Comité para la Prevención de la Tortura

Informe de Visita
Unidad Forense de Alta Complejidad (UFAC) y Unidad Forense de Mediana Complejidad II (UFMC II)

Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel

Comité para la Prevención de la Tortura

Agosto, 2025

Comité para la Prevención de la Tortura

Expertas y expertos

Javiera Canessa Cordero, Karen Espínola Solar, Yamileth Granizo Román, Daniel Soto Muñoz, Paula Valenzuela Delpiano y Luis Vial Recabarren.

Comisión de visita

Rosario Beltrán Campos, Juan Carlos Cea Madrid, Yamileth Granizo Román, Gonzalo Horstmeier Garote, Francisco Maffioletti Celedón, Sofía Stutzin Vallejos y Daniel Wasserman Kobbert.

Equipo de investigación, análisis y redacción

Javiera Canessa Cordero y Juan Carlos Cea Madrid

Edición final

Javiera Canessa Cordero y Juan Carlos Cea Madrid.

Santiago, agosto de 2025.

Esta publicación es de uso público, por lo que su contenido puede ser reproducido total o parcialmente. Para lo anterior, debe citarse la fuente respectiva.

Formato de cita sugerida

Comité para la Prevención de la Tortura (2025). "Informe de visita. Unidad Forense de Alta Complejidad (UFAC) y Unidad Forense de Mediana Complejidad II (UFMC II). Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel". Santiago, Chile. 8 de agosto de 2025.

Abreviaturas

CESFAM	Centros de Salud Familiar
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Corte IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
COSAM	Centro Comunitario de Salud Mental
COVID-19	Enfermedad por coronavirus
CPT	Comité para la Prevención de la Tortura
DEA	Desfibrilador Externo Automático
ELEM	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores
HPP	Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MINSAL	Ministerio de Salud
MNPT	Mecanismo Nacional de Prevención Contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
OIRS	Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPCAT	Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
PCI	Planes de Cuidados Integrales
PNSM	Plan Nacional de Salud Mental
UEPI	Unidad de Evaluación de Personas Imputadas
UFAC	Unidad Forense de Alta Complejidad
UFMC-I	Unidad Forense de Mediana Complejidad I
UFMC-II	Unidad Forense de Mediana Complejidad II
UHCIP	Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos en Psiquiatría
UHTIRI	Unidad Hospitalaria de Tratamiento Integral y Rehabilitación Intensiva
UPFHI	Unidad Psiquiátrica Forense Hospitalaria Intrapenitenciaria
UPFT	Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria
SAMU	Servicio de Atención Médica de Urgencia
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
SSA	Servicio de Salud Aconcagua
SOS	Medicamento de rescate
TEC	Terapia Electroconvulsiva
TENS	Técnico en Enfermería de Nivel Superior
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Comité para la Prevención de la Tortura

Índice

I. Introducción 6

II. Presentación del Comité para la Prevención de la Tortura 6

III. Antecedentes 7

1. Marco legal 7

1.1. Marco legal internacional 7

1.2. Marco legal nacional 9

2. Justificación del problema 11

3. Contexto de la visita 13

IV.- Objetivos de la visita 13

V. Metodología de la visita 14

1. Recolección de información: estrategias de levantamiento de la información y muestra 14

2. Dificultades y limitaciones de la recolección de información 14

3. Dimensiones y subdimensiones monitoreadas 14

4. Procesamiento y análisis de la información 15

5. Consideraciones éticas 16

VI. Hallazgos de la Unidad Forense de Alta Complejidad (UFAC) 16

1. Régimen y actividades 17

1.1. Ingreso, clasificación y segmentación de las personas 17

1.2. Uso del tiempo (régimen de internación, oferta programática, intervención psicosocial) 20

2. Contacto con el mundo exterior 23

2.1. Vinculación con familiares y personas significativas 23

2.2. Vinculación con la comunidad 25

3. Condiciones materiales 25

3.1. Infraestructura: emplazamiento, edificación y equipamiento 26

3.2. Alimentación y agua 28

3.3. Iluminación, ventilación, calefacción. Higiene y plagas 28

3.4. Servicios sanitarios (baños, lavamanos y duchas). Ropa y cama 28

3.5. Privacidad, intimidad y confidencialidad. Seguridad ante emergencias 30

4. Salud 31

4.1. Acceso a prestaciones y tratamientos de salud 31

4.2. Características y dotación del personal de salud 32

4.3. Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos 33
4.4. Promoción, prevención, control y manejo de enfermedades (transmisibles y no transmisibles) 34
5. Medidas de protección 35
5.1. Acceso a la justicia 35
5.2. Egreso 37
5.3 Acceso a información 38
5.4. Mecanismos de solicitudes y de quejas 39
5.5. Medidas de prevención y supervisión independiente 40
6. Trato 42
6.1. Medidas de control, contención y uso de la fuerza (sujeciones físicas/farmacológicas), procedimientos irreversibles, hospitalización o tratamiento sin consentimiento 42
6.2. Aislamiento (uso y motivo de ingreso, régimen, condiciones materiales) 45
6.3. Violencia institucional 46
6.4. Violencia entre pares 46
7. Gestión del personal 47
7.1. Condiciones laborales 48
7.2 Formación del personal 49
8. Autonomía 50
8.1. Autonomía en el régimen de actividades 50
8.2. Respeto por el ejercicio de su capacidad jurídica 51
8.3. Autonomía en la atención en salud 51
VII. Hallazgos de la Unidad Forense de Mediana Complejidad II (UFMC-II) 53
1. Régimen y Actividades 53
1.1. Ingreso, clasificación y segmentación de las personas 53
1.2. Uso del tiempo (régimen de internación, oferta programática, intervención psicosocial) 55
2.- Contacto con el mundo exterior 58
2.1. Vinculación con familiares y personas significativas 58
2.2. Vinculación con la comunidad 59
3. Condiciones materiales 61
3.1. Infraestructura: emplazamiento, edificación y equipamiento 61
3.2. Alimentación y agua 63
3.3. Iluminación, ventilación, calefacción. Higiene y plagas 63

3.4. Servicios sanitarios (baños, lavamanos y duchas). Ropa y cama 64
3.5. Privacidad, intimidad y confidencialidad. Seguridad ante emergencias 64
4. Salud 66
4.1. Acceso a prestaciones y tratamientos de salud 66
4.2. Características y dotación del personal de salud 67
4.3. Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos 68
4.4. Promoción, prevención, control y manejo de enfermedades (transmisibles y no transmisibles) 69
5. Medidas de protección 70
5.1. Acceso a la justicia 70
5.2. Egreso 70
5.3 Acceso a información 72
5.4. Mecanismos de solicitudes y de quejas 73
5.5. Medidas de prevención y supervisión independiente 74
6. Trato 75
6.1. Medidas de control, contención y uso de la fuerza (sujeciones físicas/farmacológicas), procedimientos irreversibles, hospitalización o tratamiento sin consentimiento 75
6.2. Aislamiento (uso y motivo de ingreso, régimen, condiciones materiales) 77
6.3. Violencia institucional 78
6.4. Violencia entre pares 78
7. Gestión del personal 79
7.1. Condiciones laborales 79
7.2 Formación del personal 81
8. Autonomía 81
8.1. Autonomía en el régimen de actividades 82
8.2 Respeto por el ejercicio de su capacidad jurídica 82
8.3. Autonomía en la atención en salud 83
VIII. Recomendaciones 85
A. Recomendaciones a la Unidad Forense de Alta Complejidad (UFAC) 85
B. Recomendaciones a la Unidad Forense de Mediana Complejidad II (UFMC-II) 88
C. Recomendaciones al Servicio de Salud Aconcagua 91
D. Recomendaciones al Ministerio de Salud 91
IX. Referencias bibliográficas 92

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 Forense de Alta Complejidad (UFAC) y a la Unidad Forense de Mediana Complejidad II (UFMC-II) pertenecientes al Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo. La visita tuvo lugar los días 17 y 22 de octubre de 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 Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel y, en particular, a los equipos de las unidades forenses visitadas, a las personas con diagnósticos de salud mental bajo cuidado y/o custodia de las unidades y sus familiares, al Servicio de Salud Aconcagua (SSA), al Ministerio de Salud (MINSAL), 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 Comité para la Prevención de la Tortura

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, residencias comunitarias para personas mayores (ex 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 CDPD, 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 una 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 discapacidades[1]. 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 interno[2]. 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 medida[3]. 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 su condición puede agravarse por estar en prisión debiendo tener que ser trasladados a unidades de salud. La misma regla indica que deberá 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 internas/os que lo requieran[4]. 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 social[5].

A nivel regional encontramos diversos lineamientos La Corte Interamericana de Derechos Humanos (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" (Corte IDH, 2022) ha puesto especial énfasis en la debida protección de grupos vulnerables en condición de privación de libertad, en esto ha señalado:

---

[1] Regla 5.2 de 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 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*"

[3] Regla 45.2 de 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 (...)*"

[4] Regla 109 de 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 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 postpenitenciario de carácter psiquiátrico*"

"(...) 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 Derechos Humanos (CIDH) 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 discapacidad mental, además que no podrán ser entendidas discriminatorias las medidas que busquen proteger a personas con discapacidad mental (Principio II párrafo 3 y 4). A su vez, 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 adecuados 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).

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 Nº20.584, 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 y; (iii) 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:

[6] Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales art. 12.1.

"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:
A ser reconocida siempre como sujeto de derechos.
A participar socialmente y a ser apoyada para ello, en caso necesario.
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.
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.
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.
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.
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.
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.
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.
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.
A que su condición de salud mental no sea considerada inmodificable.
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.
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.
A que su información y datos personales sean protegidos de conformidad con la ley N°19.628.
A no ser discriminado por padecer o haber padecido una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.
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 típico[7] y antijurídico[8] se les podrá aplicar una medida de seguridad en el evento que

[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*

hubiere 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 del 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 del Código Procesal Penal)
(2) Las personas que cometen un delito y caen enajenación mental en el curso del 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, inciso 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 las personas internadas (art. 481, inciso 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, inciso 4° del Código Procesal Penal). Se prescribe que el Ministerio Público deberá inspeccionar cada 6 meses los establecimientos psiquiátricos (art. 481, inciso 5° del Código Procesal Penal).

2. Justificación del problema

En Chile, existen seis tipos de centros que brindan atención residencial o psiquiátrica cerrada para personas con diagnósticos de salud mental: (1) Hospitales psiquiátricos; (2) Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP); (3) Servicios de psiquiatría forense; (4) Centros de atención residencial para personas con consumo problemático de alcohol y drogas; (5) Hogares y residencias protegidas para personas con discapacidad mental; *y*, (6) Centros privados de atención psiquiátrica cerrada y residencial. Según la información recopilada por el CPT -a abril del 2021- se observa un total de 403 establecimientos[11], en donde se encuentran alrededor de 6.710 personas con diagnósticos de salud mental bajo el cuidado del Estado (CPT, 2022).

En relación con la modalidad de atención psiquiátrica cerrada, los hospitales psiquiátricos siguen concentrando la mayor cantidad de personas, con 1.080 plazas a nivel nacional (CPT, 2022), pese a que

---

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.

[11] Al respecto, cabe señalar que la recopilación de la información no fue exhaustiva, en la medida que hubo instituciones públicas y privadas que no respondieron satisfactoriamente las solicitudes realizadas, por lo tanto, no se logró catastrar la totalidad de los establecimientos.

uno de los objetivos propuestos por el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) del año 2001 -y también reforzado en el correspondiente del 2017- es la desinstitucionalización de las personas, por medio de la implementación de medidas alternativas de residencia y apoyo social en la comunidad. Además, es importante mencionar que el funcionamiento de estos recintos es complejo, dado que reúnen a unidades de internación psiquiátrica de diferentes características en su interior, tales como Corta y Larga Estadía, Forense, Infanto-Juvenil, entre otras.

Por otro lado, el CPT considera relevante examinar estos centros, dado que – de acuerdo con el análisis de distintas fuentes de información[12]- se han descrito diversas vulneraciones a los derechos humanos de las personas que residen en ellos, a lo largo del país, tales como: el uso de medidas de contención sin el seguimiento adecuado de su protocolo; la utilización de salas de aislamiento como método de castigo; hospitalizaciones involuntarias; la aplicación de Terapia Electroconvulsiva (TEC) en su versión no modificada; malos tratos; condiciones laborales deficientes; y limitadas acciones de monitoreo/supervisión por autoridades u organismos independientes para prevenir la ocurrencia de tortura o malos tratos.

Es importante tener presente que dentro de la red de atención psiquiátrica cerrada se encuentran las unidades forenses. Respecto de ellas, el Ministerio de Salud (2018), señala 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" (p. 73).

A nivel nacional existen 3 servicios que tienen unidades de cumplimiento de medidas de seguridad. las que están radicadas en el Servicio de Salud Aconcagua, Servicio de Salud Metropolitano Norte y Servicio de Salud Concepción. Por su parte, existen 4 Unidades de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI) a nivel nacional, ubicadas en el Servicio de Salud de Antofagasta, Servicio de Salud Aconcagua, Servicio de Salud Metropolitano Norte y Servicio de Salud Araucanía Sur. Asimismo, a nivel nacional existen 2 Unidades de Psiquiatría Forense Transitoria (UPFT) que tienen vínculo con el Servicio de Salud de Arica y el Servicio de Salud de Valparaíso. Además, se encuentra la Unidad Psiquiátrica Forense Hospitalaria Intrapenitenciaria (UPFHI) del Servicio de Salud de Magallanes. Finalmente, dependiente del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, existe una residencia forense para personas que cumplen medidas de seguridad, siendo la única en el país.

Las medidas adoptadas sobre las personas con diagnósticos de salud mental que han sido declaradas inimputables y sujetas a medidas de seguridad, ha sido una problemática de especial atención por parte de diferentes actores e instituciones internacionales de derechos humanos. Así, la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad (2019) ha señalado que las medidas de seguridad contravienen los derechos al acceso a la justicia y la libertad personal:

"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

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

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).[13]

Así, resulta fundamental que el CPT pueda evaluar los factores de riesgo presentes en dichos establecimientos.

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, la publicación "Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica" (OMS, 2024) ha señalado que *"la labor de los órganos de vigilancia y de la rendición de cuentas, como los tribunales, las instituciones nacionales de derechos humanos, junto con la participación de personas con experiencia vivida, contribuyen a aumentar la visibilidad de los desafíos de derechos humanos y a fomentar el respeto y la protección de los derechos humanos"* (p. 31).

El CPT decidió realizar una visita al Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, especialmente a la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad de Alta Complejidad (UFAC) y la Unidad de Cumplimiento de Mediana Complejidad II (UFMC – II), tomando en consideración dos criterios. En primer lugar, su amplio alcance territorial, ya que en este recinto asistencial se encuentran las únicas unidades de cumplimiento de medidas de seguridad entre las regiones de Arica y Parinacota y Valparaíso. En segundo lugar, su carácter mixto, ya que reúnen a hombres y mujeres, siendo las únicas unidades de cumplimiento de medidas de seguridad con estas características 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 Forense de Alta Complejidad (UFAC) y la Unidad Forense de Mediana Complejidad II (UFMC-II) del Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel.

Como **objetivos específicos** se propuso:
1. Conocer el proceso de ingreso, permanencia, participación y egreso en el establecimiento.

[13] En un sentido similar el Alto Comisionado de las Naciones Unidas (2017) ha visto con preocupación la duración de las medidas de seguridad en algunos países, mencionando: *"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).

2. Conocer las condiciones en que se encuentran las personas y el trato que reciben en el establecimiento.
3. Explorar las condiciones laborales y de gestión del personal en el establecimiento.
4. Elaborar recomendaciones dirigidas a las diversas autoridades con competencia en la administración y funcionamiento de las unidades que inciden en factores asociados a la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.

V. Metodología de la visita

Esta visita tuvo un carácter exhaustivo, en tanto incluyó la evaluación de los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes en sus siete dimensiones (APT, 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 la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad de Alta Complejidad (UFAC) y la Unidad de Cumplimiento de Mediana Complejidad II (UFMC – II) del Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel. 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 y grupales*; (c) *Observación de campo* y (d) *Revisión documental y de registros*. Para cada una de ellas se diseñaron instrumentos o pautas específicas, según la temática y objetivos de la visita, atendiendo a los estándares internacionales sobre condiciones de privación de libertad y derechos de personas con diagnósticos de salud mental bajo cuidado y/o custodia estatal.

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 la condición clínica en la que se encontraban algunas/os usuarias/os -tales como alteraciones del juicio de realidad, o autismos severos-, 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.

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	Subdimensión
Régimen y actividades	Ingreso, clasificación y segmentación de las personas
	Uso del tiempo (régimen de internación, oferta programática, intervención psicosocial)
Contacto con el mundo exterior	Vinculación con familiares y personas significativas
	Vinculación con la comunidad
Condiciones materiales	Infraestructura: emplazamiento, edificación y equipamiento
	Alimentación y agua
	Iluminación, ventilación y calefacción. Higiene y plagas.
	Servicios sanitarios (baños, lavamanos y duchas). Ropa y cama
	Privacidad, intimidad y confidencialidad. Seguridad ante emergencias
Salud	Acceso a prestaciones y tratamientos de salud
	Características y dotación del personal de salud
	Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos
	Promoción, prevención, control y manejo de enfermedades (transmisibles y no transmisibles)
Medidas de protección	Acceso a la justicia
	Egreso
	Acceso a información
	Mecanismos de solicitudes y de quejas
	Medidas de prevención y supervisión independiente
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 pares (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 de protocolos, formación en derechos humanos 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

Fuente: Elaboración propia.

4. Procesamiento y análisis de la información

La información recopilada fue sistematizada en una matriz de análisis, diseñada por el CPT 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.

Luego, para el estudio 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. A su vez, 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.

Finalmente, para evaluar los niveles de desempeño de cada una de las dimensiones indicadas en el apartado anterior, el equipo utilizó una rúbrica de cinco niveles: (i) sobresaliente; (ii) bueno; (iii) parcial; (iv) insuficiente; y (v) ausente. La descripción de cada uno se señala en la siguiente tabla.

Tabla N°2: Niveles de desempeño de las dimensiones y sus descripciones

Sobresaliente	Bueno	Parcial	Insuficiente	Ausente
Las condiciones evaluadas cumplen con el estándar y se identifican buenas prácticas.	Las condiciones evaluadas coinciden, en su mayoría, con el estándar.	Las condiciones evaluadas cumplen sólo en parte con el estándar.	Las condiciones evaluadas se encuentran significativamente por debajo de la media para alcanzar el estándar.	No hay evidencia que reporte avances orientados a alcanzar el estándar.

Fuente: Elaboración propia

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 de la Unidad Forense de Alta Complejidad (UFAC)

A continuación, se presentan los hallazgos encontrados en la Unidad Forense de Alta Complejidad (UFAC) del Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, los cuales están divididos 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) La unidad no rechaza el ingreso por motivos arbitrarios; (2) El ingreso a una unidad forense es por orden judicial para i) Evaluación pericial o ii) Cumplimiento de medidas de seguridad; (3) Las personas ingresan a unidades forenses y no derivadas a unidades clínicas; (4) No se encuentran juntas personas en evaluación forense y personas cumpliendo medidas de seguridad; (5) Las personas cuentan con un diagnóstico o indicadores actualizados previo a su ingreso a la unidad; (6) Las personas son internadas en una unidad correspondiente a su sexo/género. Si el establecimiento es mixto, existe segmentación de dormitorios y baños diferenciados según sexo/género.

En el contexto de la visita, se informa que las personas ingresan a la unidad luego de una evaluación por psiquiatría en el servicio de urgencia del hospital. Esto es así debido a que el servicio de urgencia cuenta con psiquiatra permanente -24 horas al día-, por lo tanto, en caso que la persona sea trasladada a la unidad en horario inhábil, aseguran que reciba evaluación psiquiátrica al momento del ingreso.

A su vez, se informa que todas las personas ingresan a la unidad por orden judicial para el cumplimiento de medidas de seguridad. De esta forma, ya recibieron una evaluación forense y fueron declaradas inimputables por parte de un tribunal de justicia. Se indica que hace un tiempo atrás, era habitual recibir en la unidad personas imputadas que estaban en proceso de peritaje, sin embargo, ahora solo reciben personas que ya cuentan con evaluación de inimputabilidad para el cumplimiento de medidas de seguridad. También se indica que existe la posibilidad de ingreso a la unidad por orden del juez de garantía, en caso que la persona que se encuentra en un centro penitenciario cumpliendo su condena caiga en "enajenación mental". En ese caso, se tiene la facultad de cambiar la condena a una medida de seguridad.

Al momento de la visita, como se observa en la tabla N°3, la mayoría de las personas internas son hombres. Por otra parte, como se observa en las tablas N°4 y N°5, alrededor de un 50% de las personas que ingresan a la UFAC lo hacen desde la UEPI del hospital y provienen de la región de Valparaíso. A su vez, un 50% de los ingresos corresponden a traslados de otras unidades forenses o unidades de enfermería en cárceles, especialmente de la zona norte del país.

Tabla N°3. Número de personas internas en UFAC por sexo/género y tramos de edad

Tramos de edad UFAC	Hombres	Mujeres
De 18 a 29 años	7	3
De 30 a 59 años	9	0
Más de 60 años	1	0
Total	17	3

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de HPP (octubre, 2024).

Tabla N°4. Número total de ingresos a UFAC por año y origen del ingreso (octubre, 2024)

Año	Número de ingresos	Origen del ingreso

2022	31	15 desde UEPI HPP
		16 desde exterior
2023	26	13 desde UEPI HPP
		13 desde el exterior
2024*	16	7 desde UEPI HPP
		9 desde el exterior

* Dato a octubre de 2024

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de HPP (octubre, 2024).

Tabla N°5. Número de personas internas en UFAC por región de origen

Región de origen	**Número de usuarios**
Región Arica y Parinacota	1 usuaria/o
Región Antofagasta	2 usuarias/os
Región Atacama	2 usuarias/os
Región Coquimbo	1 usuaria/o
Región Valparaíso	10 usuarias/os
Región Metropolitana	2 usuarias/os
Región O'Higgins	1 usuaria/o

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de HPP (octubre, 2024).

Al momento del ingreso, se señala que la persona llega a la unidad con custodia de Gendarmería. Cuando se recibe en la unidad, se completa una hoja de ingreso que incluye la realización de un examen físico (sin desnudarse completamente) y evaluación de heridas, tatuajes o cicatrices por parte de enfermera/o y TENS. En específico, se informa que al momento del ingreso se realizan test de drogas e infecciones de transmisión sexual (ITS).

La/el psiquiatra de la unidad evalúa a la persona en el horario hábil más próximo luego de su ingreso. Si la persona se encuentra en condiciones para una evaluación integral, se realiza evaluación por el equipo interdisciplinario conformado por psiquiatra, enfermera/o, psicóloga/o, asistente social y TENS. Si la persona no está en condiciones, la evalúa en su dormitorio solo la/el psiquiatra con la/el enfermera/o. A su vez, junto a la entrevista inicial por parte del equipo profesional, se realiza una entrevista con la red de apoyo familiar, de manera presencial o a través de videollamada. Esto se complementa con una evaluación de nutricionista, para establecer el régimen de alimentación en la unidad, y médico somático si se pesquisa la presencia de enfermedades físicas.

En el marco de la visita del CPT, se informa que, si la persona que ingresa proviene del "*exterior*", debe permanecer en su habitación individual durante 2-3 días, en observación, para su evaluación y progresiva adaptación al régimen de la unidad. Durante ese período, a la persona se le lleva comida a su habitación, solo mantiene contacto con el personal y una interacción mínima con sus pares al momento de la ducha y las salidas al baño.

A su vez, en ocasiones, las personas que ingresan a la unidad desde el *"exterior"*, son ubicadas en las salas denominadas *"módulos"* (ver imagen N°10) que son dos habitaciones individuales con inodoro que se encuentran en las cercanías de la estación de enfermería (*"círculo"*). Estas habitaciones se usan habitualmente cuando las personas que ingresan presentan enfermedades de salud física que pueden ser contagiosas o están transitando por cuadros de abstinencia a drogas. Se señala que la persona permanece en estas salas bajo observación durante 2-3 días y no participa de la rutina diaria de la unidad.

Luego que la persona permanece unos días en su pieza individual o en el *"módulo"*, si está *"estabilizada"* se integra a la rutina de la unidad. En caso de traslados desde UEPI del hospital, se señala que debido a que

las personas ya *"vienen estables"* se suelen incorporar a la rutina en el sector de custodia de forma inmediata (comedor y sala de estar).

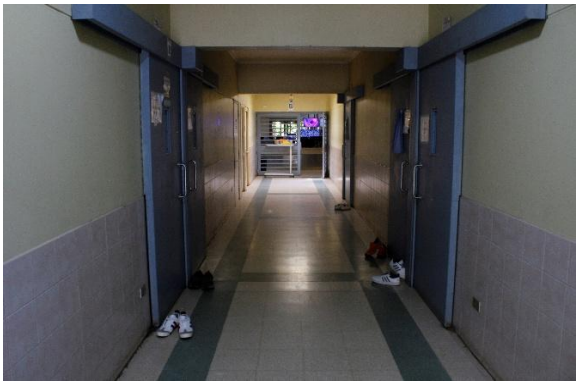
Debido a que los ingresos a la unidad están definidos por el tribunal que decreta la medida de seguridad, el recinto no tiene criterios de inclusión y/o exclusión. Se indica que esto ha generado algunas complejidades, especialmente cuando ingresan personas que tienen un perfil *"antisocial"* y no *"psiquiátrico"*, ya que suelen tener conductas disruptivas en la unidad y llevar a cabo relaciones abusivas hacia sus pares. En estos casos, ni el hospital ni el tribunal tiene facultades para egresar a la persona, ya que el juicio oral estableció la medida de seguridad.

En las entrevistas al personal, se menciona que lo anteriormente descrito genera un *"conflicto ético",* ya que la persona interna no debería haber ingresado, pero es preferible que permanezca en la unidad ya que, si bien *"no son pacientes, siguen siendo personas peligrosas"*. Al respecto, se reporta que el perfil de ingreso habitual son personas que "*caen en estado psicótico producto del consumo de drogas"* y cometen robos a familiares, quienes realizan denuncias y al vulnerar órdenes de alejamiento por desacato tienen conflicto con la ley y al contar con historial de atención psiquiátrica, llegan a cumplir medidas de seguridad en la unidad.

Por otra parte, en el contexto de la visita, se señala que no se cuenta con un protocolo de segmentación en la unidad, sin embargo, se detallan ciertas orientaciones que regulan la segmentación entre las personas internas. Al respecto, se reporta que cuando ha habido conflictos entre hombres, se trata de que cada uno se disponga en habitaciones ubicadas en alas distintas (norte o sur), para evitar que se encuentren y puedan discutir, por ejemplo, en los baños.

Por otra parte, debido a que las cuatro unidades forenses del hospital son mixtas y, por lo tanto, la UFAC recibe tanto a hombres como mujeres, se informa que la segmentación en las 20 habitaciones individuales que se distribuyen en ala norte y ala sur, las mujeres se encuentran en los últimos dormitorios ubicados en una de las alas. Además, en ese sector cuentan con un baño exclusivo para ellas y tienen salidas diferidas para el uso de las duchas. En la medida que cada ala cuenta con 10 dormitorios y en un sector se ubican 3 mujeres y 7 hombres, se indica que las mujeres se levantan más tarde, cuando todos los hombres ya se han duchado. De esta manera, una vez que los hombres se encuentran vestidos en el sector de custodia, se abren las habitaciones individuales de las mujeres y pueden acceder a las duchas.

Este criterio de segmentación entre hombres y mujeres prevalece durante las horas de encierro. Cuando las personas internas se encuentran en sus habitaciones, pueden solicitar el acceso al baño a través de un citófono que comunica con la estación de enfermería. Un/a funcionario/a tiene el control de la puerta y cuando la abre, observa por cámara que efectivamente la persona interna vaya al baño. Como en los baños no hay cámaras y, además, hay un espacio previo a entrar a los baños que es un punto ciego, hombres y mujeres tienen salidas diferidas para su uso. Se informa que si hay mucha premura y dos personas solicitan acudir al baño al mismo tiempo, acude un/a funcionario/a a mirar que entren a baños diferentes, ya que, como se ha señalado, en el sector mixto, hay un baño que los hombres no pueden utilizar y está reservado solo para mujeres. Ahora bien, más allá de estas segmentaciones en el uso de baños y duchas, hombres y mujeres pueden interactuar en los espacios comunes y participar en conjunto en todas las actividades programadas.



Imágenes N°1 y N°2. Pasillos de las alas UFAC.

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

Estándares evaluados: (1) La unidad proporciona los recursos y los espacios necesarios para garantizar que las personas interactúen y participen en actividades de recreación; (2) La unidad ofrece actividades adecuadas a las necesidades e intereses de las personas de forma regular; (3) Las personas tienen acceso a patio el tiempo suficiente para su bienestar; (4) El personal proporciona información sobre las actividades disponibles y facilita su acceso; (5) Cada persona tiene acceso a programas psicosociales adecuadas y de calidad.

En relación con el régimen de la unidad, se informa que comienza a las 07:00 cuando las personas internas reciben su tratamiento farmacológico. Para ello, tienen que salir de sus habitaciones individuales y hacer una fila en el pasillo de su sector, frente a la estación de enfermería. Luego, se vuelven a acostar en sus habitaciones y alrededor de las 08:00, con el cambio de turno del personal, se comienzan a levantar y duchar.

Las personas internas se bañan todos los días. En el caso de los hombres, los lunes, miércoles y viernes corresponde el afeitado, con supervisión del personal a cargo. Cuando los hombres terminan, las mujeres se levantan y pasan a las duchas. La rutina de duchas es supervisada por auxiliares y TENS, sin embargo, no se presta asistencia, porque todas las personas internas son autovalentes. Las mujeres en ocasiones piden lavarse el pelo día por medio.

Luego de vestirse y hacer sus camas, todas las personas internas pasan al sector de custodia (no pueden quedarse en sus piezas). Reciben control de signos vitales, pueden fumar el primer cigarro del día y esperan el desayuno alrededor de las 09:30. Se informa que tienen que estar todas/os sentadas/os, en silencio, se abre una ventanilla y las/os empiezan a llamar por su nombre, se sienta una/o y pasa la/el otra/o, tienen que comer sin hablar y no se pueden parar hasta que termina la/el última/o. Luego del desayuno, permanecen en el sector de custodia. En este sector cuentan con televisión, un taca-taca y una mesa de ping-pong.

Imagen N°3. Sector de custodia – sala de estar UFAC

Durante la mañana, se programan actividades de acuerdo al día. Tres días a la semana tienen visita médica a cargo de la/el psiquiatra de la unidad, junto al equipo profesional. A su vez, en caso que las personas internas tengan controles agendados, salen de la unidad en compañía del personal a recibir su atención de salud en otros sectores del hospital o fuera del establecimiento. Otro aspecto relevante de la rutina, es la organización de *"semaneros"* que están a cargo de realizar el aseo de las mesas y el piso del comedor luego de cada comida.

A las 12:00 es el almuerzo. Se indica que se mantiene la misma dinámica del desayuno: las personas esperan sentadas y se paran a buscar su almuerzo, para luego comer en silencio. Posteriormente, las personas internas se dirigen a sus habitaciones individuales para tomar la *"siesta"*. Permanecen allí de manera obligatoria hasta las 14:30 bajo la supervisión de un/a TENS que queda a cargo de las cámaras de vigilancia. En ese lapso las/os funcionarias/os se coordinan para ir a su almuerzo. Sobre esta medida de permanencia en las habitaciones, algunas personas internas entrevistadas refieren: *"Cuando entro me angustio, no me gusta estar encerrada", "Todo ese tiempo que uno está encerrado es torturante"*.

A las 14:30 salen de sus habitaciones a fumar un cigarro y vuelven incorporarse al sector de custodia. A las 15:00 reciben su tratamiento farmacológico y esperan la once que se sirve alrededor de las 16:00. A las 16:30 salen todas las personas internas al patio, *"para que caminen"*, pudiendo fumar otro cigarro. A las 17:30 corresponde el último cigarro del día. A las 18:00 se sirve la cena y posterior a eso las personas internas se dirigen a sus habitaciones. A las 20:00 horas es el cambio de turno y a las 21:00 las personas internas salen de sus piezas para recibir control de signos vitales, su tratamiento nocturno, un postre o colación y se van al descanso hasta el otro día. Se informa que, debido a los efectos de los medicamentos, a las 21:30 la mayoría de las personas internas ya están durmiendo. Durante la noche se observan los dormitorios a través de las cámaras de vigilancia desde la estación de enfermería.

En relación con la circulación de las personas, se informa que no pueden transitar en los pasillos durante el día y deben permanecer en las áreas comunes bajo supervisión. Además, solo pueden acceder al comedor y sala de estar (sector de custodia), el patio y los talleres, en los horarios establecidos para ello. Cabe destacar que en el horario de *"siesta"* y durante la noche, las puertas de las habitaciones se encuentran cerradas bajo un sistema electrónico que opera desde el *"círculo"* y para acudir al baño, deben solicitar autorización por medio de un citófono dispuesto en cada pieza. Al respecto, durante la visita se observa la presencia de urinarios portátiles (*"patos urinarios"*) en las habitaciones, debido a que las personas internas no tienen libre acceso a la sala de baños. Por otra parte, se informa que durante el día -cuando se encuentran en el sector de custodia- las personas internas pueden salir al patio, sin embargo, acceder a

dicho espacio queda finalmente a criterio de las/os TENS y auxiliares de turno. Sobre este punto, el personal indica que *"depende del clima, depende cómo se han portado, si están muy demandantes o no"*.

Imágenes N°4 y N°5. Patio y áreas verdes UFAC.

Respecto a los horarios de encierro, en las entrevistas se plantea que debería implementarse en la unidad un horario de verano y un horario de invierno para el inicio y el término de la rutina. Esto adquiere especial relevancia en relación con el ingreso a las habitaciones, ya que cuando se oscurece más tarde las personas internas desean quedarse más tiempo en custodia, debido al escaso material de entretenimiento que está disponible en sus dormitorios.

En términos de la oferta programática de la unidad, se informan ciertas actividades que se realizan de forma regular o permanente:

Por ejemplo, los miércoles se realiza la *"asamblea",* donde participan todas las personas internas. Se señala que en esta instancia se ponen de acuerdo para celebrar los cumpleaños y coordinar actividades relacionadas con las festividades. También se abordan situaciones cotidianas, por ejemplo, se ponen de acuerdo respecto al día que van a dedicar para ordenar la ropería cuando está muy desordenada. Este espacio de asamblea es coordinado por la/el psicóloga/o, la/el terapeuta ocupacional y un facilitador de la unidad.

Sobre la implementación de actividades recreativas, la actividad principal en la unidad es ver televisión. El televisor cuenta con plataformas de streaming para ver películas y partidos de fútbol. En la unidad también se utiliza para ver videos musicales o practicar karaoke. Para eso, las personas internas anotan sus temas preferidos en una lista y de forma aleatoria se coloca la canción elegida. En las entrevistas, se menciona un taller de literatura, donde las personas internas han escrito cuentos y cartas a la familia. A su vez, la unidad cuenta con una pequeña biblioteca que contiene algunos libros, principalmente de literatura. Las personas internas también pueden colaborar en actividades de jardinería, tales como cortar el pasto del patio. A su vez, se menciona que en ocasiones especiales juegan a la lotería con premios. En las entrevistas, se menciona que anteriormente se desarrollaba un taller de cocina, un invernadero, un huerto y un compost en el patio de la unidad, sin embargo, estas iniciativas se restringieron por una situación de autolesión por parte de una de las personas internas y no se han retomado.

En lo referente a actividades religiosas, los martes asiste una pastora y un pastor a la unidad y realizan un culto religioso, que consiste en leer biblia y realizar alabanzas. En esta instancia, participan algunas personas internas que son creyentes.

En cuanto a actividades deportivas, se realizan los martes y jueves en la mañana, a cargo del facilitador. Se señala que asisten a jugar a la pelota a la cancha que se encuentra dentro de la unidad, ya que como están con medidas de seguridad *"es más difícil sacarlos"*. En algunas entrevistas, se menciona que esta actividad es obligatoria y todas/os tienen que participar.

Respecto a la oferta educacional, se menciona que los días miércoles y viernes se realiza la escuela hospitalaria. En esta instancia, estudiantes de un instituto profesional realizan ejercicios de comprensión lectora y matemática básica (actividades de nivelación de estudios) dirigidos a las personas internas más jóvenes que no han culminado su enseñanza media. Con estudiantes del mismo instituto, se menciona la realización de un taller de habilidades comunicativas (Podcast) con algunas/os usuarias/os de la unidad.

En el ámbito sociolaboral, se menciona la realización de un taller de carpintería, centrado en la artesanía en madera. Sin embargo, se indica que las personas internas tienen que pasar una evaluación previa debido a que las herramientas que se utilizan en dicho espacio pueden ser de riesgo. Se señala que esta instancia está a cargo del facilitador y terapeuta ocupacional, y asisten alrededor de 6 usuarias/os de la unidad.

Evaluación de la dimensión: parcial

Se valora que no existan criterios de exclusión por motivos arbitrarios a la unidad, y que las personas que ingresan a la unidad en la actualidad, efectivamente deban cumplir medidas de seguridad. También se destaca que se realice una evaluación interdisciplinaria al ingreso, y que exista segmentación por género en dormitorios y baños.

En cuanto a los aspectos a mejorar, se observa una rutina rígida y restrictiva, así como también lo es la circulación por la unidad. Por otra parte, se debería garantizar el acceso a baño permanente, y una oferta programada más variada, que recoja los intereses de las/os usuarias/os.

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). 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.

2.1. Vinculación con familiares y personas significativas

Estándares evaluados: (1) Las comunicaciones telefónicas y/o videollamadas están disponibles gratuitamente; (2) Las personas pueden recibir visitas, elegir a quiénes ver y compartir con ellas en cualquier horario razonable; (3) El establecimiento proporciona asistencia, además de motivar el contacto con familiares y amigas/os de las/os internas/os; (4) Las personas pueden recibir encomiendas.

En el contexto de la visita, se informa que las personas internas pueden recibir llamados telefónicos todos los días, excepto los martes y jueves en la mañana que se encuentran en actividades deportivas. De un modo opuesto, las personas internas sólo pueden realizar una llamada telefónica al mes. En ambos casos, la llamada es de 10 minutos de duración. Las llamadas se realizan en la estación de enfermería *("círculo")*, por lo tanto, estas comunicaciones no son privadas y son supervisadas. Incluso se indica que cuando la familia presenta alguna *"conducta antisocial"*, por ejemplo, utiliza un lenguaje grosero o inadecuado, se les llama la atención y si la situación continúa, se corta el llamado.

La unidad cuenta con un celular institucional por medio del cual se pueden realizar videollamadas. Este generalmente es manejado por el/la trabajador/a social y se revisa continuamente, para conocer si algún

familiar dejó algún mensaje para agendar la realización de una videollamada. Por medio de este aparato, las personas internas pueden realizar videollamadas una vez a la semana, de 10 minutos de duración, con acompañamiento de el/la trabajador/a social. Esta modalidad se ha mantenido en la unidad luego de la pandemia por COVID-19, ya que se ha evaluado positivamente su uso para mantener contacto con la familia.

En cuanto a las visitas, se informa que el horario de visitas es de lunes a domingo de 10:00 a 12:00 y de 15:00 a 17:00. Las visitas son programadas y deben ser avisadas con anticipación. Para ello, la familia informa a el/la trabajador/a social vía celular institucional su día y horario de visita. En cada visita, pueden asistir máximo dos familiares por cada residente, quienes se ubican en una de las dos salas dispuestas para ello, que cuentan con condiciones de privacidad, pero monitoreo por cámara. En el contexto de las visitas, las personas pueden estar juntas y mantener contacto físico, sin embargo, una/un funcionaria/o de la unidad está a cargo de revisar las cámaras durante todo el encuentro. Las personas internas no pueden consumir alimentos con sus familiares o personas significativas.

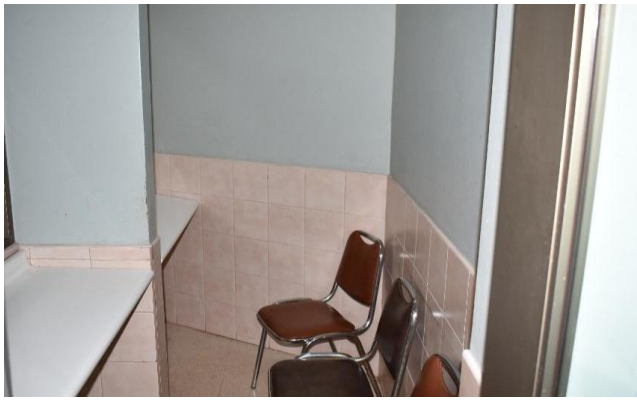


Imagen N°6. Sala de visitas UFAC.

Se informa que según las circunstancias y los delitos que hayan cometido las personas internas, algunas han perdido contacto con sus familias y no reciben visitas. A su vez, se menciona que alrededor de la mitad de las personas internas reciben visitas de forma regular. Al respecto, se indica que es habitual que familiares que provienen de lejos, se queden algunos días en Putaendo y acudan dos o tres días seguidos a visitar a su ser querido, durante la mañana y la tarde. También ocurre regularmente que cuando vienen de visita, se entrevistan con el/la trabajador/a social o la psicóloga/o.

Por otra parte, se menciona que cuando la familia debe comunicar malas noticias que pueden afectar a la persona interna, las deben informar previamente al equipo profesional. El personal refiere que, frente a estas situaciones, se trata de *"abordar de otra manera para que el paciente no llegue al desajuste. Entonces ahí nosotros hacemos reunión como equipo y vemos cómo lo vamos a abordar"*. Se indica el caso de una persona interna que para ser informada de un accidente en que fallecieron varios familiares se decidió *"aplicar un SOS previo. O sea, lo inyectamos el día anterior y al otro día le comentamos para que estuviera más plano, se le dio otro SOS y ahí él fue asimilando de a poco"*.

Durante las visitas, se suelen recibir las encomiendas de las/os familiares, con productos sellados y rotulados, tales como papel higiénico, champú, jabón y cigarros. También se recibe ropa, libros y juegos.

2.2. Vinculación con la comunidad

Estándares evaluados: (1) El establecimiento permite, apoya y gestiona la asistencia a actividades comunitarias y de asistencia social en el recinto; (2) Las personas pueden mantenerse informadas a través de un medio de comunicación (televisión, prensa, radio, taller u otros).

Durante el trabajo de campo, se informa que la UFAC al ser, como su nombre lo indica, una unidad forense de alta complejidad que recibe *"usuarios con orden judicial no podemos hacer nada hacia afuera"*. De esta manera, las personas internas tienen limitadas salidas al exterior del recinto.

A pesar de lo anterior, se indica que hace dos años se habían comenzado a implementar algunos cambios en lo que refiere a oferta programática, incluyendo actividades psicosociales y con la comunidad. Se reporta que alrededor de 10 personas internas pudieron participar de las olimpiadas del hospital, el festival de la voz y una gala folclórica organizada para fiestas patrias, incluso se asistió a una feria de salud mental fuera del establecimiento. No obstante, se menciona que estas iniciativas se restringieron luego de un incidente de autolesión. De esta manera, *"para no tener problemas"* se han limitado las actividades con la comunidad y las personas internas solo reciben visita de familiares, a pesar de que eso implica *"tenerlos encerrados en una burbuja mucho tiempo"*.

Finalmente, se informa que las personas internas ven *"harta tele"*. Del mismo modo, tienen acceso a radio en el sector de custodia. Así, se mantienen informadas del acontecer nacional y toman conocimiento de las noticias del mundo a través de radio y televisión. No tienen acceso a computador con internet y el diario no es algo solicitado o que esté disponible en la unidad.

Evaluación de la dimensión: parcial

En relación la vinculación con familiares y personas significativas, se valora que las personas puedan recibir llamadas diariamente, así como también, realizar videollamadas, recibir visitas e informarse a través del uso de televisión y radio.

En cuanto a los aspectos a mejorar, destaca la necesidad de extender los días en que ellas mismas puedan realizar llamadas, y flexibilizar la duración de estas mismas. Además, se propone garantizar la privacidad de las comunicaciones, y volver a fomentar la realización de actividades que las vinculen con la comunidad y el exterior, así como disponer de otros medios de comunicación, tales como computadores, toda vez que aquello favorece la inserción comunitaria y rehabilitación.

3. Condiciones materiales

En esta dimensión se analizan los ámbitos de infraestructura: emplazamiento, edificación y equipamiento; alimentación y agua; iluminación, ventilación y calefacción. Higiene y plagas; servicios sanitarios (baños, lavamanos y duchas). Ropa y cama; privacidad, intimidad, confidencialidad. Seguridad ante emergencias.

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, mobiliario incluido, se encuentra en buen estado de conservación, es amplia y cómoda, además de permitir el acceso a personas con discapacidad y las necesidades específicas de las/os residentes; (2) El establecimiento cuenta con dependencias específicamente designadas como zonas de recreación; (3) Los dormitorios y otras dependencias tienen suficiente espacio para cada persona y sin hacinamiento.

En el marco de la visita, se informa que la unidad se inauguró el año 2002 y para su edificación se tomó como referencia un modelo canadiense de psiquiatría forense. Desde su construcción, las instalaciones no han tenido mayores reparaciones, ya que la unidad no formó parte de la renovación del hospital, a diferencia de las dependencias en que se encuentran las otras tres unidades del sistema de psiquiatría forense.

Como se ha señalado anteriormente, la unidad cuenta con 20 camas dispuestas en habitaciones individuales, las que se distribuyen en dos alas -norte y sur-, reuniendo 10 dormitorios cada una. Se informa que las habitaciones cuentan con cámara de vigilancia permanente, así como un citófono para comunicación con la clínica de enfermería. Desde ese sector, se controla la puerta de acceso y restringe la circulación de las personas durante los horarios de encierro.

Imágenes N°7 y N°8. Habitaciones UFAC.

Imagen N°9. Control electrónico de habitaciones UFAC.

A su vez, la unidad cuenta con 2 habitaciones de observación o aislamiento denominadas *"módulos"*, que contienen una cama y un inodoro. Cada habitación se ubica en dirección poniente y oriente, respectivamente, frente a la clínica de enfermería (también denominado *"círculo"*, ya que tiene una conformación circular panóptica), para supervisión directa del personal. Se señala que los *"módulos"* en un inicio tenían cama y muralla acolchada, sin embargo, las personas que fueron ingresando a estas salas

rompieron el acolchado y finalmente se optó por retirarlo. Actualmente, cada módulo cuenta con una cama de madera, y debido a su dureza, puede favorecer que la persona interna se haga daño, por lo que se ha solicitado su recambio por una cama empotrada, similar a las dispuestas en las habitaciones individuales que se encuentran en las alas.

Imagen N°10. Habitación *"módulo"* UFAC.

El edificio cuenta con una sala de estar y comedor en el sector que se denomina *"custodia"*. A su vez, en comparación a otras unidades, se reporta que la UFAC posee un amplio patio con áreas verdes, además de una cancha pavimentada al interior de las dependencias que es utilizada por las personas internas para la realización de actividades deportivas. El recinto también cuenta con oficinas administrativas para el personal de la unidad.

Imagen N°11. Patio y áreas verdes UFAC, a un costado la cancha pavimentada.

Se menciona que, si bien la infraestructura es antigua, en términos generales, se encuentra en buenas condiciones. A pesar de ello, en ciertos sectores se observa que la pintura está desgastada. Ahora bien, se informa que cuando ocurre un desperfecto, tales como la afectación de una cámara de seguridad o de una llave de agua, se emite una orden de reparación y el área de mantención del hospital acude prontamente a realizar los arreglos necesarios.

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, encontrándose limpias y en buen estado; (3) La cocina se limpia con regularidad.

En relación con la alimentación en la unidad, en las entrevistas se indica que es de buena calidad y adecuada en porciones, sin perjuicio de que las personas internas *"siempre van a querer más"*. Al respecto, se informa que las/os residentes tienen evaluación nutricional de forma mensual y se les adecua el menú según su estado nutricional y preferencias alimentarias, existiendo 4 regímenes de alimentación: *"hipograso", "hipocalórico", "común"* y *"celíaco"*. Un aspecto a destacar refiere que, en la asamblea de los miércoles, se propuso la realización de una *"once mejorada"* el día 24 de octubre -fecha posterior a la visita-, en la que se prepararían churrascos. Además, es importante mencionar que se cuenta con acceso a agua potable permanente en los baños 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, además que se limpia de forma rutinaria; (3) El establecimiento no tiene factores de riesgo para el desarrollo de zoonosis ni se observa la presencia de vectores; (4) En caso de factores de riesgo para zoonosis o presencia de vectores, el establecimiento actúa oportuna y adecuadamente para su erradicación.

En cuanto a la iluminación, se indica que las dependencias tienen acceso a luz natural. Por otra parte, la calefacción es por caldera a través de loza radiante, lo que favorece un ambiente templado en invierno. En términos de ventilación, se menciona que, si bien la unidad no cuenta con aire acondicionado, el emplazamiento y la edificación del recinto permite una temperatura adecuada en verano. Sin embargo, en algunas entrevistas se indica que en ocasiones *"se pasa calor"* en días de mayor temperatura.

Respecto a la higiene de la unidad, se informa que tres auxiliares de aseo dividen sus funciones para el mantenimiento de la limpieza: una/o está a cargo del comedor, otra/o del sector de custodia y una/un última/o a realizar el aseo de los baños y pisos. En términos generales, se observa que la limpieza es adecuada y en las entrevistas se menciona: *"Siempre hay un tío que pasa la mopa y deja todo limpio"*. Junto con estas labores de aseo, se indica que las/os auxiliares también se encargan de buscar la ropa de la lavandería, así como de repartir la once y el almuerzo, ya que conocen los regímenes de alimentación de las personas internas. No se reporta la presencia de plagas y/o vectores en la unidad.

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

Estándares evaluados: (1) Los baños están limpios y funcionan adecuadamente. Además, están adaptados para cumplir con el acceso universal; (2) Las personas tienen artículos de aseo suficientes; (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 (al clima, a sus necesidades y preferencias).

Cada ala de la unidad, donde se encuentran las habitaciones, cuenta con 2 baños y 3 duchas. Respecto a los baños, se observa un urinario que no está operativo, incluso está cubierto con una bolsa de basura. Con relación a estos desperfectos en los servicios higiénicos, se señala que los baños, las tazas y los lavamanos son empotrados y fueron traídos del extranjero, por lo tanto, no tienen repuestos a nivel nacional, lo que ha dificultado su reparación.

Imágenes N°12 y N°13. Baños UFAC.

En cuanto a las duchas, se menciona que una ducha de un ala no está operativa. Debido a que son individuales y se ocupan bajo supervisión, no han tenido mayores dificultades en utilizar las que están disponibles, pero eso ha implicado un mayor retraso en esta rutina diaria. A su vez, las personas internas refieren que en ocasiones el agua *"no sale caliente",* viéndose especialmente afectadas las que se bañan *"al último"*. En este sentido, se señala que se ha conversado con el grupo para que no se demoren tanto en la ducha y así el agua pueda alcanzar para el resto. Como se ha descrito más arriba, el acceso a los baños está restringido y su uso es controlado por el personal. Cuando una persona va al baño, se monitorea a través de cámara de seguridad o una/un auxiliar acude a supervisar su uso adecuado en caso de demora.

Imágenes N°14 y N°15. Duchas UFAC.

Sobre los útiles de aseo, se informa que el establecimiento otorga los implementos necesarios, tales como champú, jabón, desodorante, cepillo y pasta de dientes, cuando la persona no recibe estos insumos de parte de su familia o redes de apoyo. Respecto a la ropa, las personas internas pueden usar ropa y calzado de su elección, prendas que reciben por medio de encomiendas. También se informa que la unidad cuenta con ropa de donación, para quienes necesitan. Las personas internas tienen prohibido intercambiar o regalar prendas de vestir.

Toda la ropa se almacena en un sector denominado *"ropería"*. A su vez, un día a la semana las personas internas pueden lavar su ropa en una lavadora de uso común disponible en la unidad. Para ello, acuden con sus pertenencias y agregan el detergente (comprado por ellas mismas o sus familias), dejan lavando y el personal les avisa cuando la ropa está lista, para que la doblen y la guarden.

3.5. Privacidad, intimidad y confidencialidad. Seguridad ante emergencias

Estándares evaluados: (1) Las dependencias aseguran la intimidad de las personas -habitaciones, baños, etc.- además de proteger la privacidad de las comunicaciones de éstas (visitas, llamadas, etc.); (2) Disponen de espacios suficientes para que las personas guarden sus pertenencias de forma segura; (3) La unidad dispone de medidas de seguridad para proteger a las personas de emergencias y/o desastres.

En el contexto de la visita, se informa que el recinto cuenta con cámaras de vigilancia. En específico, los dormitorios se monitorean de forma permanente para prevenir intentos de suicidio. Los lugares de la unidad que no cuentan con cámaras son las duchas, los baños y la ropería, lugar donde guardan preferentemente sus objetos personales. Al respecto, se menciona que algunas personas luego de las duchas prefieren cambiarse de ropa en ese sector. No obstante, lo hacen con la puerta abierta y bajo supervisión de TENS.

Se menciona que las personas internas se sienten cómodas y seguras en sus habitaciones individuales, sin embargo, no cuentan con objetos personales, tales como cartas o fotografías. Del mismo modo, se restringe el ingreso de ropa o artículos de aseo. En síntesis, en las habitaciones pueden tener principalmente papel higiénico y libros, además de la ropa de cama, que se conforma de sábanas, frazada y cobertor.

Imagen N°16. Monitor de cámaras de vigilancia ala norte UFAC.

En cuanto a los protocolos de emergencia, se informa que estos se establecen a nivel del hospital. Al respecto, el plan de evacuación contempla que la/el TENS que está en clínica debe ponerse una chaqueta con reflectantes, tomar el libro de novedades y salir con las personas internas al patio de la unidad, sector que es indicado como la zona de seguridad. Se reporta que todas las personas internas son autovalentes, por lo tanto, es menos compleja la evacuación, y que se han realizado simulacros de emergencia, participando las/os usuarios de estas instancias. Sin embargo, en las entrevistas a las personas internas

refieren no conocer los protocolos de emergencia: *"No han informado, pero yo creo que los tíos nos sacan al patio"*.

Por otra parte, se informa que la unidad cuenta con extintores, y que el prevencionista de riesgos acude de forma regular a la unidad a examinar sus condiciones.

Evaluación de la dimensión: parcial

Se valora en materia de infraestructura, que la unidad se encuentre limpia, sin presencia de plagas y/o vectores, y que cuente con habitaciones individuales, áreas comunes y patio para realizar actividades deportivas. También, se rescata que tenga acceso a luz natural, un buen sistema de calefacción, y que las reparaciones necesarias se realicen de forma expedita. Asimismo, se destaca que posean una alimentación de buena calidad -según preferencia de usuarias/os y evaluación nutricional-, con agua potable permanente, útiles de aseo y ropa adecuada para las/os residentes. Por último, se pesquisa como positivo que dispongan de protocolos frente a emergencias, conocidos por las/os funcionarias/os, y que las salas de baño y duchas no tengan cámaras de seguridad.

En cuanto a los aspectos por mejorar, se releva que en ciertos sectores existe desgaste por uso o artefactos en mal estado, tales como algunos urinarios, duchas y lavatorios. Además, se debe fortalecer la intimidad y la privacidad de las personas, permitiendo, a modo de ejemplo, un acceso permanente y expedito a la sala de baños, y el ingreso de ropa u otros objetos personales a la habitación. Por último, se pesquisa que algunas personas internas desconocen o no recuerdan las acciones que deben realizar frente a una emergencia.

4. Salud

La CDPD, señala en relación al derecho de la salud (art. 25, inciso 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 usuaria/o; (3) Cuando se necesitan procedimientos de salud o quirúrgicos que no pueden ser proporcionados en la unidad, existen mecanismos de referencia para asegurar que las personas sean derivadas donde 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, además que éstos son revisados y actualizados periódicamente por la persona y una/un miembro del personal; (5) Las personas reciben atención psicológica y psiquiátrica clínica (no sólo pericial); (6) El informe pericial se lleva a cabo en tiempo adecuado.

En el marco de la visita, se señala que cuando una persona interna presenta un problema de salud física, la/el TENS informa a la/el enfermera/o a cargo y con la evaluación de la/el psiquiatra de turno, se solicita la atención de médico somático, la/el que, en términos generales, prescribe un tratamiento farmacológico que se retira en la farmacia del hospital. De esta manera, si la afección se puede manejar en el establecimiento, se aborda con los recursos disponibles y se mantiene a la persona bajo observación. Ahora bien, en caso de urgencia médica, se informa a la/el psiquiatra de turno y se gestiona la disponibilidad de ambulancia. Generalmente, se realiza derivación al Hospital San Antonio de Putaendo,

en compañía de personal de la unidad. Luego de la atención, se define si regresa al establecimiento o debe ser derivada al Hospital San Camilo de San Felipe, que tiene mayor complejidad.

Respecto al modelo de atención en la unidad, se informa que, a partir de la evaluación interdisciplinaria que se realiza al momento del ingreso, se elabora un plan de intervención individual. Este plan se actualiza cada 3 o 4 meses en conjunto con la persona, para evaluar si se están cumpliendo los objetivos y qué aspectos son necesarios potenciar, sin embargo, no se deja registro por escrito de su diseño ni revisión. Se señala que esta disposición está contemplada en el formato de los planes de cuidados integrales (PCI) que se comenzará a implementar próximamente en las unidades forenses. Al respecto, se menciona que esta propuesta de cambio ha encontrado ciertas resistencias en el proceso y se encuentra en concurso público la incorporación de profesionales que puedan colaborar en su implementación.

En cuanto a las prestaciones de salud mental en la unidad, las visitas médicas se realizan los miércoles en la mañana. Se menciona que, si *"las/os pacientes están estabilizadas/os"* son evaluadas/os una o dos veces al mes por la/el psiquiatra y el equipo interdisciplinario, que está conformado por psicóloga/o, terapeuta ocupacional, trabajadora/trabajador social, enfermera/o y TENS. En estas instancias, se plantea *"cómo está el usuario, si tiene algún grado de estabilización, descompensación y las rutinas en la unidad"*. Esta metodología de trabajo colaborativo, favorece que la/el psiquiatra, entregue, además del tratamiento farmacológico, orientaciones al resto del equipo para guiar la intervención. Junto con ello, se realizan reuniones técnicas o de equipo una vez al mes. En estas instancias se abordan las problemáticas que pueden presentar los casos y se buscan soluciones de mejora.

En las entrevistas, se indica que la/el psicóloga/o y terapeuta ocupacional realizan atenciones individuales y talleres grupales. Igualmente, se informa que el equipo profesional no cuenta con un horario establecido de atenciones individuales por falta de tiempo, sin embargo, las actividades grupales están calendarizadas. Todas las intervenciones se registran en la ficha clínica.

4.2. Características y dotación del personal de salud

Estándares evaluados: (1) El establecimiento cuenta con personal capacitado y competente, acorde a los servicios entregados, tales como psiquiatras especialistas en psiquiatría forense, personal profesional de salud y de trato directo capacitado en salud mental; (2) La dotación del personal de salud es suficiente en cantidad, según el número de residentes que tiene a su cuidado.

En cuanto a la dotación del personal de la unidad, esta información se detalla en la tabla N°6.

Tabla N°6. Dotación del personal según número, jornada, sistema de turno y grado

Cargo	Número	Jornada	Sistema turno	Grado
Médicas/os psiquiatras	1	11 horas	Diurno	Grado 6
Médicas/os generales	1	Según necesidad	Diurno	Grado no informado
Psicólogas/os	1	44 horas	Diurno	Grado 15
TENS	6 4 1	Turno Turno 44 horas	Tercer turno Cuarto turno Volante	Grado 20
Enfermeras/es	5	44 horas	1 EU 44 horas 4 EU cuarto turno	Grado 10 Grado 13
Kinesiólogas/os	0			
Trabajadoras/es sociales	1	22 horas	Diurno	Grado 16
Terapeutas ocupacionales	1	44 horas	Diurno	Grado 15
Auxiliar de aseo	6	Turno	Tercer turno	Grado 21

Gendarmes	0			
Facilitador terapéutico	1	44 horas	Diurno	Grado 21
Profesor/a de educación física	1	11 horas	Diurno	Grado 13
Abogado/a	1	22 horas	Diurno	Grado 8
Secretaria	1	44 horas	Diurno	Grado 22

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de HPP (octubre, 2024).

De la información reportada, cabe destacar que la unidad ya no cuenta con custodia de gendarmería, medida que fue modificada recientemente. Se señala que dicha/o funcionaria/o cumplía un rol en el control de las visitas. En específico, se encargaba de solicitar el carnet y *"revisar y resguardar las cosas"* de las/os familiares, colaborando en esa tarea. Actualmente, esa función la está supliendo una/un TENS.

En término de las funciones del personal de salud, la/el médica/o psiquiatra de la unidad es la/el jefe del sistema de psiquiatría forense del establecimiento y está a cargo del equipo profesional. A su vez, la/el enfermera/o supervisora/o es la jefatura del equipo técnico y auxiliar. Esta/e funcionaria/o cumple un horario diurno y cuenta con una planificación de actividades de forma semanal. Se indica que los lunes está a cargo de completar el trabajo administrativo, los martes aplica escalas de evaluación de riesgos de caída, los miércoles participa de la visita médica, el jueves retira medicamentos en farmacia y organiza su distribución para la semana, el viernes ordena la hoja de control de signos vitales y actualiza la planilla de medicamentos, en caso de modificaciones de tratamiento. Su reemplazo después de las 17:00 es una enfermera de turno que queda a cargo de todo el sistema forense del hospital (4 unidades). Esta funcionaria realiza rondas y se encuentra a disposición ante cualquier eventualidad en las unidades.

En cuanto al personal de trato directo, la unidad cuenta con TENS de tercer y cuarto turno. Los turnos están formados generalmente por 5 TENS y 3 auxiliares. En cada turno, estas/os funcionarias/os se distribuyen las labores a realizar. Por ejemplo, la supervisión en los baños, control de signos vitales, horarios de alimentación, entre otras tareas. Durante la noche, TENS, auxiliares y enfermera/o de turno quedan a cargo de la unidad. Por otra parte, un/a facilitador/a terapéutico/a tiene como función supervisar los hábitos de las personas internas en términos de higiene personal, alimentación y vestuario, entre otras. A su vez, el profesor de educación física está a cargo de las actividades deportivas.

Una característica particular de la UFAC es que cuenta con un/a abogado/a que, si bien actualmente se desempeña como asesor/a jurídico/a del hospital, entre sus funciones se encuentra la vinculación con el intersector, específicamente con la Defensoría Penal Pública, Ministerio Público y los Tribunales de Justicia. De esta manera, con apoyo de una/un secretaria/o, está a cargo de emitir informes, responder oficios y coordinar visitas de los organismos mencionados. Por su parte, también se desempeña como curador/a ad litem de algunas/os usuarias/os de la unidad.

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 establecimiento cuenta con dependencias de salud, equipamiento e insumos médicos adecuados y en buenas condiciones, acorde a las prestaciones que entrega.

En la unidad, la/el médica/o psiquiatra prescribe el tratamiento farmacológico. La/el enfermera/o supervisora/supervisor está a cargo de la custodia de los medicamentos y revisa su administración. Especialmente las benzodiacepinas y las clozapinas se mantienen bajo resguardo de enfermería. La/el TENS prepara, administra y registra la entrega de medicamentos de forma diaria. Como se describió en

el apartado anterior, se retiran los medicamentos de farmacia una vez por semana, todos los jueves. Se almacenan en una gaveta con el nombre de cada usuaria/o para una adecuada dispensación. También se entregan medicamentos provenientes del CESFAM, según las condiciones de salud física de las personas internas.

Sobre el uso de medicamentos en la unidad, se informa que en algunas ocasiones ingresan *"pacientes psicóticos muy resistentes al tratamiento"* y en estos casos *"las dosis son un poco más altas de lo que uno debería esperar"*. Del mismo modo, se informa que es habitual que al inicio del tratamiento *"la dosis es mayor porque está muy agitado"*. Por otra parte, se menciona que, en términos generales, se cuenta con un suministro adecuado de medicamentos e insumos médicos. Sin embargo, se señala que hace un tiempo hubo un quiebre de stock de haloperidol (haldol) y se tuvo que reemplazar por lorazepam con clorpromazina.

En cuanto a las dependencias de la unidad, se señala que cuentan con un box de atención, que es compartido por la/el psicóloga/o, nutricionista y médica/o somático cuando asiste a la unidad. De esta manera, se indica que faltan espacios para realizar intervenciones individuales. Para actividades grupales se utiliza la oficina de la/el jefe de la unidad que es más amplia, sin embargo, no es un espacio destinado para intervenciones colectivas. A su vez, se señala que el establecimiento no ha dispuesto computadoras para cada profesional de la unidad, sino que se cuenta con un computador que es compartido por la/el psicóloga/o, terapeuta ocupacional y trabajador/a social. De esta manera, para cumplir con las labores administrativas hacen uso de sus computadoras personales.

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

Estándares evaluados: (1) Se ofrece a las personas exámenes de salud física y/o detección de enfermedades y lesiones 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 la unidad o a través de derivación a otro establecimiento; (3) En el establecimiento se llevan a cabo actividades de educación y promoción de salud en forma regular, tales como asuntos de hábitos saludables, salud mental, cognitiva, funcional y sexual; (4) Se realiza una constatación a las personas de lesiones al reintegrar la unidad tras un traslado.

En el marco de la visita, se informa que el control regular de enfermedades crónicas se realiza en el CESFAM. A su vez, en caso que las personas internas presenten una condición de salud que requiera interconsulta a atención de especialidad en hospital general, suele haber demora en la atención. Para acudir a las atenciones o procedimientos en la red asistencial, son acompañadas por TENS y se utiliza para los traslados la ambulancia del hospital. Al respecto, las personas internas destacan que recibieron atención oftalmológica oportuna y lentes ópticos de manera gratuita.

En cuanto a actividades de educación y promoción en salud, se informa que se han realizado charlas sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual y uso de preservativo con apoyo de estudiantes de medicina de una universidad regional. A su vez, se reporta que el personal ha llevado a cabo actividades de psicoeducación. Igualmente, se indica que en las intervenciones grupales que facilita el equipo profesional se canalizan y abordan las necesidades que puedan existir en torno a temas que el conjunto de las/os usuarias/os defina de interés, por ejemplo, en relación con la prevención del consumo de drogas.

Respecto al abordaje de la salud sexual y reproductiva, el personal de la unidad informa que *"se lleva a todas las mujeres a la matrona, quieran o no quieran"*. En las entrevistas, se enfatiza que las mujeres internas *"tienen que usar anticonceptivos, aunque no les guste"*, *"no tienen posibilidad de decir no"*. Incluso se informa un caso en que el familiar de una mujer internada no estaba de acuerdo con este método anticonceptivo, sin embargo, se reporta que *"el psiquiatra la convenció porque estando aquí es responsabilidad de nosotros y del doctor que*

está a cargo si alguna chica queda embarazada porque son tantos hombres". De esta manera, se indica que todas las mujeres se encuentran con *"Sayana"* (anticonceptivo hormonal inyectable) y las llevan a control cada 3 meses al CESFAM. Por el contrario, se reporta que los hombres no utilizan métodos anticonceptivos.

Evaluación de la dimensión: parcial

Se valora que en la unidad se atiendan los problemas de salud física de manera oportuna y, de ser necesario, se realicen las interconsultas y derivaciones correspondientes a la red asistencial, facilitando las atenciones de especialidad y controles periódicos. También se considera relevante que se realicen evaluaciones y prestaciones de salud mental por parte de un equipo interdisciplinario y se elaboren planes de intervención individual en conjunto con las/os usuarias/os, actualizándolos periódicamente. Se rescata que los medicamentos se prescriban por psiquiatra tratante, se revisen de forma periódica, y se entreguen de manera individualizada. Por último, se destaca como positivo la realización de actividades de educación y promoción de salud de forma regular en materias de educación sexual, psicoeducación y prevención del consumo de drogas.

En relación con aspectos que se pueden mejorar, cabe indicar la importancia que quede registro escrito del proceso de elaboración y revisión de los planes de cuidados integrales (PCI) y que efectivamente este modelo se implemente en la unidad luego del aumento de la dotación profesional. En la misma línea, se considera una brecha a cubrir que los horarios laborales del equipo profesional no permitan que todas las personas sean atendidas de manera individual y por ello se prioricen las actividades grupales. Por otra parte, en términos de infraestructura y equipamiento, se constata que el recinto no cuenta con espacios suficientes para atenciones individuales y grupales, y se percibe como una limitación que el establecimiento no disponga de computadores para uso personal de cada profesional de la unidad. Finalmente, en la esfera de la atención en salud sexual y reproductiva, un aspecto preocupante refiere a la imposición del uso de métodos anticonceptivos para proteger a las mujeres del embarazo.

5. Medidas de protección

En el art. 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 la justicia

Estándares evaluados: (1) Se les informa a las personas al ingreso y durante su internación el motivo de su internación y la duración estimada de ésta; (2) Las personas tiene acceso a abogadas/os defensoras/es de forma oportuna, técnicamente adecuadas/os y en lugares donde se respete la privacidad; (3) Las personas pueden tener contacto con las/os juezas/ces de garantía en las visitas que éstas/os realizan a las unidades [Véase arts. 567 y siguientes del Código Orgánico de Tribunales]; (4) A las personas se les facilitan acceso a asesorías legales no penales; (5) 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].

En términos generales, las personas internas conocen los motivos de su internación y saben que responde a un criterio judicial: *"Me dijeron que yo estaba aquí por la orden de un juez"*. A su vez, en las entrevistas al personal se enfatiza que, a diferencia de la UEPI donde se tiene cierta incertidumbre sobre la situación de *"enajenación mental"*, las personas ingresan a la UFAC luego que han sido declarados inimputables. De esta manera, cuando la persona se encuentra en la unidad y recibe su medida de seguridad, el personal de salud le explica en qué consiste y cuánto es su duración. Del mismo modo, cuando las personas internas tienen alguna duda sobre su situación legal, se les facilita la comunicación con la/el abogada/o de la unidad.

Ahora bien, en el contexto de la visita, algunas personas internas entrevistadas refieren no saber cómo pueden comunicarse directamente con la/el abogada/o que lleva su caso, o que cuando lo han solicitado les habrían dicho *"que no se puede"*. Al respecto, se informa que la comunicación de las personas internas con sus abogadas/os se gestiona principalmente a través de la familia, especialmente cuando el equipo de la unidad va a solicitar un cambio de medida de seguridad. Se menciona que esta modificación, generalmente se tramita en los plazos intermedios de la medida de seguridad. En las entrevistas, las personas internas tienen pleno conocimiento de este beneficio: *"Me dijeron que podía cumplir la mitad del tiempo y después irme"*, *"A la mitad de la condena, el hospital envía un informe señalando que ya estoy bien y puedo seguir con tratamiento bajo custodia, que es un tratamiento ambulatorio en la calle y tengo que tener a alguien que se haga responsable de mí, afuera"*, *"Cuando se cumple la mitad de la medida de seguridad tengo la oportunidad de salir antes con el tratamiento indicado y yendo a los controles indicados"*.

Respecto a la relación de la unidad con el intersector, se informa que el Ministerio Público tiene el mandato de acudir a las unidades forenses del hospital cada 6 meses. Se informa que anteriormente acudía un solo fiscal para visitar a 90 personas, por lo tanto, en un solo día de visita no alcanzaba a entrevistarlas de forma individual. Actualmente, asisten al hospital dos fiscales y dos abogados que acompañan en esta labor, conformando dos duplas que visitan dos unidades forenses cada una. Con esta distribución del trabajo, la visita no se extiende más allá de una mañana y todas las personas internas son entrevistadas.

En la misma línea, se informa que la Defensoría Penal Pública tiene la obligación legal de asistir cada 6 meses al recinto. En las entrevistas al personal, se enfatiza que este organismo tiene un rol bastante activo en examinar las condiciones de la internación. Acuden a la unidad y realizan entrevistas con las personas internas de forma privada o con el equipo profesional. Desde la unidad, también se coordinan reuniones periódicas con las distintas Defensorías Penales Públicas Regionales cuyas personas se encuentren en el recinto y se analizan casos en conjunto.

En cuanto a la visita de jueza/juez de garantía de Putaendo, se comunica que se realiza todos los días sábados en la mañana. Se precisa que la/el magistrado entrevista solamente a las personas imputadas que son trasladadas desde la UEPI a la UFAC, para *"liberar cama"*. Esto ocurre en determinadas situaciones con personas que administrativamente ya cuentan con un peritaje que acredita la inimputabilidad y un requerimiento de medida de seguridad, pero aún mantiene la condición de imputado según el sistema de justicia penal.

En todos los casos, la comunicación con abogadas/os y autoridades se realiza en el mismo sector que se reciben las visitas.

Por otra parte, respecto a la realización de denuncias penales, el personal indica que, frente a alguna situación de abuso o maltrato, como conducto regular se debe informar primero a la jefatura. A su vez, se enfatiza que, como hay cámaras en casi todos los lugares del recinto, si ocurriera algún abuso físico y hay una prueba visible, se pasaría a investigación sumaria.

Sobre este punto, se menciona que hace unos años ocurrió una agresión física por parte de un auxiliar hacia una persona interna, con complicidad de un TENS. En ese caso, se realizó sumario administrativo y ambos funcionarios fueron destituidos. En consecuencia, frente a situaciones de malos tratos como la descrita, se indica que la manera en que se ha procedido en la unidad ante la constatación de estos hechos es iniciar un sumario administrativo y se solicita al fiscal asignado que la persona acusada se le separe de sus funciones mientras se realiza la investigación. Ahora bien, se indica que se espera el resultado del sumario para realizar la denuncia en el Ministerio Público. Del mismo modo, se señala que no se hace seguimiento de las denuncias, pero si se cumple con la obligación legal de denunciar.

5.2. Egreso

Estándares evaluados: (1) Todas las personas egresan en las fechas o tiempos establecidos (véase realización de pericias en caso de evaluación forense y tiempo probable de pena/internación en caso de cumplimiento de medidas de seguridad) y no hay prolongación de la estadía más allá de las razones que motivaron la internación; (2) No existen causas arbitrarias para prohibir el egreso; (3) Al egreso, la unidad se asegura que las personas comprendieron los motivos de egreso y se le entrega información sobre las condiciones de egreso; (4) Al egreso, se garantiza la posibilidad de seguir un tratamiento psicológico y psiquiátrico en caso de ser necesario; (5) Existe un apoyo post-egreso entre la persona y la institución, buscando vincular las personas con los servicios pertinentes para su inclusión en la comunidad.

En el contexto de la visita, se indica que la unidad debe emitir un informe cada 6 meses al tribunal sobre las condiciones en que se encuentran las personas internas y cuáles son sus condiciones para el egreso de la unidad. Con relación al egreso, se informa que pueden existir tres mecanismos:

El primer mecanismo, refiere que la persona "*se estabiliza y se compensa"* de manera que su *"peligrosidad ha disminuido"* a tal grado que podría vivir con su familia y recibir tratamiento ambulatorio. En este caso, previo al cumplimiento del plazo de la medida de seguridad, la unidad puede solicitar el cese de la medida de internación y que se cambie a un sistema de custodia y tratamiento (custodia por la familia y tratamiento en el centro de salud más cercano a su domicilio). Ahora bien, se informa que cuando se va a proponer un cambio de medida de seguridad, el proceso se hace *"con participación del usuario y en coordinación con la familia"*. Lo anterior, debido a que "*siempre que hay un cambio se necesita una red"*. Se indica que el tiempo de tramitación de esta solicitud es variable, ya que depende del tribunal de garantía del lugar donde se cometió el delito. No obstante, luego del envío del informe, en un mes máximo se realiza la audiencia para discutir el cese de la medida de seguridad.

El segundo mecanismo, tiene lugar cuando se cumple el plazo de la medida de seguridad y la persona interna tendría que irse en libertad, sin embargo, a criterio de la unidad, no se encuentra en condiciones para eso debido a que sigue siendo peligroso para sí misma o terceros, entonces se solicita el traslado a una cama de psiquiatría general.

El tercer mecanismo, y el más habitual, ocurre cuando aún queda tiempo para el cumplimiento de la medida de seguridad y la persona es trasladada a una unidad de menor complejidad en el mismo hospital donde se fortalece el trabajo terapéutico y la vinculación con la comunidad. Al respecto, se menciona que las unidades denominadas de mediana complejidad tienen *"más libertad, no están en celdas y pueden compartir su habitación"*. Se destaca que el régimen es menos estricto, ya que, por ejemplo, pueden utilizar audífonos o andar con un parlante para escuchar música, implementos que en la UFAC *"por protocolo de suicidio no lo pueden tener"*. A pesar de esta mayor apertura, se menciona que las personas internas en alta complejidad después *"no se quieren ir",* debido a que cuentan con 5 cigarros diarios y acceso a patio con áreas verdes, condiciones que no están presentes en las unidades de mediana complejidad del hospital.

Como se observa en la tabla N°7, alrededor de un 70% de los egresos de la UFAC se trasladan a unidades forenses de mediana complejidad (UFMC) del establecimiento. A su vez, alrededor de un 30% de los egresos obtiene una alta a domicilio bajo la modalidad custodia y tratamiento.

Tabla N°7. Número total de egresos de UFAC por año y destino del egreso

Año	Número de egresos	Destino del egreso
2022	27	19 hacia UFMC
		8 alta domicilio
2023	24	17 hacia UFMC
		6 alta domicilio
		1 egreso fallecido
2024*	16	12 hacia UFMC
		4 alta domicilio

* Dato a octubre de 2024

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de HPP (octubre, 2024).

En relación con los egresos, se informa que existe una presión por parte del sistema forense de recibir a usuarias/os de UEPI que *"son pacientes psiquiátricos que ya tienen su peritaje y su medida de seguridad"*, sin embargo, esto significa dar de alta a una persona y trasladarla a una unidad de menor complejidad. No obstante, se informa que es complejo cuando se traslada a una persona *"antisocial"* a una unidad con estas características, ya que el riesgo de fuga es mayor y el peligro de vulneración a sus pares en un ambiente más libre y menos supervisado, aumenta. De esta manera, se señala que, para el egreso, lo que se privilegia es el *"criterio clínico"*, ya que las medidas de seguridad están impuestas mientras duren las condiciones que hicieron necesarias esa interposición, es decir, mientras *"el paciente siga constituyendo un riesgo para sí o para terceros desde lo psicopatológico"*.

Sobre este punto, se establece que el tiempo promedio de permanencia en la unidad es relativo y varía entre 12 y 36 meses. En este sentido, se enfatiza que, si una persona va a egresar prontamente, se trata de trabajar con ella para que avance hacia una unidad de mediana complejidad y no egrese directamente desde la UFAC. Ahora bien, si desde la UFAC a la persona se le otorga el cese de su medida de seguridad en modalidad de internación, el equipo profesional establece el contacto con la familia y se coordinan los controles de seguimiento con el centro de salud más cercano a su domicilio.

Cuando la persona egresa, se prepara la receta médica de cuántos medicamentos requiere, se le entregan todas sus cosas y lo viene a buscar la familia. En otros casos, se le gestiona una residencia, se acompaña a la persona a conocer el lugar donde vivirá saliendo del hospital, se organiza el traslado y se instala en su nuevo domicilio con apoyo de un vehículo institucional. A pesar de lo descrito, el personal menciona que estas gestiones para los egresos son insuficientes, ya que *"de los 10 que se han ido 8 han vuelto"*

5.3 Acceso a información

Estándares evaluados: (1) Se entrega a las personas información clara y completa sobre: i- El procedimiento de evaluación forense (en Unidades forenses de evaluación), ii- la evaluación, diagnóstico, opciones de tratamiento y "recuperación" en una forma que entiendan y que les permita tomar decisiones libres e informadas, iii.- Acceso a fichas médicas, iv.- Sobre el tratamiento farmacológico propuesto, su propósito y sus potenciales efectos secundarios; (2) Se proporciona información clara y completa sobre los derechos de las personas en forma escrita y verbal; (3) Las personas están informadas sobre las opciones de tratamiento alternativas que son posibles o que podrían complementarlo, tales como psicoterapia u otros; (4) Se les entrega información clara y precisa de su situación legal y/o porqué se encuentran en la unidad.

Al momento del ingreso, se informa que la/el enfermera/o supervisora/supervisor explica las normas de la unidad. A su vez, se señala que las/os TENS refuerzan constantemente las reglas, para que las personas internas se adecuen a la rutina de la unidad. De todos modos, se enfatiza que *"todas las unidades funcionan igual y ellos saben que tienen que acatar órdenes o si no van a tener una sanción"*.

Por otra parte, se señala que no existen instancias formales de entrega de información sobre los derechos. En cuanto al acceso a la ficha médica, el personal de la unidad no tiene claridad si las personas internas pueden acceder a ella. Incluso en algunas entrevistas se indica que *"como son pacientes judiciales"* no tendrían derecho a leerla.

En relación con el acceso a información sobre el tratamiento farmacológico, algunas personas internas entrevistadas refieren que no han recibido mayor información sobre los medicamentos que toman y no les han explicado para qué sirven. Otras señalan tener conocimientos generales sobre la medicación, indicando que los fármacos "*sirven para no pensar mucho, para no ver cosas"* y que las pastillas que toman en la noche son *"para dormir"*.

5.4. 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.

En el marco de la visita, se informa que las personas internas no tienen acceso al lugar donde se encuentra el buzón de la OIRS (Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias), ya que se ubica en las cercanías del sector de visitas, estando disponible principalmente para las/os familiares que acuden a la unidad. En las entrevistas al personal, se refuerza que ninguna persona ha pedido acceso al buzón, ya que *"cualquier cosa nos dicen a nosotros"*.

En esta línea, se informa que la principal instancia que utilizan las personas internas para expresar sus reclamos, quejas y sugerencias son las *"asambleas"* que se realizan los días miércoles. A su vez, en la medida que las personas internas se atienden de manera individual con al menos un integrante del equipo profesional, cuando quieren expresar algún reclamo sobre malos tratos lo informan directamente: *"el tío me trató mal, el tío me levantó la voz"*. Al respecto, cuando se han recibido quejas hacia los miembros del personal se enfatiza que se le pregunta a la persona involucrada *"que pasó porque ellos son psicóticos, entonces de repente igual como que cambian las cosas"*.

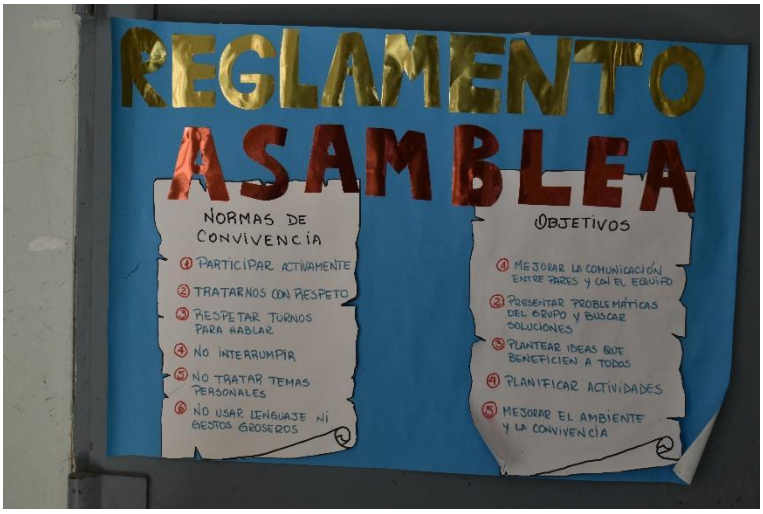


Imagen N°17. Reglamento asamblea UFAC.

Otro mecanismo de queja que se reporta, se refiere a la visita de la jueza/juez de garantía, quien tiene la obligación legal de asistir al establecimiento de forma semanal. En esta instancia, que se denomina *"visita carcelaria"*, solo las personas internas imputadas *"pueden hacer su reclamo, porque ella conversa solo con ellas",* no con las que están cumpliendo medidas de seguridad.

5.5. Medidas de prevención y supervisión independiente

Estándares evaluados: (1) Se han adoptado medidas apropiadas para prevenir todas las formas de maltrato, las cuales han sido difundidas al personal, residentes y autoridades; (2) Existen instancias de evaluación de la efectividad de las medidas adoptadas; (3) Se toman las medidas disciplinarias y legales contra cualquier persona que cometa actos de maltrato o vulneración de derechos; (4) 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.]. (5) 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; (6) Las supervisiones y fiscalizaciones son realizadas con la frecuencia y extensión adecuada.

Sobre la aplicación de medidas preventivas, se reporta la existencia de diversos protocolos que regulan algunos procedimientos que se llevan a cabo en la unidad.

En primer lugar, se menciona el *"Protocolo de contención física en pacientes con agitación psicomotora"*[14] que tiene dos objetivos: Por una parte, asegurar que la contención física de usuarias/os con agitación psicomotora en el establecimiento se efectúe correctamente, y según lo establecido en la Ley N°20.584 y el Decreto Supremo N°570 y, por otra parte, prevenir los efectos adversos en las/os pacientes, asociados a este procedimiento. En las entrevistas se señala que este protocolo describe cómo se debe realizar la contención y los roles del equipo en su aplicación.

En segundo lugar, se señala el "*Protocolo de vigilancia de eventos adversos y eventos centinela"*[15], que tiene por objetivo implementar un sistema de notificación institucional que permita identificar precozmente estos hechos, facilitando la ejecución de medidas correctivas, en función del mejoramiento continuo de la

[14] Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (2020). Protocolo de contención física en pacientes con agitación psicomotora. SSA.
[15] Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (2022). Protocolo de vigilancia de eventos adversos y eventos centinela. SSA.

calidad y seguridad de las/os pacientes. Al respecto, en las entrevistas se menciona que este protocolo se relaciona con el control de administración de fármacos y de error en la medicación.

En tercer lugar, se indica el *"Protocolo de manejo de usuarios con riesgo suicida"*[16] que tiene por objetivo incrementar la detección precoz de las personas con ideación, planificación y comportamiento suicida en los servicios de corta estadía y el servicio de urgencia. En este sentido, se desprende que este protocolo no está dirigido a las unidades forenses. Ahora bien, en las entrevistas se reporta que cuando la/el médica/o informa que una persona interna tiene ideación o planificación suicida, se activa este protocolo en la unidad.

En cuanto a lo que establece este protocolo, el personal entrevistado refiere que la persona tiene que ser evaluada en todos los turnos, se la debe vigilar continuamente y retirar cualquier tipo de utensilio u objeto que pueda ser de riesgo o con los cuales pueda generar *"un vínculo",* tales como cordones o tiras de frazada. Ahora bien, las personas internas entrevistadas relatan que cuando se aplica este protocolo no pueden entrar a los talleres y *"les sacan las sábanas"* de su habitación, por lo tanto, la persona duerme en *"colchón pelado"*, solo con frazadas y cobertor. Al respecto, cabe señalar que el protocolo citado si bien contempla la vigilancia o monitoreo individual, no establece la suspensión o inasistencia a las actividades y tampoco menciona las sábanas entre los objetos potencialmente peligrosos que se deben requisar.

Con todo, para el personal un aspecto que se considera de especial importancia para la adecuada aplicación de los protocolos y medidas de prevención, refiere a las cámaras de vigilancia que están presentes en todos los sectores de la unidad (con excepción de los baños, duchas y ropería).

Finalmente, en relación con las supervisiones externas al establecimiento, se informa que el INDH ha acudido al establecimiento. A su vez, también han tenido fiscalizaciones de la SEREMI de salud, pero a propósito de las normas sanitarias, no con relación al trato que reciben las personas internas. En la misma línea, ha acudido la Superintendencia de Salud por el proceso de acreditación del hospital. Por último, se informa que ya no asiste a la unidad la fiscalía judicial, debido a que no permanecen personas internas del antiguo sistema procesal.

Evaluación de la dimensión: insuficiente

Se valora que las personas sean informadas de las razones de su internación, los plazos judiciales asociados al cumplimiento de sus medidas de seguridad y la opción de solicitar a la autoridad legal que revise el cambio de la modalidad de internación a custodia y tratamiento. Asimismo, se reconoce el esfuerzo de la unidad por apoyar el proceso de egreso de las personas, según sus necesidades. Del mismo modo, se destaca que las personas conozcan las normas de la unidad y sean informadas sobre las evaluaciones, diagnósticos y opciones de tratamiento disponible. También se considera favorable que se hayan tomado medidas disciplinarias y legales con funcionarias/os involucradas/os en situaciones de malos tratos y que la unidad sea visitada periódicamente por organismos vinculados al intersector, tales como el Ministerio Público y la Defensoría Penal Pública. Por otra parte, se aprecia la existencia de protocolos que regulen ciertos procedimientos que se realizan en la unidad, tales como contenciones y eventos adversos. Finalmente, se destaca la presencia de supervisiones externas al establecimiento.

Como aspectos de mejora en la unidad, se encuentran favorecer la comunicación directa de las personas con sus abogadas/os o representantes legales, e informar de los procedimientos que existen para contactarlas/os. Del mismo modo, reforzar los protocolos asociados al deber de denuncia frente a

[16] Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (2019). Protocolo de manejo de usuarios con riesgo suicida. SSA.

posibles situaciones de malos tratos u otros delitos, ya que se suele considerar la realización de denuncia penal como una acción posterior a la investigación sumaria, lo que no es efectivo, al ser vías importantes de activar de forma paralela. También se sugiere contar con mecanismos de seguimiento de estas denuncias. Por otra parte, se requiere diseñar instancias formales de entrega de información sobre los derechos, garantizar que las personas puedan acceder a su ficha clínica, sin restricciones e implementar periódicamente instancias de información sobre el tratamiento farmacológico, efectos adversos y alternativas a la medicación. Por último, se considera prioritario resguardar que los mecanismos de solicitudes y quejas, de carácter accesible y confidencial, se encuentren disponibles para las personas que lo requieran.

6. Trato

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

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

Estándares evaluados: (1) Las personas son tratadas con dignidad durante los traslados con personal de custodia; (2) Las personas no son sometidas a contención o medidas de seguridad en la unidad como castigo o sanción; (3) Se han implementado alternativas a la contención (farmacológica y/o física) en el establecimiento y el personal está capacitado en técnicas de "atenuar el escalamiento", para intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a las personas o a las/os trabajadoras/es; (4) Se realiza una evaluación de "atenuación del escalamiento" consultando a las personas, con el objetivo de identificar los gatillantes y factores que ellas consideran que logran aminorar sus situaciones de crisis y para determinar sus métodos preferidos de intervención en crisis; (5) Los métodos preferidos de intervención identificados por la persona para ser utilizados en una crisis, se encuentran registrados y disponibles para el personal, y se integran al plan individual de "recuperación"; (6) En caso de ser necesaria y se realice contención farmacológica y/o física, se registran cualquier de estos casos de contención (incluyendo tipo, duración, entre otros) y se informa a la dirección del establecimiento, así como a un organismo externo pertinente; (7) En caso de ser necesarias, una/un médico es la persona encargada de la autorización de las contenciones farmacológicas y/o físicas; (8) No se administra ninguna terapia electroconvulsiva sin el consentimiento libre e informado de las/os usuarias/os, sin un anestésico y un relajante muscular (es decir, en su forma no modificada) y en ningún caso a menor de edad; (9) Existe disponibilidad y cumplimiento de guías clínicas claras, basadas en la evidencia, sobre cómo y cuándo la terapia electroconvulsiva puede o no ser administrada; (10) No se somete a ninguna persona a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento informado, o si es potencialmente dañina o peligrosa para la persona; (11) Cualquier experimentación médica o científica es aprobada por un comité de ética independiente.

Para efectos de la exposición clara de esta sección, se dividirá en tres partes. La primera referida a las contenciones, la segunda en relación con los mecanismos de control, y finalmente la tercera en torno a la realización de procedimientos invasivos, irreversibles, y a investigaciones científicas.

6.1.1 Contenciones

En el contexto de la visita, se informa que, frente a situaciones de agitación psicomotora, se cuenta con un protocolo de actuación que regula su abordaje. Al respecto, se indica que los pasos a seguir, en orden cronológico, corresponden a contención emocional, contención ambiental, contención farmacológica y, en última instancia, contención física. Sin perjuicio de lo anterior, en el mismo documento se menciona que el orden puede ser modificado en base a la gravedad de la agitación, todo ello con la respectiva autorización médica.

En las entrevistas, se menciona que la contención emocional consiste en conversar con la persona con el propósito de responder a sus necesidades y disminuir su estado de agitación. Se señala que cualquier funcionaria/o está en condiciones de realizar contención emocional, ya que cuentan con formación en la materia, a partir del curso de agitación psicomotora que imparte el hospital. Se indica que en caso que la agitación de la persona no disminuya, se le ofrece la posibilidad de acudir a su dormitorio hasta que pueda calmarse. Esto se denomina contención ambiental. Se informa que, generalmente, estas intervenciones son efectivas y la persona interna puede quedarse en su habitación por el tiempo que estima necesario, o volver a integrarse al régimen habitual de la unidad.

En cualquier caso, si las intervenciones descritas anteriormente no son efectivas, a la persona se le ofrece la opción de entregarle un medicamento inyectable que lo pueda calmar. Se describe que hay situaciones en que la misma persona solicita *"que la inyecten"* cuando se siente inquieta o agitada. De esta manera, la mayoría de las veces la persona accede a la contención farmacológica y se le lleva a su habitación para la aplicación. La/el TENS administra el medicamento que cuenta con indicación previa o se solicita autorización de la/el psiquiatra.

Ahora bien, cuando la agitación psicomotora va en aumento y la persona comienza a autoagredirse o intenta agredir a sus pares o al personal, se procede a la contención física, antes de la farmacológica. En esos casos, se solicita autorización de psiquiatra para aplicar el procedimiento y por protocolo deben intervenir 5 personas. Sobre este punto, las personas internas refieren que *"te sostienen, te abrazan, no te dejan moverte, lo llevan a chicle, de los pies y las manos"*. De esta manera, a la persona se le lleva a la fuerza a su habitación o al *"módulo"* y se le aplican correas de cuero forradas en las cuatro extremidades. A su vez, en la zona toráxica, se ubica una correa que también contiene unos grilletes forrados. A estos implementos, se les suele incorporar gasa para evitar lesiones por el roce con la piel en caso que la persona interna se mueva mucho. Luego de la contención física, se aplica contención farmacológica. El fármaco que habitualmente se utiliza es la clorpromazina o el haloperidol con lorazepam, ambos de uso intramuscular. También se ha utilizado olanzapina intramuscular.

Se deja registro de la utilización de las contenciones y se sigue un protocolo de observación que implica supervisión de enfermera/o y TENS. Según indicación del psiquiatra, la contención física puede durar alrededor de 2 horas y *"si no baja"* la agitación por efecto de la medicación, se extiende hasta por 2 horas más, 4 horas en total. Se plantea que luego de ese tiempo la persona contenida ya *"cede a todo porque está con un medicamento y eso lo tranquilizó habitualmente"*. Por consiguiente, se suelta a la persona y se la deja en su dormitorio.

En términos generales, se reporta que el uso de contenciones en la unidad no es una práctica usual. Sin embargo, se señala que esta situación cambió con el ingreso reciente de una persona que ha presentado episodios constantes de agitación psicomotora debido a la abstinencia por consumo de drogas. Respecto a este ingreso, el personal refiere: *"Llegó a estar 11 días sin dormir, golpeaba día y noche, pateaba la puerta, rompió el baño del módulo"*. Se señala que se le aplicó medicación cada 8 horas y debería haber *"bajado su hostilidad, pero como venía con efecto de drogas no le hacía nada"*. Ahora bien, en las entrevistas se indica que las contenciones físicas tuvieron el efecto esperado con esta persona *"porque miraba las correas y se acostaba solo, nos hacía caso después"*.

En la tabla N°8 se recopila la información sobre el número de contenciones físicas y farmacológicas realizadas en la unidad entre los años 2022 y 2024.

Tabla N°8. Número de contenciones físicas y farmacológicas (2022-2024)

Año	Número de contenciones físicas	Número de contenciones farmacológicas
2022	16	16
2023	10	10
2024*	7	7
Total	33	33

* Dato a octubre de 2024

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de HPP (octubre, 2024).

6.1.2. Mecanismos de control

Los mecanismos de control en la unidad se basan en un modelo conductual centrado en la restricción de los cigarros y el aislamiento en las habitaciones. En consecuencia, se informa que si una persona se *"porta mal, habla mal o no hace caso"* la medida implementada es que *"le descuentan un cigarro o lo mandan para la pieza"*.

Ahora bien, en algunas entrevistas el personal indica que no se aplican sanciones disciplinarias en la unidad sino *"medidas terapéuticas"*. Esto es discordante con otras entrevistas al personal, donde se reporta: *"los sancionamos con cigarros. O sea, te portaste mal, no me hiciste caso y te hable, te voy a sacar un cigarro. Y comprenden de inmediato"*. En la misma línea, las personas internas señalan que: *"Son severos los castigos acá en comparación a la UEPI. Por ejemplo, si te pones a pelear en la UEPI era un día de castigo, acá es un mes"*. En cualquier caso, se enfatiza que toda conducta indebida se informa a la/el psiquiatra y es ella/él quien autoriza las acciones indicadas, y se deja registro de ello en la ficha clínica.

En el marco de la visita, se informa que fumar es una práctica habitual en la unidad. Incluso, cuando la persona interna no ha tramitado la pensión y no cuenta con red de apoyo, se favorece el suministro de cigarros por medio de donaciones. Por otra parte, se menciona que la mayoría de las personas internas presenta antecedentes de consumo problemático de sustancias, por lo tanto, el cigarro representa un alivio frente a períodos de abstinencia. De esta manera, la restricción de cigarros adquiere relevancia como estrategia de control conductual, considerando que las personas internas tienen acceso a 5 cigarros diarios. Incluso en ocasiones, frente a ciertas conductas sancionables no se les quita un cigarro completo, sino que se les corta la punta del cigarro (uno o dos dedos del cigarro). Así lo refiere una persona interna: *"Hay que portarse bien para no pasarla mal, porque si uno se porta mal te castigan los cigarros"*.

Si bien las faltas más recurrentes en la unidad son *"botar la comida, dar comida al que está al lado, no hacer la cama"*, las conductas más penalizadas son las peleas y los encuentros sexuales entre pares. Al respecto, se informa que personas han sido encontradas en el baño teniendo sexo y la sanción en este caso ha sido permanecer durante días o semanas encerrados en la habitación, sin poder salir. Del mismo modo, se reporta que cuando ocurren agresiones, las personas involucradas no pueden quedarse en la sala de custodia y se les envía a sus habitaciones. El objetivo de esta medida *"es que ellos cambien y no vuelvan a pelear"*. Si bien el tiempo de sanción es relativo, en las entrevistas se menciona que puede durar hasta un mes. Incluso se señala que la/el psiquiatra después de una o dos semanas, suele autorizar *"salidas diferidas"*. Esta medida significa que la persona puede participar de algunas actividades en la mañana o en la tarde y el resto del tiempo debe permanecer en su pieza.

Cabe mencionar que la unidad no cuenta con un protocolo que regule la aplicación de las *"medidas terapéuticas"* descritas en este apartado. Esto se justifica señalando que las sanciones *"son conversables"* y *"no se puede tener una sanción para todos iguales"*.

6.1.3. Procedimientos invasivos e irreversibles. Investigaciones científicas

En la unidad, se informa que cuando las personas internas reciben indicación de Terapia Electroconvulsiva (TEC) se realiza derivación al Instituto Psiquiátrico Dr. J. Horwitz Barak en Santiago

para la aplicación de este procedimiento. Por otra parte, se indica que no se realizan psicocirugías o esterilizaciones quirúrgicas en el recinto. A su vez, no se han realizado investigaciones científicas en la unidad. Aun así, cabe mencionar que el hospital cuenta con un documento titulado *"Procedimiento para la obtención de aprobación ética para investigaciones con seres humanos"*[17], que tiene por objetivo establecer el mecanismo para lograr la autorización de la/el directora/director del hospital y la aprobación del comité ético científico del Servicio de Salud Aconcagua, para los estudios de investigación que involucren a personas.

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

Estándares evaluados: (1) Las personas no son sometidas a aislamiento como sanción o castigo. (2) En el caso que se aplique aislamiento a fines terapéuticos: i.- La unidad cuenta con un protocolo de procedimiento que regula y especifica los motivos y duración (que sea el menor tiempo posible, nunca prolongada ni indefinida), ii.- Se han implementado alternativas al aislamiento y están registradas estas alternativas, iii.- Se registra cualquier caso de aislamiento (incluyendo causa, tipo, duración, entre otros) y se informa a la dirección del establecimiento, así como a un organismo externo pertinente, iv.- Las condiciones en que se encuentran las dependencias destinadas al aislamiento son adecuadas, para asegurar el acceso a sus necesidades y un buen trato.

Como se ha señalado más arriba, la unidad cuenta con dos salas de observación o aislamiento denominadas *"módulos"*. En las entrevistas, se indica que *"los módulos"* se utilizan *"en muy contadas oportunidades"*, cuando las personas internas presentan *"algún problema de salud o algún desajuste conductual"* o bien, con personas que presentan *"ideación suicida persistente"* o *"activación de riesgo suicida inminente"*. Debido a que los módulos son habitaciones individuales con inodoro, las personas pueden pasar un tiempo más prolongado en estas salas.

Se describe que las personas se ubican en el *"módulo"* cuando presentan alguna enfermedad que pueda ser contagiosa o un desajuste conductual asociado a la privación de drogas. De esta manera, se les ubica en esa habitación para que no mantengan contacto con sus pares y evitar acciones de riesgo, especialmente luego de su ingreso. A su vez, las personas internas refieren que cuando cometen faltas graves, como ponerse a pelear, *"tienen que pagar con módulo. Puede ser un día, tres días, una semana"*. Por otra parte, cuando están demasiado agitadas y con riesgo suicida, para prevenir que al momento de solicitar permiso al baño intenten hacer un *"vínculo"*, se les puede ubicar allí. Esto favorece que la persona se mantenga en observación más cerca de la estación de enfermería (*"círculo"*).

Por otra parte, como se ha señalado en la sección anterior, se utiliza el aislamiento en los dormitorios como una manera de manejar los conflictos en la unidad. Al respecto, en las entrevistas las personas internas refieren que *"el que se porta mal lo encierran"*. De esta manera, son enviadas a sus habitaciones cuando cometen una falta. El personal de la unidad tiene control de acceso a la puerta de la pieza a través de un mecanismo eléctrico, por lo que se les puede restringir su participación en la rutina diaria, entregar alimentación en sus habitaciones y requerir autorización para acudir al baño. En las entrevistas, las personas internas lo refieren de esta forma: *"Yo no podía salir porque estaba castigado"*, *"Se me hacen largo los días, como que me psicoseo mucho en la pieza cuando me encierran"*.

Ahora bien, esta medida de aislamiento, como se ha descrito previamente, se utiliza por indicación médica y se comprende como una *"medida terapéutica"*. En específico, se describe que la/el psiquiatra de la unidad indica que *"no salga a rutina"* o se programan *"salidas diferidas"* para la persona interna. En cuanto a la regulación de estas medidas, el personal señala que la práctica de enviar a las personas a sus habitaciones no está protocolizada, debido a que se aplican por *"motivos clínicos"* de acuerdo a criterios *"estrictamente*

[17] Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (2020). Procedimiento para la obtención de aprobación ética para investigaciones con seres humanos. SSA.

médicos", por lo tanto, son decisiones que toma la/el psiquiatra de la unidad. A su vez, se menciona que, a diferencia de las contenciones, no hay un registro unificado respecto al uso de aislamiento y solo queda registro de aplicación en la ficha clínica de la persona.

6.3. Violencia institucional

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

En el contexto de la visita, se informa que en términos generales el trato por parte del personal es bueno. Se enfatiza que el *"trato es cordial pero no cercano",* en la medida que se considera relevante mantener los límites y resguardar las formas con las personas internas. En esta línea, se señala que las/os funcionarias/os saben que a la persona interna hay que tratarla por su nombre y se refuerza la importancia de estar atenta/o a sus requerimientos, ya que cuando aquello no se realiza de manera adecuada, eventualmente puede ocurrir una *"descompensación"*. De esta forma, se indica que, en términos generales, el personal de trato directo tiene competencias para evitar escalamientos y *"logra bajar la ansiedad con una conversación"*.

Ahora bien, en las entrevistas el personal indica que en las unidades clínicas del hospital se *"puede tener un trato más afectivo y lúdico",* en cambio en la UFAC se debe adoptar una *"forma más rígida"* para resguardar la seguridad, ya que *"el perfil del usuario es diferente"*. De esta manera, el trato en ocasiones es *"brusco"* y un *"poco cortante"*, aunque depende de la/el funcionaria/o. Así lo refrendan en las entrevistas las personas internas quienes señalan que hay ocasiones en que las/os funcionarias/os *"hablan golpeado"* y que sus pares que parecen *"un poco flaites"* han recibido un trato despectivo al ser denominadas/os *"delincuentes"*. Del mismo modo, se relata que hay ocasiones en que *"los tíos andan de mala y te tratan feo, responden enojados, como si te fueran a pegar"*. Por otra parte, cuando se determina que las personas internas son enviadas a sus habitaciones, en ocasiones las/os funcionarias/os *"los empujan de la espalda, los llevan del brazo, si se resisten más funcionarios lo ayudan"*. A su vez, se indica que, al realizar contenciones físicas en la unidad, el personal ejecuta un uso abusivo de la fuerza: *"aprovechan de meterle mano, de zamarrearlo, depende, si se resiste mucho"*.

Finalmente, como se señaló más arriba, se recopila información sobre una situación de maltrato físico que aconteció en la unidad hace unos años atrás. En concreto, se menciona que una persona interna presentó un corte frontal y al preguntarle al TENS y al auxiliar de turno sobre esta situación señalaron que no tenían conocimiento de lo que había pasado. A su vez, la propia persona al ser consultada señaló que se había caído de la cama. Frente a esto, la jefatura de la unidad revisó el registro de cámaras y se constató que el auxiliar había acudido a la habitación de la persona interna y realizó la acción de levantar el colchón con el propósito de botarlo de la cama para despertarlo y, en consecuencia, se había golpeado al caer. El TENS de turno presenció la acción y no reportó los hechos. Se informa que, en este caso, una vez concluido el sumario, los dos funcionarios involucrados fueron desvinculados del hospital. Se menciona que ante estos hechos se realizó denuncia en el Ministerio Público, aunque se desconocen los resultados de la investigación penal. Finalmente, no se reportan situaciones de abuso sexual en la unidad.

6.4. Violencia entre pares

Estándares evaluados: (1) Se adoptan medidas apropiadas para gestionar conflictos y solucionar controversias al interior del establecimiento con el fin de garantizar que las/os residentes se traten 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.

Respecto al trato entre pares, se indica que, en general, el trato es bueno, aunque en ocasiones se genera un ambiente de hostilidad y de tensión. Se plantea que los conflictos suelen aumentar cuando se limita la

oferta programática y se imponen ciertas normas restrictivas en la unidad (por ejemplo, los silencios obligados). En el último tiempo, se mencionan algunas dificultades en la convivencia, especialmente entre las mujeres. El personal refiere en las entrevistas que las mujeres *"son complicadas"* y *"depende como ande su estado hormonal si ellas tienen conflicto o no"*.

Por otra parte, se indica que las agresiones verbales y físicas entre pares ocurren de forma ocasional. Cuando acontecen conflictos verbales entre pares, se suelen abordar por la/el psicóloga/o, quien aplica medidas de contención emocional con las personas involucradas y un encuadre respecto a las normas de la unidad. Por otra parte, cuando ocurren actos de agresión física, las personas involucradas son sancionadas con permanencia en sus habitaciones y además del aislamiento, se implementan *"salidas diferidas"* para disminuir la intensidad del conflicto y evitar que puedan volver a agredirse.

Evaluación de la dimensión: parcial

En esta dimensión, se valora que la unidad cuente con un protocolo que regule el uso de contenciones frente a episodios de agitación psicomotora y que estas se utilicen con autorización médica, se registre su utilización y se aplique una pauta de observación para la prevención de efectos adversos. A su vez, es de resaltar que el establecimiento no realiza terapia electroconvulsiva (TEC) ni lleva a cabo psicocirugías, esterilizaciones quirúrgicas o investigaciones científicas sin consentimiento de las personas. Por otra parte, se valora que, en términos generales, el trato del personal sea bueno y se reconoce como un aspecto positivo que las/os funcionarias/os presenten competencias para manejar situaciones de agitación y el número de contenciones en la unidad sea relativamente bajo. Finalmente, se destaca que los conflictos entre pares sean eventos aislados y no se presenten mayores problemas de convivencia.

Como aspectos a mejorar, se reporta la importancia de sistematizar y dejar registro de alternativas a la contención y medidas de "atenuación del escalamiento", con el objetivo de identificar factores gatillantes y atenuantes para la aplicación de métodos preferidos de intervención en crisis. En ello, también es importante reforzar que la contención física debiera ser de última ratio, y, por tanto, aplicada de forma posterior a la farmacológica, solo en caso de falla de esta última, tal como se señala en el protocolo. Por otra parte, se considera preocupante que la restricción de cigarros y especialmente, el aislamiento en las habitaciones, sean sanciones habituales frente a comportamientos que faltan a las normas de la unidad, tales como pelear o tener encuentros sexuales entre pares. En específico, la ausencia de un protocolo que regule estos mecanismos de control y la ausencia de un registro unificado respecto al uso de estas prácticas, a diferencia de las contenciones, puede conllevar a su aplicación con un alto grado de arbitrariedad y discrecionalidad. A su vez, es necesario tomar atención sobre los relatos de trato brusco y despectivo por parte del personal.

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

Estándares evaluados: (1) El ambiente laboral es agradable y respetuoso de las/os trabajadoras/es y no existen problemas laborales tales como hechos de maltrato o acoso laboral; (2) La carga laboral es adecuada; (3) Las/os trabajadoras/es tienen una remuneración coherente con sus funciones; (4) El personal se siente valorado en su trabajo, por la jefatura y por la comunidad; (5) El personal se siente seguro en el ejercicio de sus funciones; (6) Existen iniciativas de autocuidado y cuidados de equipo.

Respecto al ambiente laboral, se menciona que, en general, es bueno y se mantiene un trato respetuoso entre los distintos estamentos. Aun así, se indica que en ocasiones el clima laboral se ve afectado por visiones distintas respecto a cómo debería organizarse el régimen de la unidad. Se señala que *"son válidas las diferencias, pero a la otra de aplicar el trabajo no intervienen, está todo avalado por protocolos"*. Se informa que se realizan reuniones de equipo mensuales donde se abordan estos temas y se trata de dar solución. No se reportan situaciones de acoso laboral.

En relación con la carga laboral, se reporta que la reconstrucción del hospital implicó un aumento de recursos humanos y, en el caso de la UFAC, eso involucró la incorporación de una modalidad de cuarto turno que contribuyó a disminuir la carga laboral del personal TENS. Para este estamento, se establece además una rotación de funciones, lo que favorece que no todos los días cumplan las mismas labores, lo que contribuye a disminuir tensiones. En cualquier caso, las funciones del personal están claramente definidas y las tareas están distribuidas, otorgando cierta estructura a la rutina de la unidad. Finalmente, respecto a la carga de trabajo del equipo profesional, se menciona que en las unidades donde se implementan los PCI se cuenta con doble equipo de trabajo (dos profesionales por disciplina), por lo tanto, se señala la importancia de aumentar la dotación de personal para llevar a cabo este modelo.

Sobre la jornada laboral, se menciona que en la unidad se pueden solicitar horas de devolución de tiempo a la jefatura con un tope de 10 horas. Estas se pueden requerir de manera justificada, por ejemplo, para llevar a cabo la revisión de sumarios administrativos. Por otra parte, se informa que en la unidad se remuneraba las horas extras de manera mensual al equipo profesional por realizar ciertas prestaciones y ese monto de dinero se pagaba a través de boleta de honorarios. No obstante, se indica que esta asignación se dejó de recibir en septiembre, sin previo aviso. Frente a ello, se llegó al acuerdo que para recibir esa remuneración complementaria se debía cumplir un número de horas extra los fines de semana.

En cuanto a las remuneraciones, se destaca que son adecuadas con relación al grado. Sin embargo, en las entrevistas el personal refiere que al desempeñarse en una unidad de alta complejidad debiera considerarse un incentivo monetario extra, al existir mayor riesgo y una carga tensional más alta, por consiguiente, se genera un desgaste mayor que no es reconocido en las remuneraciones. En el caso de las/os TENS, si una/un funcionaria/o faltó por licencia médica, pidió permiso administrativo o se encuentra con feriado legal, se cubre la ausencia, recibiendo la remuneración extra correspondiente.

En términos de la valoración del trabajo, el personal considera que, en general, su trabajo es valorado por sus pares y las personas internas. Se menciona que la unidad cuenta con evaluaciones trimestrales por la jefatura y se cita de forma individualizada a la oficina para informar el desempeño. Ahora bien, cabe señalar que, en el último tiempo, no se mencionan episodios de violencia en el trabajo. Se señala que el personal trabaja con apoyo de su equipo y cuando se percibe una situación de riesgo, se *"levantan las alertas"* para que eso no conlleve una agresión, aplicándose el protocolo de agitación psicomotora.

Como instancias de cuidado de equipos, se informan instancias autogestionadas por el personal. Se indica que se cuenta con un grupo de mensajería instantánea donde se organizan actividades extraprogramáticas para celebrar festividades y cumpleaños, de acuerdo con los turnos y los tiempos disponibles. Al respecto, se coordina de forma mensual alguna actividad al aire libre y a este tipo de iniciativas se les denomina

"salud mental de equipo". Por ejemplo, se mencionan salidas al cerro a hacer un asado, con el propósito de *"botar un poco de estrés y compartir con los compañeros"*. Ese día cada funcionaria/o pide un refuerzo que venga a cubrir y así se gestiona el reemplazo para poder participar.

Por otra parte, se menciona que el hospital cuenta con una unidad de cuidado del personal que organiza jornadas de autocuidado y pausas saludables dentro de la jornada de trabajo. Ahora bien, el personal indica que para recibir atención psicológica se encuentra disponible la opción de hospital digital, sin embargo, estas atenciones deben programarse fuera de la jornada laboral y, en general, las/os funcionarias/os no tienen tiempo para ello. Un aspecto a destacar refiere que en el último tiempo se han retomado las alianzas del hospital, instancias que se evalúan positivamente ya que permiten compartir con equipos de otras unidades en un ambiente festivo y *"que no sea hablar de usuarios"*.

7.2 Formación del personal

Estándares evaluados: (1) Existen actividades o cursos de capacitación en derechos humanos, personas con diagnósticos de salud mental, salud penitenciaria, cuidados en salud mental, y grupos vulnerables (personas con discapacidad, migrantes, entre otros). Además, estas capacitaciones son de calidad y realizadas por personas externas; (2) El establecimiento incentiva la capacitación en derechos humanos; (3) El establecimiento incentiva la capacitación en materias tales como personas con diagnósticos de salud mental, salud penitenciaria, cuidados en salud mental, y grupos vulnerables (personas con discapacidad, migrantes, entre otros).

En cuanto a la formación del personal, se informa que se cuenta con un plan anual de capacitaciones por parte del servicio de salud y el hospital. Las/os funcionarias/os postulan a los cursos que son de su interés. Respecto a la oferta programática, se mencionan temáticas tales como contención física, mindfulness, patología dual, trastornos de personalidad, entre otras.

En las entrevistas, se menciona que hay capacitaciones que son esenciales para el trabajo en la unidad. Por ejemplo, el curso de contención física para agitación psicomotora se imparte varias veces al año e incluye elementos de la Ley N°20.584 y la reciente Ley N°21.331. A su vez, se informa que algunos cursos tienen una duración de dos días en jornada completa, por lo tanto, en caso que las/os funcionarias/os asistan durante su día libre, el tiempo destinado se computa para devolución de horas.

En cuanto a capacitaciones en materia de derechos humanos, se menciona que se aborda esta área de forma tangencial en algunos cursos, sin embargo, no se han realizado capacitaciones específicas en derechos humanos o prevención de la tortura. Por otra parte, el personal indica que no han tenido formación en temáticas de género, aunque se realizó una actividad de sensibilización sobre la ley Karin. Finalmente, se menciona que no hay programas de capacitación específicos para el trabajo en el área forense, y que los cursos y diplomados que han realizado han sido principalmente autofinanciamiento.

Evaluación de la dimensión: parcial

Se destaca que el ambiente laboral, en términos generales, es bueno y se mantienen relaciones respetuosas entre los distintos estamentos. Del mismo modo, se considera un aspecto positivo la contratación de personal TENS en modalidad de cuarto turno y la apertura de concursos públicos para ampliar la dotación profesional, en la línea de disminuir la carga laboral. Por otra parte, se valora que el personal reciba remuneraciones según sus funciones y se cuente con reglas de devolución de tiempo o pago de horas extra, en caso de extensión de jornada. A su vez, se releva la realización de instancias de cuidado de equipos, y que el hospital y el servicio de salud cuente con un plan anual de capacitaciones para una formación continua del personal.

En cuanto a aspectos a mejorar, se plantea como una brecha a saldar la realización de capacitaciones específicas en materia de derechos humanos y prevención de la tortura. Del mismo modo, la ejecución de instancias de formación de temáticas de género y cursos en el área de psiquiatría forense.

8. Autonomía

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

8.1. Autonomía en el régimen de actividades

Estándares evaluados: (1) Las personas son libres de elegir cuándo despertarse y acostarse, ir a la sala de baño y circular por el recinto; (2) Las personas pueden ejercer su derecho a la vida afectiva y sexual; (3) Las preferencias de las personas son consultadas y tienen prioridad en todas las decisiones que les afectan (planes de intervención, actividades, etc.); (4) En caso de ser necesario, se evalúa las necesidades lingüísticas y/o culturales de las personas y se les facilita el acceso a intérprete o facilitadora/or intercultural.

En el marco de la visita, se informa que las personas internas pueden elegir si asisten o no a las actividades programadas. No obstante, aparecen relatos donde se menciona que sería una obligación asistir a los talleres deportivos que se realizan dos días a la semana (martes y jueves). Por otra parte, se indica que las personas internas pueden acudir o permanecer en sus habitaciones solo con motivo justificado (a causa de una gripe, por ejemplo) y cuando se encuentre disponible una/un funcionaria/o para realizar monitoreo a través de las cámaras, en decir, que no falte personal en la unidad y no haya salidas programadas.

A propósito del respeto a las decisiones y preferencias de las personas internas, se informa que una mujer trans de la unidad ha solicitado ser llamada por su nombre femenino. Sobre este punto, se indica que, en términos generales, el personal utiliza su pronombre femenino y nombre social, sin embargo, no en todas las oportunidades eso es respetado por las/os funcionarias/os. En específico, se reporta que el cambio de nombre no se ha hecho efectivo en la ficha clínica y en la cartola de entrega de medicamentos. Se indica que esto no se ha modificado debido a que cuando asisten TENS de reemplazo de otras unidades, para evitar errores en la administración de medicamentos, se mantiene el nombre legal de la persona. Por otra parte, se informa que se han favorecido adecuaciones en el vestuario, permitiendo que la persona pueda usar la ropa de su elección. Por ejemplo, solicitó una cartera y fue facilitada por el personal. También se han implementado cambios en la organización de la rutina recibiendo sus medicamentos y acudiendo a las duchas con el grupo de mujeres. No obstante, se reporta que ha pedido usar peluca y se han tomado reservas para acceder a esta petición.

En cuanto al derecho a la vida afectiva y sexual, se informa que no están permitidas las relaciones de pareja, ni las demostraciones de afecto en la unidad. En las entrevistas, las personas internas refieren que *"no se puede andar de besos, no puede haber actitudes de pololeo"* y en el caso que ocurran conductas de este tipo *"si se sorprende se castigan"* y la sanción corresponde a una medida de aislamiento en la habitación. Al respecto, el personal menciona que para evitar este tipo de encuentros *"siempre estamos pendiente"* y que la *"zona más peligrosa es en el baño"* debido a que no hay cámaras en ese sector. De esta manera, cuando las personas internas acceden al baño se está constantemente supervisando quién falta y quién no *"porque es cosa de minutos y pasa"*. A propósito, se indica que en la unidad han ocurrido acercamientos de tipo sexual. No obstante, se señala que han sido de carácter voluntario, por lo que no ha ameritado realizar denuncias. A pesar de ello, no se menciona la presencia de protocolos que entreguen orientaciones en torno a la capacidad de consentimiento en este ámbito.

Por otra parte, cuando asisten a la unidad las parejas de las personas internas, si bien se permite el contacto físico en la sala de visitas, no se cuenta con los espacios adecuados para que puedan tener intimidad sexual. Sobre este punto, se informa que se han realizado talleres para indagar en el área sexual y la exploración del propio cuerpo, entregando orientaciones para que las prácticas de autoestimulación se realicen en la habitación o en la ducha, con privacidad. No obstante, debido a que las habitaciones se monitorean con cámaras, las duchas se supervisan y los tiempos de demora en el baño se inspeccionan, no se resguardan las condiciones mínimas para tales efectos.

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 postular a pensión por discapacidad, contraer matrimonio, vender bienes, entre otros); (2) Las personas pueden designar y consultar con una persona o red de personas de apoyo de su propia y libre elección en la toma de decisiones sobre asuntos personales, legales, financieros u otros, (3) Se apoya el derecho de las personas a participar en la vida política y pública y en el ejercicio de la libertad de asociación.

En cuanto a derechos patrimoniales, se entregan apoyos por parte de la trabajadora/trabajador social de la unidad a las personas internas para que puedan acceder a una pensión de discapacidad. De esta manera, se señala que la mayoría de las personas internas tiene su pensión y *"si no la tiene, se tramita"*. Además, se les informa del proceso para que puedan tomar decisiones sobre sus ingresos económicos. Por otra parte, en las entrevistas al personal, refieren desconocer si las personas pueden contraer matrimonio debido a que se encuentran con *"medida judicial"*.

Respecto al derecho a voto, se informa que cuando se acercan las votaciones, se revisa quienes tienen derecho a sufragio y se les comunica a las personas que pueden ejercer ese derecho. Sin embargo, no han presentado mayor interés en participar de las elecciones y plebiscitos. De esta manera, lo habitual es que se emitan certificados de hospitalización para que las/os familiares presenten esta documentación como justificaciones de inasistencia, especialmente en el contexto del voto obligatorio.

8.3. Autonomía en la atención en salud

Estándares evaluados: (1) Las preferencias de las personas son consultadas y tienen prioridad en todas las decisiones sobre sus planes de tratamiento y "recuperación "; (2) Las personas pueden ejercer voluntades anticipadas que especifique las opciones de tratamiento y de "recuperación" que desean tener, así como aquellas que no, las que se utilizarán si se encuentran incapacitadas de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro; (3) Las/os usuarias/os tienen el derecho a rechazar el tratamiento; (4) Las personas pueden agregar información escrita, opiniones y comentarios a sus fichas médicas sin censura.

En el marco de la visita, las personas internas entrevistadas refieren que no manejan información sobre sus planes de tratamiento y recuperación. A su vez, señalan que, en términos generales, no pueden rechazar el tratamiento farmacológico. De esta manera, el personal subraya que cuando una persona no quiere tomar un medicamento, se le hace contención verbal y se le explica la importancia de la medicación. A su vez, si están *"más estabilizados, no psicóticos"* le pueden decir a la/el médica/o psiquiatra *"tal pastilla no me gusta y ven alternativa y el doctor les va modificando"*. Por último, se informa que en la unidad no se realizan voluntades anticipadas.

Evaluación de la dimensión: insuficiente

Se aprecia que, en términos generales, las personas pueden elegir si participan de la oferta programática de la unidad. Además, se valora que se entreguen apoyos para la obtención de sus pensiones y el ejercicio de sus derechos patrimoniales.

Algunos elementos que son necesarios de atender, refieren a resguardar la libre circulación de las personas y la aceptación de sus deseos y preferencias, especialmente en la implementación de adecuaciones sobre las identidades y expresiones de género diversas. Del mismo modo, se requiere desarrollar protocolos para el ejercicio del derecho a la vida sexual y afectiva, incluidas orientaciones sobre las circunstancias del consentimiento. Por otra parte, se deben implementar apoyos para el ejercicio de derechos civiles y políticos. Finalmente, reforzar las condiciones para la autonomía en la atención de salud, incorporando garantías para rechazar el tratamiento y orientaciones para la implementación de voluntades anticipadas.

VII. Hallazgos de la Unidad Forense de Mediana Complejidad II (UFMC-II)

A continuación, se presentan los hallazgos encontrados en la Unidad Forense de Mediana Complejidad II (UFMC-II) del Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, los cuales están divididos 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 su derecho a la 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) La unidad no rechaza el ingreso por motivos arbitrarios; (2) El ingreso a una unidad forense es por orden judicial para i) Evaluación pericial o ii) Cumplimiento de medidas de seguridad; (3) Las personas ingresan a unidades forenses y no derivadas a unidades clínicas; (4) No se encuentran juntas personas en evaluación forense y personas cumpliendo medidas de seguridad; (5) Las personas cuentan con un diagnóstico o indicadores actualizados previo a su ingreso a la unidad; (6) Las personas son internadas en una unidad correspondiente a su sexo/género. Si el establecimiento es mixto, existe segmentación de dormitorios y baños diferenciados según sexo/género.

En el marco de la visita, se informa que las personas ingresan a la unidad cuando el peritaje y el tribunal determinan que son inimputables, para el cumplimiento de medidas de seguridad en modalidad de internación. De esta manera, la persona ingresa en un primer momento a la UFAC, ya que *"el cuidado de su cuadro psicopatológico es de mayor complejidad"*. Luego que se trabaja *"la compensación propia del cuadro"*, cuando la persona se encuentra *"estable"* y cumple otros criterios como *"no tener agitación psicomotora y adherencia al tratamiento"*, se traslada a la UFMC-I. En ocasiones, cuando la medida de seguridad establecida es breve, se comienza a trabajar el plan de egreso en aquella unidad y la persona se traslada a la UFMC-II para su egreso próximo.

Al respecto, se informa que la diferencia entre la UFMC-I y la UFMC-II refiere a que las personas son trasladadas a la segunda unidad cuando *"están más compensados o más próximos a irse"*. Se señala que en general, cuando faltan 6 meses para el término de la medida de seguridad, se realiza el traslado. No obstante, se reporta que no es así en todos los casos. Ha ocurrido que la UFMC-II recibe traslados de la UFAC, debido a que han obtenido el cese de la medida de seguridad y llegan a la unidad para favorecer el egreso. De este modo, se informa que el objetivo principal de la UFMC-II es *"trabajar la reinserción social y la vinculación con el medio"*. Por otra parte, en las entrevistas, se enfatiza que las personas que son trasladadas a la unidad tienen que *"estar compensadas"* y *"no presentar riesgo de fuga",* debido a que se promocionan salidas en la comunidad.

En concreto, se reporta que la persona ingresa a la UFMC-II con una indicación de traslado firmada por la/el médica/o y con un informe elaborado por el equipo profesional de la unidad de origen. Junto con ello, se coordinan los equipos de ambas unidades para conversar sobre el informe y conocer la situación

en que se encuentra la persona, la red familiar con que cuenta y qué aspectos son necesarios trabajar para el egreso.

Al momento del ingreso, el personal de enfermería y TENS de la unidad de origen traslada a la persona con sus pertenencias, y el personal de enfermería y TENS de la unidad de acogida realiza un inventario con lo recibido. Se indica que, en ocasiones, las personas *"vienen con muchas cosas"* y se requiere hacer espacio en la bodega para guardar las pertenencias, especialmente la ropa del cambio de temporada.

Luego del ingreso, la persona es trasladada a una sala de observación. Esta corresponde a una habitación individual donde la persona permanece durante una semana con el propósito de *"observarlo en un rango de tiempo y se pueda adaptar a la rutina de la unidad"*. Ahora bien, se informa que la persona permanece en esta habitación principalmente en los horarios de descanso, ya que durante el día se integra a la rutina colectiva, a excepción de las actividades recreativas en la comunidad, ya que *"se desconoce si tiene conductas de riesgo o puede abandonar el tratamiento"*. Finalmente, luego del ingreso, el equipo profesional evalúa a la persona, y de acuerdo con sus intereses y preferencias, se le ofrecen talleres o actividades.

La UFMC-II cuenta con 30 camas y se encuentran todas ocupadas al momento de la visita. Debido a que el hospital corresponde a un centro de referencia nacional, las personas internas provienen de las siguientes regiones del país: Región de Arica y Parinacota, Región de Antofagasta, Región de Coquimbo, Región de Valparaíso, Región de O'Higgins, Región de la Araucanía, Región Metropolitana y Región de Los Ríos. Se informa que el tiempo de permanencia promedio de las personas con medidas de seguridad en la unidad es de 7 años. A su vez, se reporta que 28 personas no presentan dependencia para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, mientras que 1 persona presenta un nivel de dependencia moderada y 1 persona presenta un nivel de dependencia severa.

Como se observa en la tabla N°9, la mayoría de las personas que se encuentran en la UFMC-II son hombres, y como se constata en la tabla N°10, el número de ingresos se ha mantenido relativamente constante en los últimos 3 años. En la unidad, hombres y mujeres se distribuyen en habitaciones dobles y habitaciones individuales, segmentadas por género. En el caso de las mujeres, la rutina también se encuentra diferenciada respecto al uso de las duchas. De esta manera, se informa que, en el horario de las duchas, las mujeres se bañan primero. A su vez, debido a que durante la pandemia no acudían visitas a la unidad, se estableció que los baños más cercanos a la puerta de entrada, destinados a las visitas, son para el uso de las mujeres. Por lo tanto, las mujeres no acuden a los baños que se encuentran al final de la unidad, y así se evita el contacto con hombres en el uso de los servicios sanitarios.

Tabla N°9. Número de personas internas en UFMC-II por sexo/género y tramos de edad

Tramos de edad UFAC	Hombres	Mujeres
De 18 a 29 años	9	0
De 30 a 59 años	14	3
Más de 60 años	4	0
Total	27	3

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de HPP (octubre, 2024).

Tabla N°10. Número de ingresos a UFMC-II por año del ingreso

Año	Número de ingresos
2022	6
2023	13
2024	10*

* Dato a octubre de 2024
Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de HPP (octubre, 2024).

Finalmente, en cuanto a los criterios de segmentación, se informa que los dormitorios compartidos, además de por género, se asignan por afinidad. En este sentido, las habitaciones se distribuyen a partir de quienes *"se llevan bien"* y tienen *"cosas en común"*, por ejemplo, los que son más *"jóvenes"* o *"tranquilos"* se ubican juntos en la misma habitación. A su vez, cuando se presentan conflictos, se buscan alternativas y se cambian de dormitorio. Por otra parte, a las personas que presentan una conducta *"más sexualizada"* o *"disruptiva"* se les ubica en habitaciones individuales, con el propósito de evitar que otras personas se vean expuestas a situaciones de riesgo.

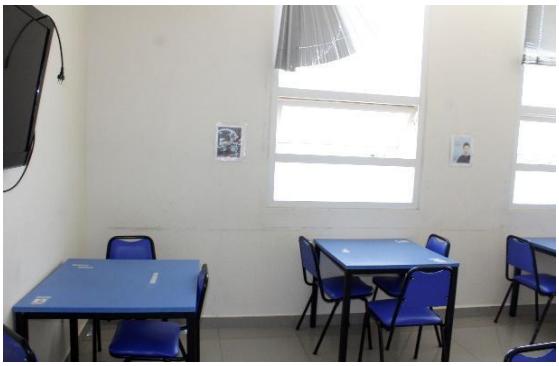
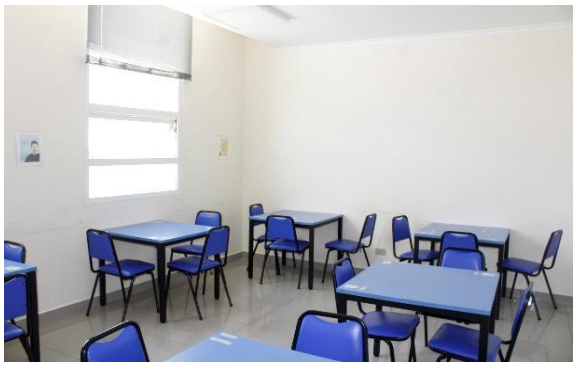
1.2. Uso del tiempo (régimen de internación, oferta programática, intervención psicosocial)

Estándares evaluados: (1) La unidad proporciona los recursos y los espacios necesarios para garantizar que las personas interactúen y participen en actividades de recreación; (2) La unidad ofrece actividades adecuadas a las necesidades e intereses de las personas de forma regular; (3) Las personas tienen acceso a patio el tiempo suficiente para su bienestar; (4) El personal proporciona información sobre las actividades disponibles y facilita su acceso; (5) Cada persona tiene acceso a programas psicosociales adecuadas y de calidad.

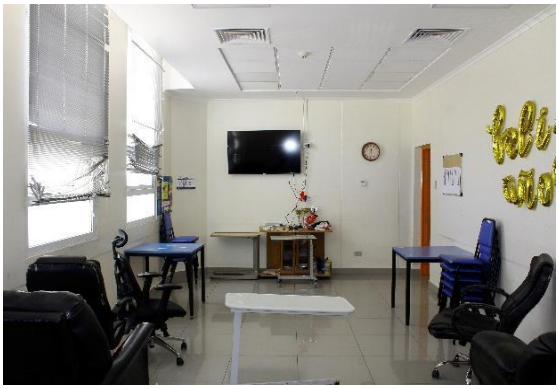
En cuanto al régimen de la unidad, se basa en una rutina establecida para su funcionamiento y se adecúa cuando tienen usuarias mujeres. En ese sentido, se informa que el turno de noche entrega la medicación en los dormitorios y deja bañadas a las mujeres. Luego con el cambio de turno, alrededor de las 08:00, se levantan los hombres y pasan a la ducha. La unidad cuenta con dos duchas que se encuentran separadas por género. Si bien la mayoría de las personas internas no requieren asistencia en las duchas, se supervisa desde afuera su uso, para resguardar tanto la privacidad, como la seguridad de las personas. Además, los días en que los hombres tienen afeitado y las mujeres depilación se observa que no tengan conductas de riesgo. Del mismo modo, se informa que las mujeres se lavan el pelo los días lunes, miércoles y viernes, y no todos los días porque después tienen que secarlo con secador.

Luego de la ducha, las personas internas se visten y pasan al comedor para tomar desayuno, el que se sirve entre las 08:30 y las 09:00. Después del desayuno, las personas internas refieren *"nos vamos a la pieza a hacer aseo",* ya que forma parte de sus obligaciones. A su vez, se informa que se van turnando de forma semanal las labores de orden y limpieza del sector del comedor, después de cada horario de alimentación. Algunas personas internas no están de acuerdo con eso y refieren que *"el aseo lo deberían hacer los trabajadores de acá".*

A las 10:00 se entrega una colación y corresponde el primer cigarro del día. Entre las 10:00 y las 12:00 generalmente se realizan actividades de acuerdo con los horarios programados para las intervenciones individuales y/o grupales. Se informa que las actividades programadas se realizan al menos una vez al día. A las 12:00 corresponde el almuerzo. Luego, las personas internas se lavan los dientes, y entre las 12:30 y las 14:30 permanecen en sus habitaciones bajo monitoreo de cámaras, ya que es el horario de colación del personal. En las entrevistas se cuestiona esta obligación de tomar siesta después de almuerzo: *"no estoy de acuerdo con eso, debería ser voluntad propia de una persona si quiere descansar o no quiere ir a descansar, yo creo que lo hacen para que se les aliviane la pega no más".* A las 15:00 las personas internas toman once y corresponde la entrega de tratamiento farmacológico. Las personas internas realizan una fila en la estación de enfermería y van recibiendo su medicación de forma individualizada. A las 15:30 pueden fumar un segundo cigarro. Un tercer cigarro es a las 17:30 y a las 18:00 llega la cena. Después de la cena las personas internas pueden ir a sus habitaciones o ver televisión a la sala de estar.

Imágenes N°18 y N°19. Comedor UFMC-II



Imágenes N°20 y N°21. Sala de estar UFMC-II

Desde las 18:50 hasta las 20:30 las personas internas permanecen en sus habitaciones para facilitar el cambio de turno, periodo en el que se efectúa observación por cámaras. Entre las 20:00 y las 21:00 se realiza control de signos vitales, entrega de colación, más la ingesta de medicamentos. La mayoría de las veces ven televisión hasta las 21:00. En ocasiones especiales, se quedan hasta un poco más tarde, por ejemplo, cuando se transmite un partido de fútbol. A su vez, los fines de semana y feriados se suma un cuarto cigarro a las 21:00. Luego de ese horario, las personas internas regresan a sus dormitorios para descansar hasta el día siguiente.

En el marco de visita, se informa que la UFMC-II es *"más permisiva"* que otras unidades del sistema forense. Al respecto, las personas internas refieren *"podemos usar parlante, nos cierran la puerta un poco más tarde"*. A su vez, pueden tener fotos, cuadernos, afiches y adornos en sus habitaciones. No obstante, se menciona que la estructura de los horarios es rígida y es habitual que las personas internas respeten dichas normas, ya que se autorregulan con el grupo. A lo más, se informa que en invierno se trata de diferir un poco los horarios, por ejemplo, levantándose más tarde debido a las bajas temperaturas.

En cuanto a la circulación de las personas al interior de la unidad, está restringida al funcionamiento de la rutina. En general, la circulación es libre hasta la clínica y desde el pasillo hacia el patio. Sin embargo, no se permite la circulación constante en las inmediaciones de las oficinas administrativas, ni de las salas de atención, para evitar que ruidos molestos interrumpan las actividades. Además, si las personas internas se encuentran en la sala de televisión o desean estar en el patio, deben estar acompañadas por funcionarias/os. En particular, las personas internas no pueden pasar hacia el último tramo de la unidad,

donde se encuentran los vestidores de funcionarias/os y la salida. Asimismo, las personas internas refieren que no las dejan transitar en los pasillos y que las *"obligan a estar como un robot sentado viendo tele o escuchando música"*. Del mismo modo, no tienen permitido permanecer en las habitaciones durante el día, debido a que el horario de descanso se encuentra establecido y corresponde a los horarios después de almuerzo y cena. Ahora bien, si el reposo en la habitación cuenta con indicación médica, está permitido. Durante la noche, las puertas de los dormitorios quedan sin llave. No obstante, hay una excepción de una persona interna que tiende a ir a las piezas de sus compañeras/os. En su caso, queda con llave y por medio de las cámaras de vigilancia, hace una señal y el personal a cargo le abre la habitación para que pueda acudir al baño.

Respecto a la oferta programática de la unidad, se señala que los días lunes y martes en la mañana asisten a un taller de podcast, que se realiza en convenio con un instituto profesional. Los lunes, martes y jueves, algunas personas acuden a cursos de nivelación de estudios de la escuela hospitalaria, a la que también asisten personas de oyentes. Sobre este punto, se considera que terminar los estudios es la base para la inserción laboral, aunque en las entrevistas aparece que *"es difícil"* que las personas puedan trabajar, por eso se considera relevante el tema de la pensión.

Los martes y jueves en la tarde salen de la unidad a jugar fútbol y en ocasiones también juegan partidos los lunes con otra unidad. Debido a que los que participan son hombres, se propuso una actividad dirigida para las mujeres, y el lunes en la tarde se realiza un taller solo con ellas ("día de chicas").
Por su parte, los miércoles por la mañana se realiza el taller de vida saludable, para dos grupos de 5-6 personas. Ese mismo día en la tarde se realiza el taller de arte y manualidades a cargo de un facilitador. En esta instancia han pintado cuadros, retablos y maceteros, elaborado pulseras y llaveros de macramé, también han participado de exposiciones en la comunidad para mostrar su trabajo.

Imágenes N°22 y N°23. Patio y áreas verdes UFMC-II

Otras actividades que se realizan de forma semanal son el taller de mindfulness, el taller de adicciones y la asamblea. A su vez, acude un pastor a la unidad y se facilita la sala del comedor para que se realice un culto. También se mencionan otras actividades recreativas, tales como caminatas alrededor del hospital, jugar ping-pong y regar las plantas del patio. De forma extraprogramática se les autoriza ver el fútbol, *"según el comportamiento y los que quieran"*. Si bien en términos generales, de lunes a viernes se realizan actividades diarias, los fines de semana la mayoría del tiempo las personas internas ven partidos de fútbol y no tienen salidas programadas de la unidad.

Se indica que en la UFMC-II las personas internas se encuentran *"más compensadas"* y *"conductualmente están mejor"* que en otras unidades del hospital. Lo anterior, favorece que se puedan programar más actividades. En general, se prioriza trabajar con grupos pequeños y el propósito de las intervenciones es potenciar

habilidades para la vida independiente y mejorar la autoestima. Si bien se indica que las personas internas en la unidad están disponibles para recibir atenciones después del desayuno, no se encuentra formalizado un cronograma con las atenciones individuales y grupales que el equipo profesional debe realizar de forma semanal.

Un aspecto a relevar, guarda relación con que algunas personas internas se sentirían poco valoradas por la dirección del establecimiento, en la medida que, por ejemplo, aportaron con su trabajo a la creación de una cancha de baby fútbol y no fue mencionada su contribución al momento de la inauguración. En la misma línea, se han perdido espacios de participación que eran evaluados positivamente por las personas internas, tales como el espacio de agricultura que se suspendió *"porque se asumió que se explotaba a los usuarios"*.

Finalmente, en cuanto a la intervención psicosocial, en el marco de la visita se informa que todavía no se implementan los lineamientos de los planes de cuidados integrales (PCI) en la unidad. Sin embargo, en términos generales, cada profesional elabora planes individualizados, consultando a las personas internas cuáles son sus intereses, y se conversa en las reuniones de equipo para la ejecución de actividades en esa línea, aunque estas disposiciones no se encuentran en un documento escrito y unificado.

Evaluación de la dimensión: parcial

Se valora que no existan criterios de exclusión arbitrarios para el ingreso y que todas las personas sean trasladadas a la unidad para el cumplimiento de medidas de seguridad. A su vez, también se destaca que se resguarden criterios de segmentación por sexo/género en baños y dormitorios. Del mismo modo, se aprecia como un ámbito relevante en la oferta programática y planes de intervención psicosocial, el desarrollo de iniciativas de expresión artística y participación en la comunidad.

Ahora bien, como elementos a mejorar, se constata el establecimiento de rutinas rígidas de descanso y labores de aseo. A su vez, un aspecto preocupante refiere a la permanencia en la unidad de personas que ya cumplieron su medida de seguridad y se mantienen internadas por falta de redes de apoyo y/o dispositivos residenciales comunitarios. Finalmente, se requieren fortalecer los planes de recuperación individual desde una perspectiva psicosocial.

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.

2.1. Vinculación con familiares y personas significativas

Estándares evaluados: (1) Las comunicaciones telefónicas y/o videollamadas están disponibles gratuitamente; (2) Las personas pueden recibir visitas, elegir a quienes ver y compartir con ellas en cualquier horario razonable; (3) El establecimiento proporciona asistencia, además de motivar el contacto con familiares y amigas/os de las/os internas/os; (4) Las personas pueden recibir encomiendas.

En el marco de la visita, se informa que las personas internas pueden recibir 2 llamadas diarias de familiares y personas significativas. La duración de la llamada es de 10 minutos cada una. A su vez, pueden realizar videollamadas 2 veces al mes, en compañía del equipo profesional. Se informa que esta modalidad de comunicación se implementó de forma semanal en el contexto de la pandemia por COVID-19, y en virtud de su evaluación positiva, se ha seguido realizando en la unidad, pero cada 15 días. Estas

comunicaciones son acompañadas y supervisadas por el personal. En las entrevistas, las personas internas refieren que en los últimos meses se suspendieron los llamados, debido a la ausencia del trabajador social y recientemente llegó una nueva profesional que ha empezado a retomarlos.

En cuanto a las visitas, se informa que se programan con anticipación y se reciben de lunes a domingo en la unidad. La duración de la visita es de dos horas, se pueden agendar en la mañana -de 09:30 a 12:00- y en la tarde -de 14:30 a 17:00-. Pueden asistir hasta 2 visitantes por persona. La mayoría de las personas internas cuentan con redes de apoyo, sin embargo, al ser un establecimiento de referencia nacional, muchas de ellas reciben visitas de forma esporádica debido a que se encuentran en ciudades apartadas. Al respecto, cuando familiares viajan de lejos a la unidad, se trata de coordinar para que no asistan 2 visitas al mismo tiempo, ya que se cuenta con un solo espacio para recibirlas, que tiene una mesa con sillas, además de cámaras de vigilancia. A su vez, si la familia desea asistir durante la mañana y la tarde, también se les permite. Incluso, si acuden de muy lejos se hacen excepciones y se les autoriza quedarse un poco más de tiempo. Se informa que 6 personas que se encuentran en la unidad no reciben visitas.

Durante las visitas, las personas internas pueden compartir comida con sus visitantes. Por ello, se entregan orientaciones para que traigan las porciones suficientes para comer con ellas, ya que no se guarda comida que sobre en la unidad. Tampoco se permite tomar fotografías y usar el celular. Cuando asisten menores de edad, se solicita autorización de la psiquiatra y, dependiendo de la vinculación que tenga con la persona interna, se permite su acceso, por ejemplo, si son hijas/os o hermanas/os.

Un aspecto a considerar sobre la vinculación con la familia, refiere a que en la unidad se realiza un trabajo con las redes de apoyo hacia el egreso. En particular, se señala que el equipo realiza visitas domiciliarias y acompaña a las personas internas a ver a su familia. De este modo, se informa que se realizan gestiones incluso cuando la familia se encuentra en lugares alejados del establecimiento. En ese caso, se habla con la familia y se hace un contacto previo para agendar la visita domiciliaria. Ahora bien, se menciona que cuando se programan estas actividades es difícil contar con vehículo institucional para su realización.

Sobre este punto, se menciona la realización de una visita domiciliaria a una ciudad de la Región de Los Ríos, con el propósito de retomar el contacto de una persona interna con su familia a la que no había visto en años. Para ello, se gestionó el uso de la camioneta institucional el fin de semana y se viajó durante la noche, se realizó la visita durante el día y se regresó de noche al hospital, lo que implicó una sobrecarga significativa para el personal. Sin embargo, este tipo de actividad se considera relevante ya que el equipo puede observar en terreno la importancia de la vinculación con la familia.

Con relación a las encomiendas, cuando acuden familiares, en general traen encargos de las personas internas. A su vez, cuando la familia se hace cargo de la pensión, envían encomiendas con la ropa y útiles de aseo que las personas internas necesiten.

2.2. Vinculación con la comunidad

Estándares evaluados: (1) El establecimiento permite, apoya y gestiona la asistencia a actividades comunitarias y de asistencia social en el recinto; (2) Las personas pueden mantenerse informadas a través de un medio de comunicación (televisión, prensa, radio, taller u otros).

En cuanto al contacto con la comunidad, se menciona en las entrevistas que la unidad visitada *"es más libre"* en comparación a otras unidades, ya que la rutina de actividades contempla diferentes salidas individuales y grupales. De esta manera, se reporta que las personas pueden salir de la unidad, pero siempre en compañía del personal. Al respecto, se programan salidas individuales para efectuar, principalmente, trámites personales y realizar compras de ropa. En las salidas grupales, hay turnos

determinados que acompañan estas salidas. En ese caso, el facilitador recibe apoyos de TENS y auxiliares para la labor de supervisión.

Un aspecto a destacar que se reporta en el contexto de la visita, refiere a la realización de salidas recreativas en la comunidad. Durante el verano, se planifican paseos a la playa o a la piscina. También se informa que en invierno asisten a la nieve. Este tipo de iniciativas son valoradas como positivas por las personas internas: *"estuvo bueno, para salir de la rutina, estar encerrado todo el día"*. Se menciona que casi todas han podido acceder a ellas, salvo que exista una limitación significativa. De todos modos, se señala que, desde el hospital y unidad, se realizan los esfuerzos necesarios para el traslado y la distribución de tareas para la observación del grupo.

En la misma línea, las personas internas participan en actividades en la comunidad cuando las invitan. Al respecto, se menciona la participación en iniciativas vinculadas al día de la salud mental en octubre, que incluye asistir a una feria comunitaria con un stand para exponer las obras realizadas en el taller de arte y manualidades. En la misma línea, también las personas internas han asistido a campeonatos de bocha y realizado visitas a museos. En todos los casos, se indica que se cuenta con el interés de las personas internas y se podrían llevar a cabo más iniciativas si se contara con mayor disponibilidad del vehículo institucional, ya que, de lo contrario, se tendría que pagar un taxi o arrendar un bus.

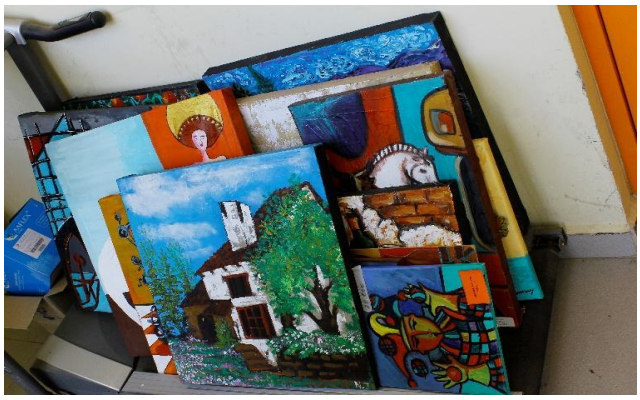


Imagen N°24. Obras para exposición UFMC-II

En las entrevistas se menciona que la pandemia por COVID-19 fue compleja para la unidad, debido a que su sello es programar salidas, entonces fue difícil la estadía en la unidad durante los períodos de cuarentena. Por otra parte, se indica que cuando se realizan actividades en la comunidad el personal asiste con ropa de calle, no con uniforme clínico. Esto, con el propósito que las personas que asisten no sean identificadas como pacientes y ello pueda afectar la percepción que la comunidad tenga de ellas. Al respecto, se señala que *"la comunidad está abierta a participar, había tabús o miedos por ser del hospital psiquiátrico, pero un trabajo guiado se puede hacer"*. En ese proceso, se señala que *"se ven redes de apoyo, para normalmente salir a la sociedad"* y para ello, se trabaja en conjunto con asociaciones culturales a nivel local y la oficina de discapacidad de la municipalidad de Putaendo. Con estas acciones, se pretende que la persona logre desvincularse progresivamente del entorno hospitalario y potenciar habilidades hacia la vida independiente.

Por último, se informa que las personas internas no cuentan con televisión en sus habitaciones, pero sí pueden tener radio y escucharla en horarios establecidos. Para respetar el descanso de sus pares, pueden usar la radio hasta las 21:00, luego se les retira hasta la mañana siguiente y se les entrega nuevamente después que tomen desayuno y ordenen sus habitaciones. El uso de la televisión se realiza en la sala de

estar y están restringidas las películas *"de terror, de sangre o de muerte"*. Los programas favoritos de las personas internas son los partidos de fútbol, las telenovelas y las noticias para mantenerse informados.

Evaluación de la dimensión: parcial

Con relación al contacto con familiares y personas significativas, se valoran las coordinaciones que se realizan en la unidad para recibir a familiares cuando acuden de visita desde lejos y los esfuerzos que se llevan a cabo para favorecer la comunicación con redes de apoyo y la vinculación con la familia hacia el egreso. En la misma línea, en cuanto al contacto con la comunidad, se aprecian las diversas iniciativas sociales, culturales y deportivas que favorecen la participación comunitaria de las personas internas.

Como elementos a mejorar, cabe señalar la importancia de resguardar la privacidad y confidencialidad en las comunicaciones telefónicas, así como fortalecer el apoyo institucional, especialmente en el ámbito del transporte, para lograr el propósito de la unidad, que es la reinserción social y la vinculación con la comunidad.

3. Condiciones materiales

En esta dimensión se analizan los ámbitos de infraestructura: emplazamiento, edificación y equipamiento; alimentación y agua; iluminación, ventilación y calefacción. Higiene y plagas; servicios sanitarios (baños, lavamanos y duchas). Ropa y cama; privacidad, intimidad, confidencialidad. Seguridad ante emergencias.

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, mobiliario incluido, se encuentra en buen estado de conservación, es amplia y cómoda, además de permitir el acceso a personas con discapacidad y las necesidades específicas de las/os residentes; (2) El establecimiento cuenta con dependencias específicamente designadas como zonas de recreación; (3) Los dormitorios y otras dependencias tienen suficiente espacio para cada persona y sin hacinamiento.

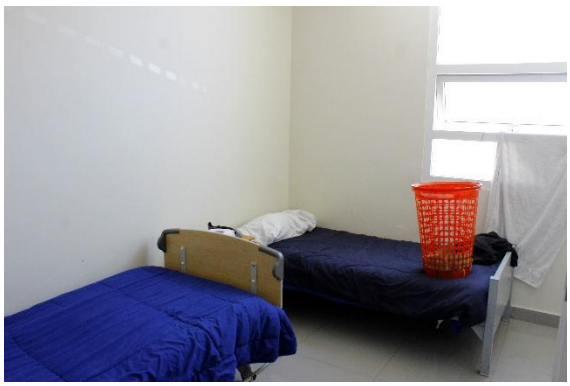
En términos de infraestructura, se indica que la renovación del hospital ha implicado una mejora de las dependencias, siendo *"más acogedora en lo estético"*. Al respecto, se menciona que los espacios clínicos son confortables para la realización de intervenciones individuales. No obstante, se reportan ciertas falencias en la distribución de los espacios para la realización de actividades grupales, ya que los lugares disponibles son la sala de comedor y la sala de estar. A causa de esta falta de espacio, en ocasiones se ha solicitado el uso de una sala de extensión -que se encuentra fuera de la unidad- para llevar a cabo algunas actividades colectivas. Respecto a la disposición de los lugares, también existe preocupación por la ubicación de las oficinas de las/os nuevas/os profesionales que se encuentran en proceso de contratación, ya que en la unidad quedaría poco espacio disponible.

En la unidad, se han tomado acciones para hacer visualmente el espacio más atractivo, especialmente el sector del patio. Se menciona que *"antes era un peladero"* y si bien no han contado con muchos recursos del hospital para revitalizarlo, se han implementado mejoras. Entre las necesidades no cubiertas, se menciona que no se cuenta con una llave y manguera para regar las plantas y flores que se han dispuesto para embellecer el entorno. Respecto al uso del patio, se menciona que se suele utilizar para los talleres de arte, debido a que no cuentan con salas amplias para realizar, por ejemplo, actividades con pintura.

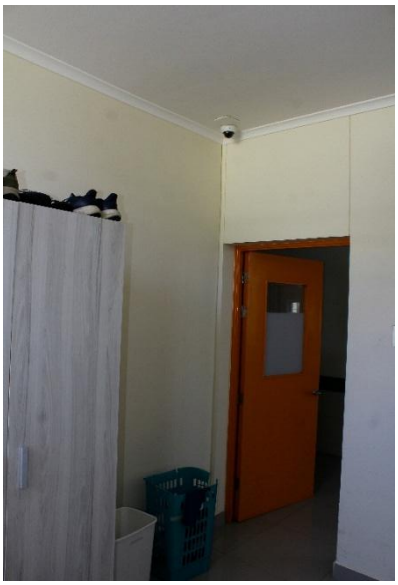
Imágenes N°25 y N°26. Patio y áreas verdes UFMC-II

Imágenes N°27 y N°28. Murales patio UFMC-II

En cuanto a los dormitorios, la unidad cuenta con 17 habitaciones, distribuidas en 13 dormitorios dobles y 4 dormitorios individuales. Las camas son individuales y los colchones se encuentran en buen estado, aunque las personas internas refieren que son *"medios duros"*. Además, las habitaciones cuentan con roperos compartidos para guardar ropa y veladores individuales para disponer objetos personales, tales como fotos y cartas.



Imágenes N°29 y N°30. Dormitorios compartidos UFMC-II



Imágenes N°31 y N°32. Dormitorios compartidos UFMC-II

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, encontrándose limpias y en buen estado; (3) La cocina se limpia con regularidad.

En el marco de la visita, se indica que, en general, la alimentación es buena. Una nutricionista acude a la unidad de forma mensual y establece el régimen de alimentación requerido para cada persona, ajustándolo a sus necesidades individuales. Se indica que algunas personas reciben doble ensalada o doble postre, según sus requerimientos nutricionales.

Ahora bien, las personas internas entrevistadas refieren que están muchas horas sin comer durante la noche, ya que la última colación la reciben alrededor de las 21:00 y el desayuno al día siguiente se sirve un poco antes de las 09:00. Del mismo modo, informan que no les permiten guardar cosas para comer después de la visita, solo compartir comida durante el encuentro con sus familiares. En estas instancias si bien pueden compartir comida casera, hay algunos alimentos prohibidos como las preparaciones que contienen café y alcohol.

Por otra parte, las personas internas tienen acceso a agua potable en todo momento y pueden acceder a ella en los baños disponibles en 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, además que se limpia de forma rutinaria; (3) El establecimiento no tiene factores de riesgo para el desarrollo de zoonosis ni se observa la presencia de vectores; (4) En caso de factores de riesgo para zoonosis o presencia de vectores, el establecimiento actúa oportuna y adecuadamente para su erradicación.

Respecto a las condiciones de climatización, se indica que, si bien la unidad cuenta con calefacción central, lo que es grato para el invierno, no tiene aire acondicionado, por lo tanto, en el verano las dependencias son calurosas.

Ahora bien, en las entrevistas las personas internas especifican que las habitaciones no tienen calefacción y que en invierno *"acostados no pasamos frío, pero al sacarse la ropa sí"*. A su vez, reportan que, si bien las ventanas en los dormitorios se pueden abrir, hay otras piezas que aun así son calurosas, ya que les llega el sol directo en la cama durante algunos meses.

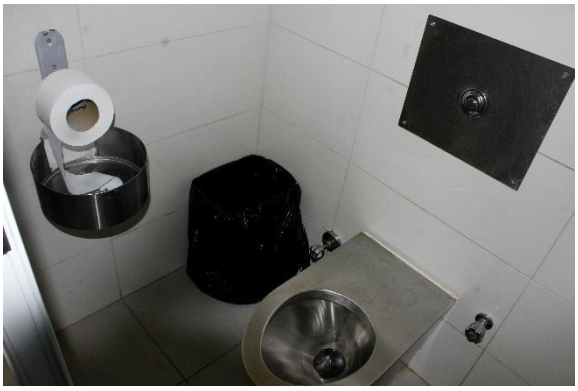
Por otra parte, si bien durante el día se señala que la unidad presenta adecuadas condiciones de iluminación, las luces dispuestas en el patio solamente alumbran un sector durante la noche.

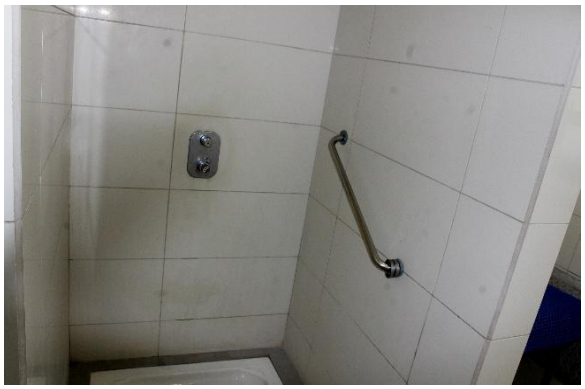
En general, los baños se encuentran limpios y sin mal olor. Del mismo modo, las salas y dormitorios están limpios. Finalmente, no se reporta la presencia de plagas o vectores.

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

Estándares evaluados: (1) Los baños están limpios y funcionan adecuadamente. Además, están adaptados para cumplir con el acceso universal; (2) Las personas tienen artículos de aseo suficientes; (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 (al clima, a sus necesidades y preferencias).

En cuanto a los servicios sanitarios, se informa que la unidad cuenta con 8 inodoros y 8 duchas para las personas internas. En general, los baños se mantienen limpios y las duchas funcionan de manera adecuada, sin embargo, se tapan frecuentemente con sarro debido a que el agua de la zona presenta un alto contenido mineral. Lo anterior, provoca que no salga suficiente agua y no se mantenga una temperatura adecuada durante su uso. A su vez, cabe señalar que las duchas se suelen utilizar dos veces al día, ya que las personas internas se suelen bañar cuando llegan de jugar a la pelota.





Imágenes N°33 y N°34. Baños y duchas UFMC-II

Con relación a los artículos de aseo, las personas internas los compran con el dinero de sus pensiones o se los encargan a su familia, quienes los traen al momento de la visita o envían mediante encomienda. En caso de no poder conseguirlos, el establecimiento les provee lo necesario para su higiene personal. En la misma línea, las personas disponen de ropa y calzado de su elección, que pueden comprar con el dinero de sus pensiones o solicitar a familiares. Cuando las personas internas no tienen ropa o calzado adecuado para el clima, el personal de la unidad les consigue y facilita en las temporadas de verano e invierno.

3.5. Privacidad, intimidad y confidencialidad. Seguridad ante emergencias

Estándares evaluados: (1) Las dependencias aseguran la intimidad de las personas -habitaciones, baños, etc.- además de proteger la privacidad de las comunicaciones de éstas (visitas, llamadas, etc.); (2) Disponen de espacios suficientes para que

las personas guarden sus pertenencias de forma segura; (3) La unidad dispone de medidas de seguridad para proteger a las personas de emergencias y/o desastres.

En el marco de la visita, se informa que las cámaras de vigilancia se encuentran disponibles en los espacios comunes y dormitorios, con el objetivo de prevenir riesgos para las personas internas. Sobre este punto, se indica que hay turnos para el monitoreo de cámaras y que, dado que no hay cámaras en los baños, se supervisa la rutina de duchas, especialmente al momento del afeitado y depilación. Al respecto, para resguardar ciertas condiciones de privacidad e intimidad, se ha dispuesto que las personas utilicen una bata cuando salen del baño y así no deambulan desnudas por los pasillos. No obstante, en las entrevistas las personas internas que tienen habitaciones compartidas refieren que se "*cambian ropa frente al otro no más*".

Imagen N°35 y N°36. Monitores de cámaras de vigilancia UFMC-II

Respecto a las medidas de seguridad ante emergencias, la unidad cuenta con señaléticas que indican salidas de emergencia y vías de evacuación. Además, se observa la presencia de extintores, red húmeda disponible y detectores de humo en caso de incendio. En las entrevistas, se reporta que TENS de turno tiene a su cargo dirigir la evacuación en caso de emergencia. Se informa que las personas internas manejan esta información, ya que se han realizado simulacros de forma periódica. En las entrevistas, una de las personas internas refiere que *"vino un prevencionista de riesgo a decir que cuando suene la alarma teníamos que salir"*.

Evaluación de la dimensión: buena

En cuanto a la infraestructura de la unidad, se valora que se encuentre en buen estado luego de su remodelación, con adecuadas condiciones de limpieza y disposición de los espacios. Del mismo modo, se estima positivo que las personas internas posean camas en buen estado y muebles en sus dormitorios para guardar su ropa y objetos personales. Igualmente, se destaca la preocupación por el mantenimiento del patio y las áreas verdes para uso y disfrute de las personas. Por otra parte, se valora la buena alimentación y el acceso a agua potable de forma continua, así como el resguardo del uso de ropa adecuada para el clima y útiles de aseo para una adecuada higiene personal. Finalmente, se destaca que la unidad cuente con protocolos de resguardo ante emergencias y que se respeten las condiciones de privacidad de las personas en el uso de los servicios sanitarios.

Ahora bien, como aspectos a mejorar, cabe mencionar la necesidad de llevar a cabo mantenciones periódicas que permitan asegurar el adecuado funcionamiento de las duchas, así como la instalación de una red de agua para el riego de las plantas en el jardín de la unidad y de luminaria adecuada en algunos sectores del patio. Además, se debe mejorar la climatización del recinto, para que sea confortable para las personas durante todo el año. Por último, se observa la necesidad de disponer de espacios recreativos

adecuados y de mejorar las condiciones del patio, favoreciendo la cooperación de las personas para su acondicionamiento.

4. Salud

La CDPD, señala en relación al derecho de la salud (art. 25, inciso 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 usuaria/o; (3) Cuando se necesitan procedimientos de salud o quirúrgicos que no pueden ser proporcionados en la unidad, existen mecanismos de referencia para asegurar que las personas sean derivadas donde 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, además que éstos son revisados y actualizados periódicamente por la persona y una/un miembro del personal; (5) Las personas reciben atención psicológica y psiquiátrica clínica.

En el marco de la visita, se informa que en la medida que las personas internas permanecen largo tiempo en la unidad, cuando se pesquisan enfermedades físicas se realiza la derivación y son atendidas en el centro de salud correspondiente. Al respecto, se señala que las personas internas que presentan enfermedades crónicas, tales como diabetes o hipertensión, se encuentran inscritas en el CESFAM de Putaendo y reciben en este centro sus controles periódicos. A su vez, cuando se realiza alguna derivación a atención de especialidad, se realizan interconsultas con hospitales generales de la red asistencial, como el Hospital San Camilo.

En caso de urgencia médica, se cuenta con un protocolo para las emergencias de riesgo vital. Se informa que ante estas situaciones el equipo de la unidad otorga la primera respuesta, y luego acude un equipo de urgencia con médico somático y equipamiento adicional. Dependiendo del grado de estabilización que se pueda lograr, se coordina con SAMU (Servicio de Atención Médica de Urgencia) -con quien en general, tienen buena respuesta- para derivación a centro asistencial de la red.

En específico, se indica que cuando hay personas que han requerido hospitalización, el establecimiento de referencia ha solicitado que asista una/un funcionaria/o a cargo de la custodia y eso en ocasiones ha implicado modificar la rutina de la unidad por falta de personal.

En cuanto a las atenciones de salud mental, se informa que aún no se implementan los planes de cuidados integrales (PCI), ya que se encuentra en proceso de concurso público la contratación de las/os profesionales que contribuirán a concretar esa línea de trabajo en la unidad. De esta manera, como se ha señalado anteriormente, si bien se consideran las orientaciones de los PCI para la intervención con las personas, dicho modelo aún no se encuentra formalizado. Al respecto, se menciona que se realizan reuniones clínicas donde cada profesional comparte lo que ha estado trabajando y se acuerdan aspectos a reforzar en conjunto, tales como el vínculo con la familia, la participación en los talleres, entre otros.

4.2. Características y dotación del personal de salud

Estándares evaluados: (1) El establecimiento cuenta con personal capacitado y competente, acorde a los servicios entregados, tales como psiquiatras especialistas en psiquiatría forense, personal profesional de salud y de trato directo capacitado en salud mental; (2) La dotación del personal de salud es suficiente en cantidad, según el número de residentes que tiene a su cuidado.

Sobre la dotación del personal de la unidad, esta información se detalla en la tabla N°11.

Tabla N°11. Dotación del personal según número, jornada y sistema de turno

Cargo	Número	Jornada	Sistema turno
Médicas/os psiquiatras	1	22 horas	Diurno
Médicas/os generales	1	44 horas	Diurno
Psicólogas/os	1	44 horas	Diurno
TENS	10	Turno 24 horas	Tercer y cuarto turno
Enfermeras/os	2	44 horas	Diurno
Kinesiólogas/os	1	44 horas	Diurno
Trabajadoras/es sociales	1	44 horas	Diurno
Terapeutas ocupacionales	1	44 horas	Diurno
Nutricionistas	1	44 horas	Diurno
Auxiliar de aseo	6	Turnos 24 horas	Tercer turno
Gendarmes	0		
Facilitador Terapéutico	1	44 horas	Diurno
Profesor de Educación Física	1	44 horas	Diurno

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de HPP (octubre, 2024).

El equipo profesional de la unidad consiste en la médica jefe y psiquiatra tratante, enfermera supervisora, enfermera clínica, terapeuta ocupacional, psicóloga, trabajadora social, facilitador terapéutico y profesor de educación física. A su vez, el establecimiento también cuenta con médicas/os generales, kinesióloga y nutricionista que acuden a la unidad. De este modo, las personas internas tienen acceso a esas prestaciones según las necesidades que se vayan detectando. Se informa que la enfermera supervisora está a cargo del equipo clínico de TENS y auxiliares, más la enfermera clínica. En las entrevistas se valora positivamente contar con dos enfermeras en la unidad. Las/os TENS trabajan bajo el sistema de tercer y cuarto turno, a su vez, la enfermera de clínica trabaja en sistema diurno. Finalmente, la unidad no cuenta con personal de gendarmería.

Durante el día, en la unidad permanecen 4 TENS, 3 auxiliares, 1 facilitador y 5 profesionales. En la noche quedan 3 TENS y 2 auxiliares. A su vez, la continuidad de cuidados luego del término de jornada diurna reside en una enfermera de turno que generalmente se queda en la UFAC, pero está a cargo de todo el sistema forense. De esta manera, después de las 17:00, la enfermera de turno cubre las unidades forenses hasta las 08:00 del día siguiente y también cumple esas funciones los fines de semana.

En cuanto a la organización del trabajo del personal de cuidado, se menciona la distribución y rotación de funciones en los turnos de TENS, principalmente entre labores de "clínica" y de "custodia". Por ejemplo, se indica que la/el TENS de custodia se dedica especialmente a proveer apoyos a una persona que se encuentra en silla de ruedas: dejarlo en su cama, cambiar pañales y prevenir lesiones por presión. Del mismo modo, un miembro del personal está a cargo del protocolo de vigilancia de cámaras cuando las personas se van a su reposo post almuerzo. Por otra parte, en el ámbito clínico, se encuentran las labores de toma de signos vitales y la administración de medicamentos, tanto vía oral como inyectables. También entre las funciones del personal TENS se encuentran las salidas a controles con las/os usuarias/os, supervisión en alguna actividad deportiva, la recepción de llamados por parte de la familia y

dar aviso al equipo interdisciplinario de información relevante. En ocasiones, TENS también ha acompañado a una/un profesional cuando se realiza el traslado de una persona egresada al encuentro con su familia.

En relación con el facilitador terapéutico, es importante mencionar que es un técnico en rehabilitación que trabaja habilidades cognitivas y deportivas en actividades grupales e individuales. Se menciona que se especializa en trabajo en arteterapia, cultivo, ornamentación, entre otras iniciativas artísticas, recreativas y culturales que se han realizado en la unidad a pesar de no contar con mayores recursos y que no a todas las personas internas les motiva participar. De esta manera, el facilitador cumple funciones en la realización de talleres y también acompaña algunas intervenciones con las/os profesionales que requieren apoyo. El profesor de educación física se enfoca netamente en las actividades deportivas, aunque también acompaña en otras iniciativas.

En el caso del equipo profesional, se informa que las personas internas tienen control con psiquiatra una o dos veces al mes. Por otra parte, la psicóloga, terapeuta ocupacional y trabajadora social realizan atenciones individuales y talleres grupales, además de estar a cargo de trabajo administrativo. Por ejemplo, se menciona la aplicación de una escala de riesgo de violencia para los informes a tribunales. Ahora bien, en las entrevistas, algunas personas internas refieren que tienen control de psiquiatría cada 3 meses y que reciben escasas atenciones individuales.

Respecto al trabajo interdisciplinario, se informa que se realizan reuniones de equipo los lunes para abordar las actividades que se desarrollarán durante la semana y si hay un problema con alguna/algún usuaria/o. A su vez, se señala que en estas instancias se efectúan análisis de casos, especialmente con las personas que están próximas a terminar su medida de seguridad, para distribuir funciones del plan de egreso, por ejemplo, la realización de visitas domiciliarias. Por otra parte, se señala que se realizan reuniones de equipo ampliadas una vez al mes, incluyendo TENS, facilitador y auxiliares, para informar medidas o propuestas de mejora ante contingencias que puedan ocurrir en la unidad.

Como se ha señalado más arriba, se encuentran abiertos tres concursos públicos para la contratación de terapeuta ocupacional, psicólogo y trabajador social. Esto se considera prioritario, ya que la UFCM-II es una de las unidades más críticas del hospital en cuanto a dotación de personal, en la medida que se cuenta con una/un profesional de cada área para 30 usuarias/os, en cambio en la UTHIRI (Unidad Hospitalaria de Tratamiento Integral y Rehabilitación Intensiva), que se puede considerar una unidad homóloga en psiquiatría general, se cuenta con una/un profesional de cada área para 10 usuarias/os. De esta manera, con la incorporación de las/os nuevas/os profesionales se espera cubrir esta brecha de recursos humanos.

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 establecimiento cuenta con dependencias de salud, equipamiento e insumos médicos adecuados y en buenas condiciones, acorde a las prestaciones que entrega.

En cuanto a infraestructura y equipamiento, los equipos de control de signos vitales funcionan adecuadamente y reciben una mantención regular, lo que permite constatar la presencia de efectos adversos asociados a medicamentos en las personas internas. Un aspecto a destacar es que se cuenta con DEA (Desfibrilador Externo Automático) en la unidad.

Respecto a los medicamentos e insumos médicos, se informa que el hospital cuenta con una unidad que está a cargo de monitorear la falta de insumos y las necesidades que van surgiendo, comprando lo que se

requiere y desechando lo necesario. En específico, se menciona en las entrevistas que las órdenes de medicamentos se solicita a bodega de farmacia y no han tenido quiebres de stock en el último tiempo.

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

Estándares evaluados: (1) Se ofrece a las personas exámenes de salud física y/o detección de enfermedades y lesiones 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 la unidad o a través de derivación a otro establecimiento; (3) En el establecimiento se lleva a cabo educación y promoción de salud en forma regular, tales como asuntos de hábitos saludables, salud mental, cognitiva, funcional y sexual; (4) Se realiza una constatación a las personas de lesiones al reintegrar la unidad tras un traslado.

El establecimiento cuenta con programas de vacunación que aplican tanto para usuarias/os como funcionarias/os. Lo anterior, contempla las campañas de vacunación en los casos de influenza y COVID-19. Se informa que las personas que no quieren vacunarse pueden rechazar la vacuna, pero se trata de convencer a la persona de la importancia para el cuidado de su salud. En específico, se reporta que los nuevos ingresos se monitorean si se encuentran al día con las vacunas y en caso que no sea así, se gestiona para que puedan acceder a ellas. Del mismo modo, se coordina con la red asistencial la vacuna antirrábica o antitetánica, en caso que se requiera frente alguna mordedura o lesión durante la permanencia de la persona en la unidad.

Cabe destacar que el establecimiento gestiona la toma de muestras de carga viral y el tratamiento con antirretrovirales para personas que se encuentran en el programa de VIH. Por otra parte, en la unidad se realizan charlas y talleres para la prevención del consumo de drogas y temáticas relacionadas con la alimentación y la hidratación, la higiene del sueño y el ocio saludable. A su vez, un aspecto que se refuerza constantemente son las actividades de psicoeducación con las personas internas hacia el egreso, para reforzar *"que se tomen los medicamentos"*. De esta manera, se informa que se realizan esfuerzos en la unidad para que *"puedan volver a sus casas y llevar una vida sana"*.

Evaluación de la dimensión: parcial

Se valora que la unidad desarrolle acciones para garantizar el acceso a atención de salud física, realizando derivaciones y facilitando interconsultas para una atención oportuna en la red asistencial a nivel territorial, tanto en atención primaria como de especialidad. A su vez, se reconoce la importancia de la conformación de un equipo interdisciplinario capacitado y competente a cargo de realizar atenciones de salud mental en la unidad y de acompañamiento psicosocial hacia el egreso. Se destaca a su vez, la disponibilidad de equipamiento, insumos médicos y medicamentos necesarios para las prestaciones de salud que se entregan en la unidad. Finalmente, se pone de relieve que el establecimiento cuente con programas de vacunación y desarrolle acciones de educación y promoción en materia de salud dirigidas a las personas internas para fortalecer competencias hacia el egreso.

Como desafíos pendientes, se encuentra la implementación de los planes de cuidados integrales (PCI) en la unidad a partir de la ampliación de la dotación de personal, así como la estructuración de un calendario de atenciones psicosociales para proveer apoyos individualizados orientados al logro de objetivos sociales, médicos, educativos, laborales, entre otros.

5. Medidas de protección

En el art. 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 la justicia

Estándares evaluados: (1) Se les informa a las personas al ingreso y durante su internación el motivo de su internación y la duración estimada de ésta; (2) Las personas tiene acceso a abogadas/os defensoras/es de forma oportuna, técnicamente adecuada y en lugares donde se respete la privacidad; (3) Las personas pueden tener contacto con las/os juezas/ces de garantía en las visitas que éstas/os realizan a las unidades [Véase arts. 567 y siguientes del Código Orgánico de Tribunales]; (4) A las personas se les facilitan acceso a asesorías legales no penales; (5) 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].

En el marco de la visita, se obtiene información que las personas internas tienen claridad sobre los motivos de su internación y las fechas de cumplimiento de sus medidas de seguridad. De este modo, conocen en qué momento les corresponde egresar de la unidad. A su vez, están al tanto que el equipo profesional debe enviar informes de evolución clínica al tribunal cada 6 meses. Incluso, el personal de la unidad refiere que, en ocasiones, se les lee a las personas internas lo que se describe en ese informe con un *"sentido terapéutico"*, esto es, con el propósito de que sepan lo que deben mejorar hacia el egreso.

Por otra parte, en las entrevistas al personal se señala que, si se constata la presencia de un delito, el procedimiento es informar a la jefatura y, dependiendo de la circunstancia y la gravedad, se toman las medidas a seguir. Al respecto, se tiene conocimiento que, en tanto funcionarias/os públicas/os, si toman conocimiento de algún abuso tienen el deber de comunicarlo, ya que *"acá estamos vigilados, si yo viera algún maltrato, lo comunico de forma inmediata"* pero *"hasta ahora no les ha tocado hacerlo"*.

En este ámbito, si bien no se han realizado denuncias penales, si se encuentra activo un sumario administrativo que involucra a una/un funcionaria/o de la unidad por un manejo inadecuado de los dineros de las personas internas. Entrevistadas/os señalan que la/el trabajadora/trabajador lleva dos meses suspendido de su cargo, luego de que se detectaron irregularidades en gastos sin rendición. De esta manera, se informó a la dirección y se instruyó un sumario administrativo. Al respecto, refieren que, si hay una falta a la probidad y se constata algún delito, la dirección del hospital debería realizar denuncia en el Ministerio Público. Sobre este punto, se informa que también el establecimiento actualizó el protocolo para el manejo del dinero, especificando, por ejemplo, que todas las solicitudes de dinero deben ser visadas por la jefatura, estableciendo más instancias de control que antes no estaban presentes.

5.2. Egreso

Estándares evaluados: (1) Todas las personas egresan en las fechas o tiempos establecidos (véase realización de pericias en caso de evaluación forense y tiempo probable de pena/internación en caso de cumplimiento de medidas de seguridad) y no hay prolongación de la estadía más allá de las razones que motivaron la internación; (2) No existen causas arbitrarias para

prohibir el egreso; (3) Al egreso, la unidad se asegura que las personas comprendieron los motivos de egreso y se le entrega información sobre las condiciones de egreso; (4) Al egreso, se garantiza la posibilidad de seguir un tratamiento psicológico y psiquiátrico en caso de ser necesario; (5) Existe un apoyo post-egreso entre la persona y la institución, buscando vincular las personas con los servicios pertinentes para su inclusión en la comunidad.

Con relación a las condiciones del egreso, es relevante mencionar que debido a que la UFMC-II corresponde a la *"vía de externalización"* del sistema de psiquiatría forense del establecimiento, el propósito de la unidad es preparar lo mejor posible a las personas que van a vivir con sus familias o referentes de apoyo, y mantener continuidad de tratamiento en algún centro de salud mental. Sin embargo, también se informa que en ocasiones las personas egresan de las otras unidades forenses, ya que *"cuando las medidas de seguridad son cortas no alcanzan a hacer el circuito"*. En la tabla N°12 se describe el número de egresos de los últimos 3 años en la unidad.

Tabla N°12. Número de egresos de UFMC-II por año

Año	Número de egresos
2022	7
2023	11
2024	8

* Dato a octubre de 2024

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de HPP (octubre, 2024).

En cuanto a los motivos de egreso, se señala que puede ser por solicitud al tribunal de cambio de la medida de internación por custodia y tratamiento de la familia (egreso anticipado), o por el cumplimiento propiamente tal de la medida de seguridad.

Sobre el primer motivo, se señala que el equipo de la unidad, en coordinación con la familia o redes de apoyo de la persona, elabora un informe al tribunal y asiste a las audiencias para solicitar el cambio de medida de seguridad que implica un alta de hospitalización. Sin embargo, el personal reporta que sobre esta solicitud *"es bien difícil hacer entender a los jueces desde el punto de vista clínico"*, especialmente cuando las personas han cometido delitos de connotación grave. En específico, se indica que *"si ha sido un parricidio terrible muy mediático, es difícil que un juez nos diga que sí"*. Con ello, la solicitud se realiza principalmente con *"un paciente compensado*" que tiene un buen pronóstico para el egreso: "*tenía articulada una buena red familiar, una red comunitaria. En algunos casos ya teníamos un trabajo que podía tener"*. En ese sentido, se reporta que tuvieron buenos casos y la persona quedaba en custodia y tratamiento a cargo de la familia.

Esta modalidad, implicaba un apoyo post-egreso que consistía en un *"poli forense",* donde a la persona se le citaba 6 meses después del alta para realizar un seguimiento del tratamiento y derivación a la red asistencial que correspondía. Si la persona seguía asistiendo durante ese período, se informaba al tribunal que estaba cumpliendo con los controles periódicos acordados en la audiencia. Ahora bien, en el contexto de la visita, se informa que desde el año 2023 ya no se comparte la idea de *"dejarlos salir"* antes de que se cumpla la medida de seguridad. Se indica que tuvieron *"muchas recaídas"* debido a que las personas suelen cometer delitos en *"estados de enajenación"* pero a partir de cuadros de *"psicosis por drogas"*, por lo tanto, se ha tomado la determinación de no solicitar altas antes de lo que está indicado por la justicia.

Con relación al segundo motivo de egreso, se menciona un protocolo interno que establece que 6 meses antes del cumplimiento de la medida de seguridad, el equipo de la unidad debe iniciar la vinculación progresiva con la familia y redes de apoyo. De esta manera, se coordinan, por ejemplo, visitas domiciliarias para examinar las condiciones para recibir a la persona luego del egreso. Al respecto, se menciona que *"es harta la pega de convencer a un familiar de que el paciente está compensado y de que cumplió una medida y de que no puede estar acá"*. Se informa que se han realizado visitas domiciliarias a Panguipulli, Temuco, La Serena, entre

otras ciudades y para ello se coordina con anticipación, debido a que la locomoción que posibilite el traslado en el servicio es limitada.

En la misma línea, se activa la red asistencial para realizar las derivaciones correspondientes a COSAM, CESFAM y programas de prevención del consumo de drogas. En específico, se informa que, si la persona toma clozapina y es de un determinado lugar, se busca el hospital más cercano que tenga el medicamento y cuente con el programa de clozapina para realizar la derivación. Sobre este punto, se relata la experiencia de dos integrantes del personal que acompañaron a una persona que egresó y se fue a vivir a Iquique. El traslado aéreo fue costeado por el hospital y permitió que la persona fuera dejada en su nuevo hogar. Se coordinarán reuniones con COSAM y CESFAM de la comuna para garantizar la continuidad de su tratamiento.

Hacia el egreso, también se programan salidas de preparación, debido a que algunas personas han permanecido en el establecimiento durante años, por lo tanto, el valor del dinero ya no es el mismo y el medio de pago con tarjeta se encuentra masificado, por ejemplo. De esta manera, se promueven habilidades instrumentales por medio de compras y que las personas tengan la capacidad de manejo de dinero. Ahora bien, cabe mencionar que no se realizan coordinaciones con organismos públicos o privados para oportunidades de educación y empleo.

En el marco de la visita, se indica que es poco habitual que la familia nuclear reciba a la persona luego del egreso. En general, una tía, sobrina u otro familiar cercano lo recibe en su hogar. Se reporta que, al momento del egreso, integrantes del equipo lo acompañan a su nuevo domicilio y se solicita a la familia que *"se preocupen de que el paciente se mantenga en controles y adhiera, que se tome los remedios"*. En la unidad, también se organiza una actividad de egreso para que la persona pueda despedirse de sus pares y generalmente se comparte una torta y se escriben o expresan palabras de despedida. Se intenta que *"sea algo significativo para las dos partes"*.

Ahora bien, cuando la persona termina su medida de seguridad, en términos generales, no se realiza ninguna acción post-egreso, debido a que la persona ya no pertenece al establecimiento y ha sido dada de alta. Esto, con excepción de las personas que egresan a los *"dispositivos comunitarios"* (hogares o residencias protegidas) con los cuales se realiza un seguimiento de tres meses posterior al alta, que puede ser un llamado o una visita, en caso que haya faltado al control de medicamentos, que principalmente se realiza en el COSAM de Putaendo, o bien, tenga algún trámite social que quedó pendiente.

Finalmente, es relevante señalar que 4 personas se encuentran en situación de egreso y permanecen en la unidad por más tiempo de lo que dictaminó el tribunal. Lo anterior ocurre porque, por un lado, hay casos que están esperando un traslado a una unidad de psiquiatría general, debido a *"que no se han compensado del todo"* de acuerdo con el criterio del equipo profesional y *"necesitan estar resguardados dentro de un ambiente protegido"*. Por otro lado, se reporta la presencia de personas que no cuentan con redes de apoyo familiar y están esperando un cupo para un hogar o residencia protegida. Sobre este punto, se indica que los cupos son limitados ya que no hay una oferta residencial específica para personas del sistema de psiquiatría forense sino de toda la red de salud mental. Al respecto, se informa que se está implementando un modelo de Residencia de Alta Intensidad de Apoyos destinado a *"pacientes que son muy complejos y que no tienen redes y que no califican para ningún otro dispositivo"*. En específico, se menciona el caso de una persona *"que ya está egresado, estamos esperando una opción de hogar porque no tiene su familia, entonces no tiene red, lleva 20 años"* en el establecimiento.

5.3 Acceso a información

Estándares evaluados: (1) Se entrega a las personas información clara y completa sobre: i- El procedimiento de evaluación forense (en Unidades forenses de evaluación), ii- la evaluación, diagnóstico, opciones de tratamiento y "recuperación" en una

forma que entiendan y que les permita tomar decisiones libres e informadas, iii.- Acceso a fichas médicas, iv.- Sobre el tratamiento farmacológico propuesto, su propósito y sus potenciales efectos secundarios; (2) Se proporciona información clara y completa sobre los derechos de las personas en forma escrita y verbal; (3) Las personas están informadas sobre las opciones de tratamiento alternativas que son posibles o que podrían complementarlo, tales como psicoterapia u otros; (4) Se les entrega información clara y precisa de su situación legal y/o porqué se encuentran en la unidad.

Con relación al acceso a la ficha clínica, en las entrevistas se señala que en la unidad solamente tienen acceso a la ficha clínica el personal clínico y las/os estudiantes en práctica con supervisión de la/el profesora/profesor tutora/tutor. A su vez, el personal menciona que no les ha tocado la oportunidad que las personas internas soliciten su ficha clínica. En las entrevistas, las personas internas refieren que no se les permite acceder a la ficha clínica y tampoco *"dejan verla de lejos"*.

En cuanto al acceso a información sobre el tratamiento farmacológico, se reporta que uno de los objetivos de la unidad es la psicoeducación en farmacoterapia, esto implica la entrega de información en el lenguaje más comprensible posible para las personas internas y su familia con relación a los medicamentos. Lo anterior, se realiza con el propósito de fomentar la adherencia al tratamiento cuando la persona sea dada de alta.

En cuanto a la información sobre los derechos, el personal reporta que no se llevan a cabo instancias formales para abordar estas materias, sin embargo, en las asambleas se han mencionado los derechos que las personas tienen y también los deberes que deben cumplir en la unidad, aspecto que se refuerza constantemente a partir de las normas del establecimiento.

5.4. 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.

Con relación a los mecanismos de solicitudes y quejas, se informa que cada servicio clínico del hospital cuenta con un buzón de reclamos y sugerencias perteneciente a la OIRS. Además, se maneja un formulario tipo para llevar a cabo estas comunicaciones. Al respecto, se señala que un grupo de personas internas quiso redactar una carta y obtuvieron retroalimentación de regreso, ya que era una notificación de felicitaciones para una/un funcionaria/o. De esta manera, sus expresiones se canalizan por ese medio y se les acompaña para que utilicen el formato correspondiente. Ahora bien, se informa que lo habitual es que las personas internas hablen directamente con la enfermera supervisora cuando tienen algún reclamo o queja sobre el trato del personal, sin contar con mecanismos confidenciales a órganos externos, que las protejan de posibles represalias.

Otra instancia donde se abordan temáticas relacionadas con el funcionamiento de la unidad, la promoción del buen trato y situaciones relacionadas con la convivencia, son las asambleas. Estas reuniones se realizan dos veces al mes y la mayoría de las personas internas participan. Estos espacios de encuentro se utilizan para organizar celebraciones de cumpleaños, así como las fiestas de navidad y año nuevo. En general, en estas actividades programadas se compra comida extra con el dinero de sus pensiones y se valoran positivamente como instancias de esparcimiento.

5.5. Medidas de prevención y supervisión independiente

Estándares evaluados: (1) Se han adoptado medidas apropiadas para prevenir todas las formas de maltrato, las cuales han sido difundidas al personal, residentes y autoridades; (2) Existen instancias de evaluación de la efectividad de las medidas adoptadas; (3) Se toman las medidas disciplinarias y legales contra cualquier persona que cometa actos de maltrato o vulneración de derechos; (4) 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.]. (5) 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; (6) Las supervisiones y fiscalizaciones son realizadas con la frecuencia y extensión adecuada.

En cuanto a las medidas de prevención, en el marco de la visita se mencionan diversos protocolos que regulan las prácticas de atención en la unidad, tales como el *"Protocolo de contención física en pacientes con agitación psicomotora"*[18], el "*Protocolo de vigilancia de eventos adversos y eventos centinela"*[19] y el *"Protocolo de manejo de usuarios con riesgo suicida"*[20]. Respecto a otras acciones, el personal informa que toma resguardo con los utensilios de cocina, ya que cualquier objeto puede ser ocupado y constituir un riesgo para las personas. Por otra parte, realizan rotaciones en la supervisión de las duchas, para que esta labor sea realizada por funcionarias cuando se bañan las mujeres y así evitar riesgos *"por ambos lados"*. A su vez, se señala que las cámaras de vigilancia permiten una supervisión constante y cumplen con la función de disuadir conductas no permitidas en la unidad.

Se indica que hay personas internas que han acusado de malos tratos a funcionarias/os y en esos casos, tal y como se mencionó en la sección anterior, lo reportan a la enfermera supervisora, quien los evalúa con el equipo y se realiza la solicitud a dirección para que autorice la revisión del registro de grabación, y así constatar si los hechos efectivamente ocurrieron, ya que hay situaciones que se *"sacan de contexto"*.

Sobre este punto, se reporta que ha habido situaciones donde parecieran existir conductas inadecuadas por parte de funcionarias/os y se realiza la retroalimentación. Por ejemplo, se informa que hace unos meses hubo un manejo inadecuado con las pertenencias de una persona interna, así que hubo una anotación de demérito para las/os funcionarias/os involucradas/os. En otros casos que se consideran más graves o que tienen un efecto nocivo para la persona, se informa a dirección y se establecen los mecanismos administrativos correspondientes para establecer responsabilidades.

Con relación a instancias de supervisión por autoridades independientes, se menciona que asisten a la unidad las defensorías penales públicas a visitar a las personas internas que forman parte de su jurisdicción territorial. A su vez, a la unidad asiste cada 6 meses el Ministerio Público y el fiscal realiza entrevistas a las personas internas. Finalmente, se tiene conocimiento de visitas del INDH, aunque no en el último tiempo.

Evaluación de la dimensión: Insuficiente

Se aprecia que las personas tengan conocimiento de los plazos de cumplimiento de sus medidas de seguridad y que reciban información sobre el tratamiento farmacológico que reciben. A su vez, se considera relevante que las personas cuenten con un plan de egreso y se entreguen apoyos para la reinserción social. Por otra parte, se valora el espacio de asamblea como instancia de participación para

[18] Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (2020). Protocolo de contención física en pacientes con agitación psicomotora. SSA.
[19] Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (2022). Protocolo de vigilancia de eventos adversos y eventos centinela. SSA.
[20] Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (2019). Protocolo de manejo de usuarios con riesgo suicida. SSA.

el desarrollo de iniciativas con fines recreativos y que promuevan la buena convivencia entre pares. Del mismo modo, se resalta que la unidad cuenta con protocolos que regulan la aplicación de ciertos procedimientos de acuerdo con estándares de calidad definidos por el hospital. Finalmente, se destaca la presencia de supervisiones externas al establecimiento, principalmente del ámbito judicial.

Como aspectos a mejorar, si bien el personal expresa que todos los hechos constitutivos de delitos son informados a una autoridad local, no se reporta la existencia de un protocolo que regule estas acciones y que permita una tramitación expedita cuando se presentan estas situaciones en la unidad, garantizando la denuncia penal cuando corresponda. A su vez, se requiere reforzar las modalidades de acompañamiento institucional para la implementación de apoyos hacia al egreso y post-egreso. Por otra parte, se requiere impulsar medidas que permitan el acceso a la ficha clínica por parte de las personas internas. En la misma línea, se requiere diseñar instancias formales para proporcionar información sobre los derechos y reforzar acciones orientadas a comunicar efectos adversos asociados a la medicación y alternativas al tratamiento farmacológico. Finalmente, se requiere resguardar la presencia de mecanismos de solicitudes o quejas de carácter confidencial a un organismo externo e independiente, que proteja a las personas de posibles represalias.

6. Trato

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

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

Estándares evaluados: (1) Las personas son tratadas con dignidad durante los traslados con personal de custodia; (2) Las personas no son sometidas a contención o medidas de seguridad en la unidad como castigo o sanción; (3) Se han implementado alternativas a la contención (farmacológica y/o física) en el establecimiento y el personal está capacitado en técnicas de "atenuar el escalamiento", para intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a las personas o a las/os trabajadoras/es; (4) Se realiza una evaluación de "atenuación del escalamiento" consultando a las personas, con el objetivo de identificar los gatillantes y factores que ellas consideran que logran aminorar sus situaciones de crisis y para determinar sus métodos preferidos de intervención en crisis; (5) Los métodos preferidos de intervención identificados por la persona para ser utilizados en una crisis, se encuentran registradas y disponibles para el personal, y se integran al plan individual de "recuperación"; (6) En caso de ser necesaria y se realice contención farmacológica y/o física, se registran cualquier de estos casos de contención (incluyendo tipo, duración, entre otros) y se informa a la dirección del establecimiento, así como a un organismo externo pertinente; (7) En caso de ser necesarias, una/un médico es la persona encargada de la autorización de las contenciones farmacológicas y/o físicas; (8) No se administra ninguna terapia electroconvulsiva sin el consentimiento libre e informado de las/os usuarias/os, sin un anestésico y un relajante muscular (es decir, en su forma no modificada) y en ningún caso a menor de edad; (9) Existe disponibilidad y cumplimiento de guías clínicas claras, basadas en la evidencia, sobre cómo y cuándo la terapia electroconvulsiva puede o no ser administrada; (10) No se somete a ninguna persona a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento informado, o si es potencialmente dañina o peligrosa para la persona; (11) Cualquier experimentación médica o científica es aprobada por un comité de ética independiente.

6.1.1. Contenciones

En el contexto de la visita, se informa que la unidad cuenta con un protocolo de contención física, con los implementos para ello y se está capacitando constantemente al personal en la materia. Se menciona que cuando se aplica, se utiliza una sala de observación, donde a la persona se le deja alejada del grupo y

monitoreada por cámaras. A su vez, se emite un boletín a la SEREMI de salud, en el que se reportan las medidas de prevención utilizadas, tales como control de signos vitales, revisión de zonas de apoyo y postura de la cabeza, entre otras.

Ahora bien, se indica que el uso de contenciones físicas no es frecuente en la unidad. La última vez que se utilizó fue para una persona que presentó conductas de autoagresión, por lo que estuvo justificado y contó con indicación médica. Se menciona que en general *"hay un tema de regulación del grupo, entonces el grupo es bastante tranquilo"*, lo que limita el uso de contenciones físicas. De esta manera, lo más habitual es que se implementen medidas para *"mejorar la convivencia y prevenir los desajustes"*.

Sobre este punto, el personal menciona que las contenciones en la unidad son bajas, a diferencia de otras unidades forenses, debido a que *"fomentamos el vínculo, de escucharlo ante cualquier cosa que haya pasado, darle la oportunidad de escucharlo"* y se utilizan estrategias de *"no confrontación, de privar a un paciente del cigarro sabiendo cuál va a ser su reacción inmediata, es ilógico"*. A su vez, se reporta que *"cuando hay alguna descompensación, la primera intervención es el que tiene más vínculo para bajar la intensidad"*. No se observa un apartado en la ficha clínica que establezca los métodos preferidos de atenuación de crisis, establecidos por las/os propias/os internas/os.

Ahora bien, a pesar de que no es habitual el uso de contenciones físicas, si se utilizan las contenciones farmacológicas cuando a las personas se les percibe agitadas o bien a solicitud de ellas mismas cuando refieren *"estoy nervioso, estoy tenso, estoy inquieto"* y reciben un medicamento inyectable con indicación médica.

En la tabla N°13 se recopila la información sobre el número de contenciones físicas y farmacológicas realizadas en la unidad entre los años 2022 y 2024.

Tabla N°13. Número de contenciones físicas y farmacológicas (2022-2024) UFMC-II

Año	**Número de contenciones físicas**	**Número de contenciones farmacológicas**
2022	2	Sin información
2023	3	3
2024*	0	2
Total	5	5

* Dato a octubre de 2024

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de HPP (octubre, 2024).

6.1.2 Mecanismos de control

Las personas internas en las entrevistas reportan que deben cumplir ciertas reglas en la unidad, tales como no caminar en el pasillo. En específico, refieren que no se les permite *"tirar huincha"*[21], ya que cuentan con instancias para realizar actividad física y además se considera una conducta que proviene de la cárcel, por lo tanto, no corresponde a un ambiente hospitalario. De esta manera, el personal plantea que el *"cuidado terapéutico"* consiste en erradicar esos comportamientos. Por otra parte, tampoco está permitido prestar objetos personales (tales como los parlantes o radios), ni cambiar o regalar ropa.

En cuanto a las faltas, se mencionan algunas más leves, como *"bañarse por su cuenta"* -sin esperar que una funcionaria o funcionario esté presente- o comerse el postre de otra persona, y otras más graves, como cometer alguna agresión física a una/un compañera/o u insultar, amenazar y/o golpear al personal. Un

[21] Esta expresión se refiere a la acción de caminar de un lado a otro en un espacio reducido, para liberar tensión o pasar el tiempo.

aspecto preocupante que se menciona en las entrevistas es el robo de medicamentos de la clínica, conducta que sería severamente sancionada.

Sobre este punto, el personal refiere en las entrevistas que se refuerza la importancia de respetar las reglas, ya que *"cuando salgan a la sociedad, tiene normas"*. De este modo, se indica que hay sanciones asociadas a su no cumplimiento, que no son percibidas como castigos, sino como *"medidas terapéuticas"*, es decir, medidas de carácter conductual. Las medidas más utilizadas son la restricción de cigarros y el aislamiento en las habitaciones.

Con relación a los cigarros, se informa que, si las personas internas hacen algo *"que no corresponde, se les restringe uno o dos cigarros, o todos, dependiendo de la gravedad del incidente"*. Ahora bien, se indica que lo habitual es que se quite uno o dos, pero no es algo *"tan tajante"*. En general, los cigarros no los suspenden completamente, *"porque bajan la ansiedad" o "descompensa a las personas"*. En esta línea, algunas de estas restricciones se consideran arbitrarias o incluso contraproducentes, y en ocasiones, no hay consenso en el equipo tratante para implementarlas. Sobre el mecanismo de implementación de estas medidas, se señala que los días lunes, durante la visita médica, se toma la determinación si se va a disminuir el cigarro y en qué condiciones. Para ello, la psiquiatra registra estas indicaciones en su evolución clínica.

Por otra parte, cuando se comete una falta, las personas internas refieren que *"lo castigan en la pieza, lo encierran"*, *"por ejemplo, por picotear el postre a un compañero son dos semanas en la pieza"*, *"hay algunos que se portan mal, el otro día uno se cortó la ceja, lo tuvieron una semana en la pieza"*, *"está en la pieza todo el día, puede salir al baño, pero tiene que estar avisando por la cámara o decirle a un compañero que vaya a avisar"*. De esta manera, el aislamiento en los dormitorios es uno de los mecanismos de control conductual en la unidad y la permanencia en la habitación contempla salidas al baño y para alimentarse, pero en horarios diferidos. A su vez, se indica que la duración de esta medida es relativa y puede extenderse por algunas semanas si la conducta es reiterada o se considera una falta grave.

Otras medidas adoptadas frente a faltas cometidas que mencionan las personas internas en las entrevistas son *"te dejan sin ver el partido"*, *"no nos dejan ir a jugar a la pelota"*. A su vez, las/os funcionarias/os señalan que a la persona *"se le lleva a la actividad deportiva, pero no se le permite jugar"* y en otros casos *"la play tampoco la pueden ocupar"*. A su vez, las mujeres internas refieren que *"te quitan los cosméticos"*, *"no me pude maquillar en un mes"* y también *"estuve 20 días sin depilarme"*. Finalmente, también se recopilan relatos de intimidaciones dirigidas a las personas internas de "*devolverlos a la UEPI, donde no van a poder salir, no tienen paseos, no pueden jugar a la pelota"*.

6.1.3. Procedimientos invasivos e irreversibles. Investigaciones científicas

En la unidad no se realizan TEC, psicocirugías y no se están llevando a cabo investigaciones científicas. Al respecto, se menciona que el hospital cuenta con un comité de ética que examina asuntos específicos del ámbito asistencial, y el comité de ética del servicio de salud tiene que ver con temáticas de investigación.

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

Estándares evaluados: (1) Las personas no son sometidas a aislamiento como sanción o castigo; (2) En el caso que se aplique aislamiento a fines terapéuticos: i.- La unidad cuenta con un protocolo de procedimiento que regula y especifica los motivos y duración (que sea el menor tiempo posible, nunca prolongada ni indefinida), ii.- Se han implementado alternativas al aislamiento y están registradas estas alternativas, iii.- Se registra cualquier caso de aislamiento (incluyendo causa, tipo, duración, entre otros) y se informa a la dirección del establecimiento, así como a un organismo externo pertinente, iv.- Las condiciones en que se encuentran las dependencias destinadas al aislamiento son adecuadas, para asegurar el acceso a sus necesidades y un buen trato.

Sobre el uso de medidas de aislamiento se informa que se suelen utilizar al momento de un nuevo ingreso, durante la primera semana, con el propósito de realizar una evaluación integral de su condición de salud, lo que implica valorar: su estado de salud mental, salud física, aspectos psicosociales y contextuales, desempeño ocupacional[22]. A su vez, se utiliza el aislamiento cuando una persona interna presenta algún cuadro respiratorio o gastrointestinal que pueda transmitirse, con el propósito de prevenir contagios. Ahora bien, como se indicó más arriba, también se utilizan medidas de aislamiento frente a conductas que son sancionables en la unidad. Al respecto, las personas permanecen en sus habitaciones durante un tiempo relativo (pueden ser semanas), y salen durante el día al baño y en los horarios de alimentación.
No se observa durante la visita, y en los documentos solicitados con posterioridad, un protocolo que regule y especifique su uso, ni registros de ello.

6.3. Violencia institucional

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

En el marco de la visita, se menciona que, en términos generales, el trato por parte del personal es bueno. Ahora bien, en algunas entrevistas se indica que eso depende del grado de experiencia y la capacidad que tiene cada funcionaria/o para abordar situaciones difíciles. En esta línea, señalan que miembros del personal *"se institucionalizan"* y empiezan a *"verlos como un par"*. De esta manera, cuando usuarias/os *"están descompensados y tratan con garabatos"*, a veces la/el funcionaria/o lo percibe como algo personal, por lo tanto, se indica que es necesario *"trabajar las contratransferencias que nos generan los pacientes"*, para que eso no afecte el adecuado desempeño del rol. Por otra parte, se enfatiza que no está permitido *"que a los pacientes los traten como niños, los infantilicen"*. No obstante, en ocasiones suelen ocurrir estas situaciones y también el uso de sobrenombres, ya que, aunque se *"trata de hacer con cariño, no es la forma en que tenemos que tratar a los pacientes"*. De este modo, se releva la importancia de tratarse con respeto entre ambas partes para mantener un ambiente clínico terapéutico apropiado.

En las entrevistas a las personas internas, se mencionan situaciones puntuales de trato diferenciado, y en ocasiones, de actitudes despectivas, por parte del personal. Esto refiere a que algunos miembros del personal son más permisivos con algunas personas internas y con otros *"nos reta y es pesado"*. A pesar de ello, no se registran relatos de abuso físico o de connotación sexual por parte del personal.

6.4. Violencia entre pares

Estándares evaluados: (1) Se adoptan medidas apropiadas para gestionar conflictos y solucionar controversias al interior del establecimiento con el fin de garantizar que las/os residentes se traten 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.

En el marco de la visita, se informa que, en términos generales, hay buen trato entre pares en la unidad. Se señala que entre las personas internas se forman grupos por afinidad, ya sea por edad, la música que escuchan o el equipo de fútbol que les gusta. Eso conlleva que en ocasiones se molestan, se ponen sobrenombres o empujan a alguien que va pasando, pero lo más habitual es que se junten entre todas/os y respeten las reglas, para mantener una buena convivencia. Por ejemplo, en los horarios en que deben permanecer en sus habitaciones, las personas que comparten pieza se turnan para poner música con sus parlantes.

[22] Hospital psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (2020). Modelo de gestión. p.69.

Se señala que, cuando ha habido conflictos que, en términos generales no pasan de los *"encontrones"* que consisten principalmente en insultos verbales, el personal suele abordar la situación en el momento y conversa con las personas involucradas. También se informa al turno siguiente, para que lo tengan en cuenta en las labores de supervisión.

Ahora bien, se reporta que han ocurrido de forma aislada algunas agresiones físicas entre pares. Frente a ello, el personal interviene, se les separa y se establece que cada persona vaya a su habitación. Como equipo se conversa lo que se va a establecer como medida terapéutica. En general, lo que se define es que permanezcan por dos días con horarios diferidos. A la hora del almuerzo, se sientan separados en la mesa. No obstante, se informa que duran *"poco los conflictos, al otro día andan de amigos"*.

Finalmente, se señala que la unidad no cuenta con un protocolo para manejar los conflictos entre las personas internas, y las estrategias que se utilizan principalmente son el refuerzo constante de las normas en la unidad.

Evaluación de la dimensión: parcial

Se valora que el número de contenciones en los últimos años sean relativamente bajos y que, cuando se apliquen, se documenten e informen a la autoridad sanitaria. Del mismo modo, se estima que en la unidad no se realicen procedimientos invasivos e irreversibles. A su vez, se resalta que, en términos generales, se mantiene un buen trato por parte del personal y no se reportan situaciones de abuso verbal, físico o sexual hacia las personas internas. Finalmente, se valora que prevalezca un buen trato entre pares y el personal realice acciones para mantener una buena convivencia en la unidad.

Algunos aspectos que requieren atención, refieren a que en la unidad no se han implementado de forma rigurosa y sistemática alternativas a la contención. Del mismo modo, preocupa el uso de aislamiento como mecanismos de control y la aplicación de sanciones, sin un protocolo que regule estas medidas. Por último, se hace necesario mejorar el registro de estas situaciones, desarrollando un apartado en la ficha clínica fácilmente visible que releve los gatillantes y atenuantes que las/os propias/os internas/os perciban como efectivos para atenuar el escalamiento frente a posibles crisis.

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

Estándares evaluados: (1) El ambiente laboral es agradable y respetuoso de las/os trabajadoras/es y no existen problemas laborales tales como hechos de maltrato o acoso laboral; (2) La carga laboral es adecuada; (3) Las/os trabajadoras/es

tienen una remuneración coherente con sus funciones; (4) El personal se siente valorado en su trabajo, por la jefatura y por la comunidad; (5) El personal se siente seguro en el ejercicio de sus funciones; (6) Existen iniciativas de autocuidado y cuidados de equipo.

En el marco de la visita, se informa que, en términos generales, se mantiene una buena relación entre las/os integrantes del equipo y, cuando se presentan conflictos, se tratan de solucionar en conjunto y favorecer la buena comunicación. A su vez, se indica que hay buena relación entre los estamentos y se valora el trabajo que realizan las/os funcionarias/os de trato directo. Ahora bien, en términos de clima laboral, se describen ciertas dificultades en la relación cuando se presentan diferencias con la jefatura respecto a la implementación de *"medidas terapéuticas",* tales como quitar los cigarros o limitar las salidas a jugar fútbol.

En cuanto a la carga laboral, se indica que es alta por el número de personas internas. A su vez, el equipo debe realizar labores administrativas que restan tiempo y también se menciona que está presente el *"riesgo del cuidado"*, ya que entrevistadas/os señalan que las personas en psiquiatría forense presentan mayor grado de peligrosidad que las de unidades clínicas. En las entrevistas al personal se señala que recientemente no contaban con trabajadora/trabajador social en la unidad, y la psicóloga y terapeuta ocupacional tuvieron que cubrir sus funciones, hasta unos días previos a la visita, donde se integró una trabajadora social. Finalmente, se menciona que con la incorporación de las nuevas contrataciones se espera disminuir la carga laboral del equipo profesional.

Respecto al sistema de turnos en la unidad, en ocasiones el personal se organiza para cubrir vacaciones o licencias médicas breves de sus pares. Se informa que se aplican mecanismos de compensación de horas cuando una/un integrante del equipo cubre funciones. A su vez, cuando se llevan a cabo turnos extras por vacaciones, estos son pagados. En las licencias prolongadas se solicita reemplazo y asiste personal externo. El personal indica que *"afortunadamente nosotros tenemos un pool de reemplazo forense"*, de esta manera, las/os funcionarias/os que acuden a la unidad a realizar reemplazos tienen experiencia previa en el área.

Con relación a las remuneraciones, se menciona que el salario que recibe el personal no es alto. Se señala en las entrevistas que *"para todo lo que tienes que hacer, es muy mal pagado"*, *"lo que hacemos es mucho en relación a lo poco que se paga"*. En las entrevistas, se informa que en el mes previo a la visita se eliminó el *"bono de riesgo, del riesgo que implica trabajar con personas forenses"* para el personal. Se ahonda en el punto señalando *"tampoco era un bono que nos regalaban, si no que teníamos que dar cuatro horas extras de las 44 horas al mes acá trabajando con el paciente en actividades recreativas, musicales, ping-pong, caminata, que a ellos le hacía muy bien. Nos quitaron ese reconocimiento"*. De este modo, se reporta cierto malestar frente a esta situación, ya que era un bono que se había recibido durante años en las unidades forenses. Aun así, en términos generales el personal se siente valorado en su trabajo, tanto por sus pares como por las personas internas.

Respecto a iniciativas de autocuidado y cuidado de equipos, se informa que se realizan pausas saludables por parte del establecimiento. A su vez, se realizan actividades autogestionadas por parte del equipo para celebrar días conmemorativos entre los distintos estamentos. Por ejemplo, se menciona que se organizan paseos y para ello se buscan reemplazos para cubrir los turnos. Este tipo de actividad se organiza especialmente para fiestas patrias y en general la mayoría asiste. Del mismo modo, se celebran los cumpleaños. Para ello se toma desayuno fuera de la unidad y se solicita apoyo en la supervisión de las personas internas.

Un aspecto relevante que aparece en las entrevistas refiere a que ciertos delitos que han cometido las personas internas, generan un impacto emocional en el personal. Por otra parte, se indica que el comportamiento de algunas personas internas afecta a las/os funcionarias/os, ya que presentan actitudes desafiantes y se requiere poner ciertos límites que otorguen seguridad en el desempeño de sus labores.

Sobre este punto, en una entrevista se señala: *"Siento que a veces como que se normaliza, que cuando están descompensados, ellos nos digan cosas, pero es parte de la pega y entendiendo que esta es una situación que él está pasando, no como algo personal. Entonces eso siento como que también genera una carga constante, porque cuando los pacientes me dicen mira, este paciente está como con una conducta disruptiva y hay que ponerle normas, y eso agota, va agotando".*

7.2 Formación del personal

Estándares evaluados: (1) Existen actividades o cursos de capacitación en derechos humanos, personas con diagnósticos de salud mental, salud penitenciaria, cuidados en salud mental, y grupos vulnerables (personas con discapacidad, migrantes, entre otros). Además, estas capacitaciones son de calidad y realizadas por personas externas; (2) El establecimiento incentiva la capacitación en derechos humanos; (3) El establecimiento incentiva la capacitación en materias tales como personas con diagnósticos de salud mental, salud penitenciaria, cuidados en salud mental, y grupos vulnerables (personas con discapacidad, migrantes, entre otros).

En términos de la capacitación del personal, se reporta que el establecimiento cuenta con un programa de capacitación local con cursos a los cuales las/os funcionarias/os pueden postular en torno a temáticas que son propuestas por ellas/os mismas/os el año previo a través de una encuesta. En esta línea, se menciona que se han realizado cursos sobre patología dual y adicciones, entre otras. A su vez, se menciona la realización periódica de capacitaciones sobre reanimación cardiopulmonar y contención física, que son obligatorias cada cierto número de años, debido a que es relevante actualizar aprendizajes y conocer los cambios que pueda haber en los protocolos. Cuando las capacitaciones se imparten en horario laboral, se consideran horas de devolución de tiempo, y si la persona se encuentra en turno, se busca un reemplazo para que pueda asistir.

Por otra parte, se indica que se han compartido algunas cápsulas de formación en derechos humanos relacionadas con el trato a usuarias/os y la realización de una charla por parte de una persona interna sobre los derechos de las personas con discapacidad, que fue bien evaluada por el personal. A pesar de ello, no se reporta un curso o plan de formación específico en temáticas de derechos humanos.

Evaluación de la dimensión: parcial

Se resalta que la unidad presenta un adecuado ambiente laboral y que, en términos generales, se expresa un adecuado reconocimiento al trabajo realizado por los distintos estamentos. A su vez, se aprecia la realización instancias de camaradería y actividades de cuidado de equipos de carácter autogestionado. Del mismo modo, se valora que el establecimiento realice un levantamiento de necesidades de capacitación y desarrolle un programa de cursos que den cuenta de los requerimientos del personal, así como también, que personas internas puedan aportar en el desarrollo de estas actividades.

Como puntos a optimizar, cabe señalar la alta carga de trabajo, que se espera disminuya con la ampliación de la dotación del equipo profesional. A su vez, se requiere aumentar las instancias formales de cuidado de equipos, para abordar el desgaste en las labores de trato directo en contextos de psiquiatría forense. Finalmente, se releva la importancia de desarrollar programas específicos de capacitación en materia de buen trato y enfoque de derechos humanos en el ámbito de la salud mental.

8. Autonomía

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

8.1. Autonomía en el régimen de actividades

Estándares evaluados: (1) Las personas son libres de elegir cuándo despertarse y acostarse, ir a la sala de baño y circular por el recinto; (2) Las personas pueden ejercer su derecho a la vida afectiva y sexual; (3) Las preferencias de las personas son consultadas y tienen prioridad en todas las decisiones que les afectan (planes de intervención, actividades, etc.); (4) En caso de ser necesario, se evalúa las necesidades lingüísticas y/o culturales de las personas y se les facilita el acceso a intérprete o facilitadora/or intercultural.

En el marco de la visita, se señala que la rutina diaria comienza con el baño matinal, que se realiza entre las 8:00 y las 9:00. Las/os funcionarias/os mencionan en las entrevistas que las personas internas no se pueden quedar en la cama hasta más tarde, solo que *"el más perezoso se deja al último"*. A su vez, las personas internas refieren que *"si no te levantas te dejan encerrado todo el día"*. Hacia el término de la rutina -alrededor de las 21:00-, el personal reporta que *"con los medicamentos se duermen altiro"* y en ocasiones, cuando se solicita autorización para ver algún partido, las personas internas se pueden quedar despiertas hasta más tarde.

Por otra parte, se informa que la asistencia a las actividades es voluntaria. En general, se incentiva la participación en los talleres, para que estén en contacto con sus compañeras/os y salgan de la rutina. En el caso de que se nieguen a participar, se les preguntan los motivos y se trata de realizar adecuaciones para estimular su participación, Sin embargo, pueden rechazar participar en las actividades, *"porque si no quiere no lo obligamos"*, refiere el personal.

Con relación al ejercicio de la afectividad y sexualidad, en las entrevistas se exponen visiones que plantean la necesidad de reconocer esta esfera de la vida, con naturalidad y sin asumir que va interrumpir el proceso de intervención. No obstante, se menciona que lo habitual es que no se converse el tema de la sexualidad y que las relaciones sentimentales estén prohibidas. Al respecto, las personas internas refieren: *"Acá no se puede tener ninguna relación, no puedes darle un beso a nadie, no se puede tener ningún pololo, nada"*.

De esta manera, se informa que el equipo de la unidad trata que no se formen parejas. Lo anterior, debido a que cuando hay parejas y se involucra una tercera persona, se generan peleas entre pares. Así, para evitar estas situaciones, se les insta a las personas internas que sean amigas/os y que cuando salgan de la unidad puedan buscar pareja. Ahora bien, el personal refiere que, aunque *"no pueden pololear aquí con sus compañeros, de todos modos, igual lo hacen, se las arreglan para burlar la regla"*. En cualquier caso, las personas internas saben que tener pareja no está permitido y que *"nos castigan si te pillan"*.

Por otra parte, se reporta que las personas que tienen pareja afuera o incluso están casadas, no cuentan en la unidad con un espacio físico para tener encuentros sexuales. Se menciona que a una/un usuaria/o la/o venía a visitar su pareja y podían estar solas/os en la sala de visitas y *"se daban sus besos, pero llegar al acto sexual, no"*.

Finalmente, en la unidad no se manejan preservativos debido a que no están permitidas las relaciones sexuales entre pares. Ahora bien, el personal refiere que si las personas *"llegan con VIH positivo. Aquí se les trata, pero no podemos correr el riesgo de que algún día no se tomen el remedio y aparezca al mes siguiente la carga detectable"*. En consecuencia, la unidad promueve la abstinencia para evitar contagios, sin embargo, se menciona que hay personas que han tenido relaciones sexuales en los servicios sanitarios. De esta manera, se informa que *"siempre hay alguien que está vigilando el uso de los baños"*.

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 postular a pensión por discapacidad, contraer matrimonio, vender bienes, entre otros); (2) Las personas pueden designar y consultar con una persona o red de personas de apoyo de su propia y libre elección en la toma de decisiones

sobre asuntos personales, legales, financieros u otros, (3) Se apoya el derecho de las personas a participar en la vida política y pública y en el ejercicio de la libertad de asociación.

En el ámbito patrimonial, se informa que la mayoría de las personas internas cuentan con pensión, la que en términos generales ya ha sido tramitada en las unidades forenses por las que han pasado previamente. Al respecto, se informa que hacen uso de su dinero de acuerdo con el programa que desarrolla la terapeuta ocupacional para el entrenamiento de habilidades instrumentales. De esta manera, en cada cambio de temporada, la unidad favorece la realización de compras individuales de ropa de verano y ropa de invierno. En este sentido, las personas internas pueden elegir su ropa y zapatillas, así como el tipo de parlantes que desean tener para escuchar música, según su gusto. Por otra parte, se informa que las personas internas costean, con el dinero de sus pensiones, servicios de podología y de peluquería que reciben por parte de personas externas que acuden a la unidad y favorecen el cuidado de su presentación personal.

Ahora bien, sobre el uso del dinero, se señala que, en ocasiones, cuando la familia es muy demandante de recursos, el equipo de la unidad entrega orientaciones para que las personas internas puedan tener un manejo adecuado de sus pensiones. Se indica que *"eso es súper desgastante, porque finalmente tenemos ese conflicto ético de decir bueno, es la plata del paciente, puede hacer lo que quiera, sí, pero si no tiene conciencia el familiar de que se va a gastar toda la plata, entonces nosotros tenemos que ser más cuidadosos en ese sentido"*. Sobre este punto, se reporta que, en general, las personas internas están dispuestas a entregar dinero a sus familiares para que puedan costear sus pasajes y acudir a visitarlas, especialmente cuando tienen que viajar desde lejos. También pueden realizar encargos y recibir encomiendas por parte de ellas/os. Con todo, se reporta que es habitual que las personas internas cuando egresan cuenten con ahorros de su pensión, ya que no tienen muchos gastos durante su estadía en el establecimiento.

En las entrevistas, también se menciona que se organizan celebraciones de cumpleaños de las personas con aportes voluntarios del dinero de sus pensiones. En el marco de la visita, se informa que los meses previos se encontraban suspendidas estas actividades debido a un ajuste del procedimiento sobre el manejo de dineros por parte del hospital. Al respecto, las personas internas refieren que *"antes teníamos la tarjeta e íbamos nosotros mismos con la tía a comprar las cosas"* y con este cambio *"nos quitaron las tarjetas y ahora cuesta para sacar la plata"*. Esto significó que las fiestas y celebraciones que se costeaban con el dinero de sus pensiones se vieran interrumpidas: *"nos amarga no celebrar nuestras cosas ni comprar nuestras cosas", "me gustaría que las tarjetas volvieran para acá y que celebráramos los cumpleaños y las fiestas"*.

Por otra parte, en el ámbito de la participación política, se informa que las personas internas que se encuentran en la unidad, en términos generales, están facultadas para votar. Se indica que algunas personas han votado o han tenido intención de hacerlo, pero no es lo habitual. Cuando se encuentran inscritas para votar en la comuna, son trasladadas al local de votación. Aun así, se informa que la mayoría de las personas internas no han cambiado de domicilio y votan en su lugar de origen, por lo tanto, se les solicita certificados de hospitalización para que sus familiares los puedan presentar donde corresponda.

8.3. Autonomía en la atención en salud

Estándares evaluados: (1) Las preferencias de las personas son consultadas y tienen prioridad en todas las decisiones sobre sus planes de tratamiento y "recuperación "; (2) Las personas pueden ejercer voluntades anticipadas que especifique las opciones de tratamiento y de "recuperación" que desean tener, así como aquellas que no, las que se utilizarán si se encuentran incapacitadas de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro; (3) Las/os usuarias/os tienen el derecho a rechazar el tratamiento; (4) Las personas pueden agregar información escrita, opiniones y comentarios a sus fichas médicas sin censura.

Como se ha señalado más arriba, el personal refiere que se contempla la opinión de las personas internas en los planes de tratamiento y estos se elaboran de acuerdo con sus necesidades e intereses, aunque no se deja registro de ello. A su vez, en la implementación de los planes, se enfatiza que las personas conozcan su medicación, el horario que les corresponde y los motivos por los cuales reciben ese tratamiento.

Sobre este punto, se informa que la unidad está mandatada a cumplir con la medida de internación y tratamiento, por lo tanto, el personal *"no es muy flexible si se quiere tomar o no los medicamentos"*. De este modo, en las reuniones de equipo se señala que se refuerzan acciones y se acuerdan medidas respecto al tratamiento farmacológico, especialmente *"si lo toman o no lo toman, se los molemos o no para que reciba los medicamentos"*.

Al respecto, se indica que cuando una persona interna no quiere tomar los medicamentos, en general, lo dejan la primera vez en el día y con la segunda entrega se habla con la persona y se le explica: *"no puedes dejar de tomar los medicamentos"*. Se indica que esto ocurre con personas internas que *"aún tienen poca conciencia de enfermedad"*, por lo tanto, en caso que una persona insista en no tomar los medicamentos se opta por *"manejarlo por la buena"* y una/un integrante del personal que tenga más cercanía o confianza con ella, la trata de persuadir sobre la importancia de la ingesta. En las entrevistas, las personas internas refieren que consumen dosis diarias de varios medicamentos y si bien, en términos generales, conocen el tipo de fármacos que consumen, no han recibido información sobre los efectos adversos. En una entrevista en específico se menciona que *"la doctora de acá como que no es muy empática, te da el remedio y tienes que tomártelo no más, no te pregunta"*.

Finalmente, se menciona que en la unidad no se han implementado las voluntades anticipadas y cuando se consulta sobre su alcance o utilidad, el personal no maneja mayor información al respecto.

Evaluación de la dimensión: insuficiente

Se valora que las personas puedan participar de manera voluntaria en las actividades programadas en la unidad, considerando sus intereses y preferencias. Del mismo modo, se aprecia que reciban apoyos para tomar decisiones en el ámbito patrimonial y ejercer el derecho a voto a nivel comunal, facilitando el traslado a los locales de votación. A su vez, se estima que se consideren sus preferencias en los planes de recuperación y reciban información relativa al tratamiento farmacológico.

Como aspectos a mejorar, se requiere revisar la imposición de rutinas rígidas que impliquen una restricción de la autonomía. A su vez, se considera revisar el manejo de las temáticas de sexualidad y afectividad, que no se abordan actualmente en la unidad, siendo estas conductas sancionadas y sin disponer de un protocolo que regule estas prácticas. Del mismo modo, se requiere optimizar la entrega de información sobre alternativas de tratamiento y efectos adversos de la medicación. Finalmente, se requiere tomar en cuenta la implementación de voluntades anticipadas.

VIII. Recomendaciones

En el presente apartado se plasman las recomendaciones elaboradas por el CPT respecto de los hallazgos referidos anteriormente. Estas se han organizado de acuerdo a la entidad destinataria de la recomendación y, luego, según las dimensiones analizadas, tanto en la visita como en el presente informe. A su vez, en cada medida se señala el tiempo de implementación, dispuesto a partir de lo indicado en la tabla N°14.

Tabla N°14. Tiempo de ejecución de las recomendaciones

Corto plazo	Días o meses.
Mediano plazo	1 año.
Largo plazo	3 años o más.

Fuente: Elaboración propia.

A. Recomendaciones a la Unidad Forense de Alta Complejidad (UFAC)

1. Régimen y actividades

Se recomienda, en el corto plazo, ampliar y diversificar la oferta de actividades de recreación, estimulación y desarrollo de habilidades de acuerdo con los intereses y preferencias de las personas que se encuentran en la unidad.

Se insta, en el corto plazo, a resguardar la libre circulación al interior de la unidad, así como garantizar el acceso continuo a la sala de baños, avanzando hacia una mayor autonomía en la organización de las rutinas y actividades.

Se invita, en el corto plazo, a implementar un horario de verano y un horario de invierno para el inicio y el término de la rutina. Especialmente en lo que refiere al ingreso a las habitaciones de las personas internas, con el propósito de aprovechar la luz solar en actividades sociales, culturales, artísticas y recreativas en la unidad.

2. Contacto con el mundo exterior

Se recomienda, en el corto plazo, aumentar el número de llamadas telefónicas que se realizan desde la unidad, así como la duración de las mismas, y resguardar la confidencialidad en las comunicaciones y videollamadas, con el fin de mejorar la vinculación de las/os usuarias/os con sus familiares y personas significativas.

Se insta, en el corto plazo, a gestionar redes de colaboración con organizaciones sociales y comunitarias a nivel local para el desarrollo de actividades sociales, culturales, artísticas y recreativas de acuerdo con los intereses y preferencias de las personas que se encuentran en la unidad.

3. Condiciones materiales

Se solicita, en el corto plazo, elaborar un plan de renovación de lavamanos, inodoros, urinarios y duchas que presenten desperfectos en la unidad, así como diseñar un protocolo de mantenimiento que garantice el acceso continuo a agua caliente, especialmente durante la temporada de invierno.

Se exhorta, en el corto plazo, disponer de ventiladores en los espacios comunes de la unidad que permita mitigar las altas temperaturas en temporada de verano.

Se sugiere, en el corto plazo, permitir el uso de objetos personales tales como fotografías y cartas en las habitaciones, con el propósito de resguardar el derecho de las personas a conservar su individualidad, así como promover el sentido de pertenencia y vínculos sociales.

Se insta, en el corto plazo, informar sobre los planes de emergencia y protocolos de evacuación, así como realizar simulacros anunciados de forma periódica para la adecuada ejecución de estas orientaciones en la unidad.

4. Salud

Se apremia, en el corto plazo, desarrollar la implementación de planes integrales e individualizados de recuperación, que incluyan metas y objetivos psicológicos, sociales, médicos, ocupacionales y educacionales, siendo revisados y actualizados periódicamente por la persona con diagnósticos de salud mental y al menos un miembro del personal, dejando registro de ello en la ficha clínica individual.

Se recomienda, en el corto plazo, disponer de computadores individuales para el equipo profesional y calendarizar el uso de los espacios disponibles para las atenciones individuales y grupales, con el propósito de favorecer la adecuada realización de labores clínicas y administrativas en la unidad.

Se encomienda, en el corto plazo, garantizar el uso de anticonceptivos, con base en el consentimiento libre e informado de las mujeres que se encuentran en la unidad.

5. Medidas de protección

Se invita, en el corto plazo, favorecer la comunicación directa de las personas internas con sus abogadas/os y representantes legales, garantizando que puedan tomar contacto con ellas/os de manera privada y confidencial, para resolver dudas y gestionar solicitudes.

Se apremia, en el corto plazo, proveer información clara y completa sobre los derechos de las/os usuarias/os, en forma escrita y verbal, durante toda su estadía, por medio de afiches y charlas por parte del personal de salud.

Se insta, en el corto plazo, a proporcionar información clara y completa a las personas sobre la evaluación, diagnóstico, opciones de tratamiento y recuperación, permitiéndole tomar decisiones libres e informadas, agregando un apartado en la ficha clínica destinado a ideas, opiniones, comentarios y/o sugerencias de las/os usuarias/os, de manera de promover su participación activa en estos planes. Además de informar sobre el propósito de los medicamentos y sus posibles efectos adversos, resguardando el derecho a rechazar el tratamiento y el acceso a alternativas a la medicación.

Se recomienda, en el corto plazo, elaborar e implementar un protocolo que establezca la obligatoriedad de la denuncia penal frente a sospechas de malos tratos y/o vulneraciones de derecho hacia las personas internas, independiente de la investigación sumaria o sumario administrativo y que considere, por parte de la dirección del hospital, un mecanismo de seguimiento de estas denuncias. A su vez, se insta a capacitar a todo el personal en dicho protocolo, con el objetivo que conozcan los lineamientos frente a la ocurrencia de estos hechos al interior del establecimiento.

Se invita, en el corto plazo, ubicar el buzón de reclamos y sugerencias en un lugar visible y accesible para las personas internas y que se encuentre disponible de forma permanente, resguardando condiciones para que puedan expresar quejas y/o solicitudes de manera confidencial. Del mismo modo, educar en el ejercicio de este derecho y facilitar las condiciones para su uso.

Se exhorta, en el mediano plazo, realizar adecuaciones al "Protocolo de manejo de usuarios con riesgo suicida" para su aplicación en las unidades forenses, considerando orientaciones menos restrictivas debido a las condiciones de vigilancia permanente de sus dependencias.

6. Trato

Se insta, en el corto plazo, a incorporar en las fichas clínicas individuales de todas/os las/os residentes un apartado fácilmente visible, que contenga información sobre los factores gatillantes y las medidas efectivas para aminorar las situaciones de crisis en cada persona.

Se sugiere, en el corto plazo, a desarrollar un protocolo que regule las medidas asociadas al incumplimiento de las normas de la unidad, a modo de promover el buen trato y evitar sanciones arbitrarias.

Se insta, en el mediano plazo, fomentar el empleo de modelos dirigidos a limitar y en el largo plazo, suprimir la aplicación de medidas de contención y aislamiento en la unidad. Para ello, se debe procurar la implementación de un protocolo con estrategias alternativas, basados en los derechos para regular los conflictos en la unidad.

Se insta, a mediano plazo, a elaborar un protocolo de prevención del maltrato o abuso físico, psicológico, sexual o verbal, descuido físico o emocional, al interior del centro. Una vez realizado, se recomienda socializar de forma periódica con funcionarias/os y personas internas.

7. Gestión del personal

Se insta, en el mediano plazo, desarrollar un programa de formación continua sobre salud mental y derechos humanos en conformidad con las normas internacionales, incluida la Convención sobre los Derechos para Personas con Discapacidad (CDPD), haciendo especial énfasis en la implementación de alternativas al aislamiento y contención, con base en la aplicación de técnicas para "atenuar el escalamiento", motivando al personal en el uso adecuado de estas herramientas y un plan de educación continua para ir mejorando estas competencias.

8. Autonomía

Se insta, en el mediano plazo, promover la participación activa de las/os usuarias/os en la construcción de sus planes de recuperación, orientados a garantizar el ejercicio de su capacidad jurídica. Para ello, se recomienda considerar el desarrollo de las voluntades anticipadas, que especifiquen la identificación de posibles gatillantes de crisis por parte de las/os usuarias/os, además de factores que logren aminorarlas y determinar sus métodos preferidos de intervención (según Ley N°21.331).

Se recomienda, en el mediano plazo, desarrollar capacitaciones a funcionarias/os en materia de ejercicio de derechos civiles, sociales y políticos en psiquiatría forense.

Se insta, en el mediano plazo, a implementar redes de colaboración con organismos gubernamentales para promover y garantizar el ejercicio del derecho a voto de las personas que se encuentran en la unidad.

Se invita, en el mediano plazo, generar capacitaciones a funcionarias/os en temas de abordaje de la sexualidad y afectividad.

Se solicita, en el mediano plazo, elaborar un protocolo para el ejercicio de la vida afectiva, sexual y reproductiva de las personas internas, garantizando el consentimiento informado en todas las materias relacionadas, especialmente el uso de anticonceptivos, así como el resguardo de espacios de intimidad.

Se solicita, en el mediano plazo, desarrollar capacitaciones a funcionarias/os en temáticas de género y diversidad sexual que consideren instancias de evaluación de conocimientos y aspectos prácticos. Asimismo, elaborar un protocolo para el respeto de las identidades de género y orientación sexual diversa de las personas internas en los procesos clínicos y administrativos de la unidad.

B. Recomendaciones a la Unidad Forense de Mediana Complejidad II (UFMC-II)

1. Régimen y actividades

Se insta, en el corto plazo, a evaluar la reapertura de talleres de participación que eran valorados positivamente por las personas internas, tales como el espacio de agricultura.

Se solicita, en el mediano plazo, a flexibilizar las rutinas de descanso y las labores de aseo del sector del comedor, con la finalidad de promover la voluntariedad de las actividades y la autonomía de las personas.

Se insta, en el mediano plazo, a implementar programas de orientación vocacional y ocupacional con el propósito de promover el acceso a oportunidades de educación y empleo, luego del egreso.

2. Contacto con el mundo exterior

Se recomienda, en el corto plazo, resguardar la privacidad y confidencialidad en las comunicaciones telefónicas, disponiendo de una sala que permita la supervisión a través de cámaras para la realización de llamadas y videollamadas.

Se insta, en el corto plazo, a elaborar gestiones para que la unidad pueda contar con el apoyo de un vehículo institucional, para la realización de visitas domiciliarias y actividades en la comunidad, que permita fortalecer las redes de apoyo y la vinculación con el territorio.

3. Condiciones materiales

Se recomienda, en el corto plazo, implementar mantenciones periódicas a las cañerías de los servicios sanitarios, especialmente las duchas, para prevenir que se tapen producto de la acumulación de sarro.

Se insta, en el corto plazo, implementar una llave y una manguera que facilite las labores de riego del patio de la unidad.

Se recomienda, en el corto plazo, mejorar la iluminación en los sectores del patio que permanecen oscuros.

Se solicita, en el mediano plazo, diseñar e implementar un proyecto para el mejoramiento del patio con fines recreativos, en colaboración con las/os propias/os usuarias/os.

Se insta, en el mediano plazo, a habilitar un espacio en la unidad que sea adecuado para el desarrollo de actividades grupales.

Se insta, en el largo plazo, a mejorar el sistema de climatización de la unidad, particularmente las habitaciones, y la unidad en general durante el verano, por ejemplo, a través de la instalación de aire acondicionado.

4. Salud

Se apremia, en el corto plazo, desarrollar la implementación de planes integrales e individualizados de recuperación, que incluyan metas y objetivos psicológicos, sociales, médicos, ocupacionales y educacionales, siendo revisados y actualizados periódicamente por la persona con diagnósticos de salud mental y al menos un miembro del personal, dejando registro de ello en la ficha clínica individual.

Se insta, en el corto plazo, a desarrollar un calendario de atenciones individuales por residente, de forma de proveer los apoyos necesarios, para lograr sus objetivos de recuperación.

5. Medidas de protección

Se apremia, en el corto plazo, proveer información clara y completa sobre los derechos de las/os usuarias/os, en forma escrita y verbal, durante toda su estadía, por medio de afiches y charlas por parte del personal de salud.

Se insta, en el corto plazo, a proporcionar información clara y completa a las personas sobre la evaluación, diagnóstico, opciones de tratamiento y recuperación, permitiéndoles tomar decisiones libres e informadas, agregando un apartado en la ficha clínica destinado a ideas, opiniones, comentarios y sugerencias de las/os usuarias/os, de manera de promover su participación activa en estos planes.

Se encomienda, en el corto plazo, proveer información clara y completa sobre el propósito de los medicamentos y sus posibles efectos adversos, resguardando el derecho a rechazar el tratamiento y acceder a alternativas a la medicación.

Se recomienda, en el corto plazo, elaborar e implementar un protocolo que establezca la obligatoriedad de la denuncia penal frente a sospechas de malos tratos y/o vulneraciones de derecho hacia las personas internas, independiente de la investigación sumaria o sumario administrativo y que considere, por parte de la dirección del hospital, un mecanismo de seguimiento de estas denuncias. A su vez, se insta a capacitar a todo el personal en dicho protocolo, con el objetivo que conozcan los lineamientos frente a la ocurrencia de estos hechos al interior del establecimiento.

Se invita, en el corto plazo, a elaborar un mecanismo para que las personas internas puedan formular denuncias y/o reclamos de manera confidencial, a un organismo externo e independiente, y así disminuir el riesgo de posibles represalias. Del mismo modo, educar en el ejercicio de este derecho y facilitar las condiciones para su uso.

Se sugiere, en el corto plazo, establecer un protocolo para que las/os residentes sepan que pueden acceder a su documentación de salud, incluyendo la ficha clínica, y que puedan recibir orientación del equipo en el contenido de esta.

6. Trato

Se insta, en el corto plazo, a incorporar en las fichas clínicas individuales de todas/os las/os residentes un apartado fácilmente visible, que contenga información sobre los factores gatillantes y las medidas efectivas para aminorar las situaciones de crisis de manera individualizada.

Se sugiere, en el corto plazo, desarrollar un protocolo que regule las medidas asociadas al incumplimiento de las normas de la unidad, a modo de promover el buen trato y evitar sanciones arbitrarias.

Se insta, en el mediano plazo, fomentar el empleo de modelos dirigidos a limitar y en el largo plazo, suprimir la aplicación de medidas de contención y aislamiento en la unidad. Para ello, se debe procurar la implementación de un protocolo con estrategias alternativas, que permitan prevenir las crisis y/o conflictos en la unidad.

Se insta, a mediano plazo, a elaborar un protocolo de prevención del maltrato o abuso físico, psicológico, sexual o verbal, descuido físico o emocional, al interior del centro. Una vez realizado, se recomienda socializar de forma periódica con funcionarias/os y personas internas.

7. Gestión del personal

Se insta, en el mediano plazo, desarrollar un programa de formación continua sobre salud mental y derechos humanos en conformidad con las normas internacionales, incluida la Convención sobre los Derechos para Personas con Discapacidad (CDPD), haciendo especial énfasis en la implementación de alternativas al aislamiento y contención, con base en la aplicación de técnicas para "atenuar el escalamiento", motivando al personal en el uso adecuado de estas herramientas y un plan de educación continua para ir mejorando estas competencias.

Se recomienda, en el mediano plazo, realizar capacitaciones en promoción de buen trato, necesarias para garantizar procesos de prevención de tortura y malos tratos.

Se insta, en el mediano plazo, a fortalecer las instancias formales de cuidado de equipo, para abordar el desgaste en las labores de trato directo en contextos de psiquiatría forense.

8. Autonomía

Se insta, en el mediano plazo, promover la participación activa de las/os usuarias/os en la construcción de sus planes de recuperación, orientados a garantizar el ejercicio de su capacidad jurídica. Para ello, se recomienda considerar el desarrollo de las voluntades anticipadas, que especifiquen la identificación de posibles gatillantes de crisis por parte de las/os usuarias/os, además de factores que logren aminorarlas y determinar sus métodos preferidos de intervención (según Ley N°21.331).

Se recomienda, en el mediano plazo, desarrollar capacitaciones a funcionarias/os en materia de ejercicio de derechos civiles, sociales y políticos en psiquiatría forense.

Se insta, en el mediano plazo, a implementar redes de colaboración con organismos gubernamentales para promover y garantizar el ejercicio del derecho a voto de las personas que se encuentran en la unidad.

Se invita, en el mediano plazo, generar capacitaciones a funcionarias/os en temas de abordaje de la sexualidad y afectividad. Junto con ello, elaborar un protocolo para el ejercicio de la vida afectiva, sexual y reproductiva de las personas internas, garantizando el consentimiento informado en todas las materias relacionadas, especialmente el uso de anticonceptivos, así como el resguardo de espacios de intimidad.

C. Recomendaciones al Servicio de Salud Aconcagua

4. Salud

Se encomienda, en el corto plazo, desarrollar capacitaciones de sensibilización en materia de no discriminación hacia las personas que se encuentran en unidades forenses que reciben atención de salud en la red asistencial.

D. Recomendaciones al Ministerio de Salud

5. Medidas de protección

Se encomienda, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en el mediano plazo, implementar el modelo de Residencias de Alta Intensidad de Apoyos en las distintas regiones del país, con el propósito de favorecer el egreso de personas que han cumplido su medida de seguridad, pero permanecen en unidades forenses por no tener redes a de apoyo disponibles para su cuidado, superando el tiempo de internación dictaminado por tribunales.

Se insta, a la Subsecretaría de Salud Pública y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en el mediano plazo, a diseñar e implementar una iniciativa de fortalecimiento de capacidades y herramientas de las redes de apoyo de personas con diagnósticos de salud mental que se encuentran cumpliendo medidas de seguridad, para favorecer su egreso a la comunidad, en coordinación con los centros de atención de salud mental de sus ciudades de origen, y las unidades de cumplimiento de medidas de seguridad.

Se invita, a la Subsecretaría de Salud Pública y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en el mediano plazo, a diseñar e implementar una iniciativa de apoyo continuo y periódico para las personas que egresan de unidades de medidas de seguridad, en coordinación con los centros de atención de salud mental de sus ciudades de origen, a fin de promover la continuidad de cuidados y prevenir reingresos futuros.

IX. Referencias bibliográficas

Comité para la Prevención de la Tortura (2022). *Diagnóstico de caracterización y vulneraciones a los derechos humanos en el área de salud mental, Resumen Ejecutivo*. CPT.

Corte Interamericana de Derechos Humanos (2022). *Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad*. Opinión consultiva OC-29/22.

Falcone, D. (2007). Una mirada crítica a la regulación de las medidas de seguridad en Chile. *Revista de derecho (Valparaíso*), (29), 235-256.

Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (2019). *Protocolo de manejo de usuarios con riesgo suicida*. SSA.

Hospital psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (2020). *Modelo de gestión*. HPP.

Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (2020). *Protocolo de contención física en pacientes con agitación psicomotora*. SSA.

Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (2020). *Procedimiento para la obtención de aprobación ética para investigaciones con seres humanos*. SSA.

Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (2022). *Protocolo de vigilancia de eventos adversos y eventos centinela*. SSA.

Ministerio de Salud (2018) *Modelo de gestión de la red temática de salud mental*. MINSAL.

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. 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.

Organización de las Naciones Unidas. Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2024). *Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica*. ACNUDH – OMS.

Politoff, S., Matus, J. P. Matus & Ramírez, M. (2009). *Lecciones de Derecho Penal Chileno. Parte General*. Editorial Jurídica.

Roxin, C. (1997) *Derecho Penal Parte General. Tomo 1. Fundamentos. La estructura de la Teoría del Delito*. Editorial Civitas.