actividades diarias son en horarios fijos como las diversas comidas que hay en el recinto. Tal como se señaló anteriormente²⁸, las personas pueden moverse libremente por los pasillos y piezas de la unidad, teniendo restricción al patio y salón multiuso. Sobre la posibilidad que los residentes puedan participar en la elaboración del plan de cuidado integral, no se obtiene información durante la visita. También se indica que la participación a los talleres o actividades pueden ser rechazadas si los residentes no quieren participar.

En materia de derechos a la vida sexual y afectiva, se señala en las entrevistas, tanto con los residentes como por el equipo de salud de la unidad, que no se aborda. En esto uno de los residentes entrevistados menciona que ante la necesidades de índole sexual ejerce autoestimulación en el baño de la unidad sin que se le prohíba.

En el Protocolo de la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad del Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (2024) se señala que el patio, el comedor y el baño estarán restringidos, además de no existir lineamientos sobre el ejercicio de la vida afectiva y sexual no existe mención de esta temática. En el protocolo, respecto de la posibilidad de que los residentes puedan elaborar en conjunto y de acuerdo a sus preferencia el plan de cuidado integral en las definiciones se señala que este se elabora en conjunto con el usuarios, pero al leer las etapas del mismo no aparece de forma explícita la importancia de dar cuenta de las preferencias de los residentes.

²⁸ Véase dimensión régimen y actividades, subdimensión uso del tiempo (régimen de internación, oferta programática, intervención psicosocial)

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) Los usuarios pueden designar y consultar con una persona o red de personas de apoyo de su propia y libre elección en la toma de decisiones; (3) Se apoya el derecho de los usuarios a participar en la vida política y pública y en el ejercicio de la libertad de asociación.

En materia del ejercicio de la autonomía de su vida personal y patrimonial, sobre este punto se indica que estos temas son vistos por el/la trabajador/a social, en ello se señala que la unidad tramita las pensiones de invalidez para los residentes -se entiende que son las personas bajo cumplimiento de medidas de seguridad-. En el mismo sentido si los residentes quieren comprar algo deben verlo con el/la trabajador/a social. Vale destacar que los residentes entrevistados mencionan que efectivamente se tramitan las pensiones en la unidad, además uno de ellos percibe que puede tomar decisiones en el ámbito patrimonial. Durante las entrevistas no se pudo obtener información respecto de si pueden tener redes de apoyo para la toma de decisiones. Sobre la participación de la vida política y pública, se menciona que los residentes no han podido participar en elecciones.

8.3. Autonomía en la atención en salud

Estándares evaluados: (1) EL tratamiento se basan en el consentimiento libre e informado de las/os usuarias/os, las cuales se comunica de forma clara y entendible, pudiendo rechazarla; (2) Las preferencias de las personas tienen prioridad en todas las decisiones sobre sus planes de tratamiento y “recuperación”; (3) Como parte de sus planes de “recuperación”, se motiva a las personas a desarrollar instrucciones anticipadas que especifique las opciones de tratamiento y de “recuperación” que desean tener, así como aquellas que no, las que se utilizarán si se encuentran incapacitados de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro; (4) Las personas pueden agregar información escrita, opiniones y comentarios a sus fichas médicas sin censura;

Sobre la posibilidad de rechazar el tratamiento por parte de los residentes, se menciona que se intenta dar alternativas al residente para su tratamiento, buscando que este sea agradable para este, en esto se menciona que las personas tienen obligatoriedad de tratamiento dado la situación legal en la cual se encuentran. Sin perjuicio de lo anterior, la mayor parte de los residentes percibe que se les indica cual va a ser el tratamiento sin que tengan participación en el mismo. En una de las entrevistas se menciona que ante residentes que no se toman los medicamentos se cambian bajo modalidad inyectable o se dispensan las pastillas molidas. Sobre las voluntades anticipadas aparece que no se realizan.

Evaluación de la Dimensión: parcial

La dimensión autonomía se evalúa como parcial. Es positivo que la unidad flexibilice las rutinas como la asistencia voluntaria a los talleres, la hora de levantarse o acostarse; sin perjuicio de eso se ve como preocupante el hecho que los residentes no puedan circular libremente en los patios o salón multiuso. También resulta de preocupación que la unidad no tenga un abordaje técnico de la vida afectiva y sexual de los residentes. En otro punto, aparece relevante que los residentes no han podido tener participación en la vida política y social tales como las elecciones. En temas de autonomía en materia de salud aparecen percepción contrapuestas entre el personal y los residentes, los primeros indican que se intenta establecer tratamientos más acordes a lo que manifiestan los mismos, pero los residentes señalan que no

son considerados. En esto también aparece en una entrevistas que ante casos de rechazo de los medicamentos se dispensan las pastillas molidas o se pasa a la modalidad inyectables. Finalmente en materia de voluntades anticipadas aparece que no se realizan.

VII.- Recomendaciones

El presente apartado expone las recomendaciones elaboradas por el CPT a la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad Servicio de Psiquiatría del Hospital Guillermo Grant Benavente y a otros actores claves, a la luz de los hallazgos obtenidos durante la visita. Las recomendaciones se organizan según las diversas dimensiones y subdimensiones definidas por el CPT en sus instrumentos y pautas aplicadas.

1.- Recomendaciones a la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad Servicio de Psiquiatría del Hospital Guillermo Grant Benavente.

Régimen y Actividades

- 1.- Se insta, en el mediano plazo, que en la unidad no ingresen personas que están bajo internación provisional. Asimismo, que mientras existan personas bajo internación provisional, se recomienda que la segmentación de los dormitorios, obedezca a la calidad procesal de los residentes.
- 2.- Se recomienda, en el corto plazo, establecer actividades que sean más estimulantes para los residentes en miras a la rehabilitación y reinserción. En el mismo sentido, que la unidad cuente con mayor cantidad de implementos recreacionales para los residentes.
- 3.- Se sugiere, en el corto plazo, permitir el uso del patio y del salón multiuso de manera constante para los residentes, con el objetivo de mejorar la rutina.

Contacto con el mundo exterior

- 4.- Se sugiere, en el corto plazo, generar un plan de trabajo para que los familiares de los residentes aumenten sus visitas a los mismos, evitando así el aislamiento social y familiar .

Condiciones materiales

- 5.- Se insta, en el corto plazo, a mejorar los problemas de electricidad del recinto para evitar su intermitencia y las filtraciones de agua o humedad existentes en los dormitorios. En el mismo sentido, propender a que las piezas de los residentes estén iluminadas durante el día.
- 6.- Se sugiere, en el corto plazo, que se hagan adecuaciones al recintos para efectos de mejorar la accesibilidad universal, tales como barras de apoyo en el segundo piso y en los baños.
- 7.- Se recomienda, en el corto plazo, pintar las paredes del comedor.
- 8.- Se insta, en el largo plazo, a desarrollar cambios en la infraestructura del recinto para efectos de mejorar la ventilación del mismo.

9.- Se recomienda, en el largo plazo, mejorar el respeto a la privacidad de los residentes, para tales efectos de modificar el sistema de cámaras y/o realizar cambios en la infraestructura de las puertas de los baños.

10.- Se recomienda, en corto plazo, definir los roles tanto del personal de salud y de Gendarmería ante emergencias, en particular el plan de evacuación. En el mismo sentido actualizar dicho protocolo.

Salud

11.- Se recomienda, en el mediano plazo, revisar la dotación de personal profesional en la unidad para efectos que una mayor cantidad de estos.

12.- Se insta, en el mediano plazo, a desarrollar un protocolo específico para la unidad de eventos adversos y centinelas, ya que este es general del hospital y no considera las especificidades existentes en la unidad. También se insta a revisar los protocolos que han superado su fecha de vigencia.

Medidas de protección

13.- Se insta, en el corto plazo, a reforzar los mecanismos de solicitudes y quejas que garanticen la privacidad de las personas.

14.- Se insta, en el corto plazo, a reforzar y proporcionar información sobre los derechos de los residentes, tales como afiches y/o folletos explicativos, con un lenguaje claro y sencillo, además que estén en lugares que sean accesibles a estos.

15.- Se insta, en el mediano plazo, a desarrollar un protocolo específico en materia de denuncias penales ante casos de malos tratos que puedan recibir los residentes.

16.- Se sugiere, en el mediano plazo, intensificar las orientaciones hacia los residentes que están próximos al egreso.

17.- Se recomienda, en el corto plazo, incorporar dentro instrumentos de funcionamiento de la unidad referencias al Protocolo Intersectorial de Alerta Temprana ante Muertes Bajo Control, Custodia o Cuidado del Estado, además de capacitar a las/os funcionarias/os sobre este.

Trato

18.- Se insta, en el corto plazo, a reformular el protocolo de contención. En el mismo sentido, se recomienda no utilizar sábanas en la aplicación de las contenciones.

19.- Lo anterior, es sin perjuicio que la unidad debe en el mediano y largo plazo debe propender a la eliminación de las contenciones físicas y farmacológicas, basado en alternativas menos invasivas. Para tales efectos se recomienda que en el mediano plazo desarrollar un plan para erradicar el uso de las contenciones y que se lleve a la práctica.

20.- Se sugiere, en el corto plazo, que en los libros de entrega de turno se consigne la información de las contenciones con mayor exhaustividad.

21.- Se insta, de forma urgente, que se realicen las coordinaciones necesarias con Gendarmería de Chile para que las/los funcionarias/os de tal institución dejen de utilizar los grilletes en algunos de los residentes al momento de salir al patio de la unidad.

22.- Se recomienda, en el corto plazo, revisar y formalizar el documento “Protocolo de Manejo de Usuario con Conducta Violenta”.

23.- Sin perjuicio de la recomendación anterior, se insta, en el largo plazo, promover estrategias que permitan erradicar la utilización de las salas de aislamiento o de cuidados especiales.

24.- Se insta, en el corto plazo, generar estrategias para identificar situaciones de eventuales malos tratos y en el caso se identifiquen realizar las denuncias pertinentes.

Gestión del personal

25.- Se sugiere, en el mediano plazo, revisar las cargas laborales que tiene el personal propendiendo a tener una mayor dotación del mismo para la atención de los residentes. Asimismo contar con psicóloga/o a tiempo completo.

26.- Se recomienda, en el mediano plazo, establecer una política de capacitaciones a personas de forma constante.

Autonomía

27.- Se insta, en el mediano plazo, a desarrollar un lineamiento técnico que permita abordar el ejercicio de la vida afectiva y sexual de los residentes.

28.- Se insta, en corto plazo, generar y/o reforzar los planes de adherencia de los tratamientos por parte de los residentes y evitar la medicación por otros medios no voluntarios.

29.- Se recomienda, en el mediano plazo, capacitar el personal en materia de voluntades anticipadas, en consonancia con la Ley N° 21.331.

2.- Recomendaciones a otros actores

1.- A Gendarmería de Chile se sugiere, en el corto plazo, ordenar y fiscalizar que los efectivos de su institución tengan identificación de sus nombres en su uniforme institucional.

2.- A Gendarmería de Chile se insta, de forma urgente, a que se dejen de utilizar grilletes que se aplican en algunos de los residentes al momento de salir del patio. Se recomienda establecer las coordinaciones necesarias con el servicio de psiquiatría.

3.- Al Servicio de Salud del Biobío se recomienda, en el corto plazo, establecer mesas de trabajo con los diversos actores del sistema de justicia penal, para que dejen de ingresar personas bajo internación provisional.

4.- Al Servicio de Salud del Biobío y al Servicio Médico Legal se sugiere, en el corto plazo, establecer las coordinaciones necesarias para efectos de que se reduzcan los tiempos de demora, en espera y la realización de las evaluaciones de inimputabilidad. Lo anterior, sin perjuicio de la recomendación anterior.

5.- Al Servicio de Salud del Biobío, en el largo plazo, crear hogares protegidos y/o residencias forenses para los residentes que egresan de la unidad, con el objeto de propender a la integración comunitaria de ellas.

VIII.- Bibliografía

- 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.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2022). Enfoques Diferenciados Respecto de Determinados Grupos de Personas Privadas de la Libertad. Opinión. Consultiva OC-29/22
- Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (2015). Sistema de Alerta y Organización de la Atención en Situaciones de Emergencia con Riesgo Vital en Hospital Guillermo Grant Benavente.
- Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (2016a). Plan de Emergencia Servicio de Psiquiatría 2016-2021.
- Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (2016b). Protocolo de Prevención de Evento Adverso: Lesión de Paciente Hospitalizado en Servicio de Psiquiatría.
- Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (2018). Norma N° 2 Técnica Aséptica.
- Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (2019a). Protocolo de Prevención de Caídas de Pacientes.
- Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (2019b). Protocolo de Prevención de Úlceras por Presión.
- Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (2021a). Criterios de Ingreso, Egreso o Derivación de Pacientes con Intento de Suicidio.
- Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (2021b) Protocolo de Manejo de la Agitación Psicomotora y Conductas Perturbadoras, para Prevenir Eventos Adversos Asociados.
- Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (2022a). Sistema de Vigilancia de Eventos Adversos y Centinelas.
- Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (2022b). Protocolo de Manejo de Ficha Clínica.
- Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (2022c). Sistema Alerta y Organización de la Atención de Situaciones de Emergencia con Riesgo Vital. Clave Azul
- Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (2024). Protocolo de la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad del Hospital Guillermo Grant Benavente.
- Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (s/f). Protocolo de Manejo de Usuario con Conducta Violenta. Sin firma
- Ministerio de Salud (2018) Modelo de Gestión de la Red Temática de salud Mental.

- Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Humanos (1992). Observación General N° 20: Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol.I).
- Organización de las Naciones Unidas. Organización Mundial de la Salud (2006). Manual de Recursos de la Organización Mundial de la Salud sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación.
- Organización de las Naciones Unidas. Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. (2013). Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. A/HRC/22/53.
- Organización de las Naciones Unidas. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016). Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile. CRPD/C/CHL/CO/1.
- Organización de las Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2017). Derecho de acceso a la justicia en virtud del artículo 13 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. A/HRC/37/25
- Organización de las Naciones Unidas. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2018). Observación General N° 6: Sobre la igualdad y la no discriminación. CRPD/C/GC/6
- Organización de las Naciones Unidas. Relatora Especial sobre los derechos de las personas con Discapacidad, Catalina Devandas Aguilar (2019). Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. A/HRC/40/54
- Sergio Politoff Lifschitz; Jean Pierre Matus Acuña; María Cecilia Ramirez G. (2009) Lecciones de Derecho Penal Chileno. Parte General. Santiago Chile, Editorial Jurídica.
- Roxin Claus (1997) Derecho Penal Parte General. Tomo 1. Fundamentos. La estructura de la Teoría del Delito. Editorial Civitas. Madrid España.
- Falcone Salas, Diego. (2007). Una mirada crítica a la regulación de las medidas de seguridad en Chile. Revista de derecho (Valparaíso), (29), 235-256.