Comité para la Prevención de la Tortura

INFORME DE VISITA

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA RAQUEL GAETE

COMITÉ PARA LA PREVENCIÓN DE LA TORTURA

Octubre, 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

Loreto Adrian Serrano, Javiera Canessa Cordero, Juan Carlos Cea Madrid, Karen Espínola Solar, Gonzalo Horstmeier Garote, Ignacia Macari Toro y Paula Valenzuela Delpiano.

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, octubre 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. Clínica psiquiátrica Raquel Gaete". Santiago, Chile. 30 de octubre de 2025.

Abreviaturas

APT	Asociación para la Prevención de la Tortura
CAPREDENA	Caja de Previsión de la Defensa Nacional
CESFAM	Centros de Salud Familiar
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CONAPREM	Comisión Nacional de Protección de los Derechos de Personas con Enfermedad Mental
COREPREM	Comisiones Regionales de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental
CEAL-SM	Cuestionario de. Evaluación del Ambiente Laboral – Salud Mental
CPT	Comité para la Prevención de la Tortura
CRS	Centro de Referencia de Salud
DDHH	Derechos Humanos
EC	Evento centinela
EPP	Elementos de protección personal
ELEM	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores
FONASA	Fondo Nacional de Salud
HGT	Hemoglucotest
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos
MNPT	Mecanismo Nacional de Prevención Contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes
NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
OEA	Organización de los Estados Americanos
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPCAT	Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
PA	Presión arterial
PAP	Prueba de Papanicolau
PNSM	Plan Nacional de Salud Mental
UHCIP	Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos en Psiquiatría
SAMU	Servicio de Atención Médica de Urgencia
SOS	Medicamento de rescate
TEC	Terapia Electroconvulsiva
TENS	Técnico en Enfermería de Nivel Superior
VDRL	Prueba serológica para la sífilis
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Comité para la Prevención de la Tortura

Índice

I. Introducción 5

II. Presentación del Comité para la Prevención de la Tortura 5

III. Antecedentes 6

1. Marco jurídico 6

1.1. Marco jurídico internacional 6

1.2. Marco jurídico nacional 7

2. Justificación del problema 8

3. Contexto de la visita 10

IV. Objetivos de la visita 10

V. Metodología de la visita 11

1. Recolección de información: estrategias de levantamiento de la información y muestra 11

2. Dificultades y limitaciones de la recolección de información 13

3. Dimensiones y subdimensiones monitoreadas 13

4. Procesamiento y análisis de la información 14

5. Consideraciones éticas 15

VI. Hallazgos de la visita 15

1. Régimen y Actividades 15

1.1. Ingreso, clasificación y segmentación de las personas 15

1.2 Uso del tiempo (régimen de internación, oferta programática, intervención psicosocial) 17

2. Contacto con el mundo exterior 20

2.1 Vinculación con familiares y personas significativas 20

2.3 Vinculación con la comunidad 21

3. Condiciones materiales 23

3.1. Infraestructura: emplazamiento, edificación y equipamiento 24

3.2. Alimentación y agua 29

3.3. Iluminación, ventilación y calefacción. Higiene y Plagas. 31

3.4. Servicios sanitarios (baños, lavamanos y duchas), ropa y cama. 33

3.5. Privacidad, intimidad y confidencialidad. Seguridad ante emergencias 35

4. Salud 37

4.1. Acceso a prestaciones y tratamientos de salud 37

4.3. Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos 40
5. Medidas de protección 44
5.1. Acceso a información 44
5.2. Mecanismos de solicitudes y de quejas 46
5.3. Acceso a la justicia 46
5.4. Egreso y apoyo post egreso 47
5.5. Medidas de Prevención. Supervisión independiente 48
6. Trato 49
6.1. Medidas de control, contención y uso de la fuerza (sujeciones físicas/farmacológicas), procedimientos irreversibles, hospitalización o tratamiento sin consentimiento 50
6.2. Aislamiento (uso y motivo de ingreso, régimen, condiciones materiales) 52
6.3. Violencia institucional 53
6.4. Violencia entre pares 53
7. Gestión del establecimiento y del personal 54
7.1. Condiciones laborales 55
7.2. Formación del personal 56
7.3. Gestión y organización del establecimiento 57
8. Autonomía 57
8.1. Autonomía en el régimen de actividades 57
8.2. Respeto por el ejercicio de su capacidad jurídica 59
8.3. Autonomía en la atención en salud 60
VIII. Recomendaciones 62
A. Recomendaciones a la Clínica psiquiátrica Raquel Gaete 62
B. Recomendaciones al Instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak 66
C. Recomendaciones al Ministerio de salud 67
IX. Referencias bibliográficas 68

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 Clínica psiquiátrica Raquel Gaete, ubicada en la comuna de Puente Alto en la Región Metropolitana de Santiago. La visita tuvo lugar los días 17 y 19 de junio de 2025, y su objetivo general fue analizar los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes que afectan a personas con diagnósticos de salud mental en el recinto. Esta actividad forma parte de la programación anual de visitas preventivas y exhaustivas del CPT a diversos centros de salud mental del país.

El presente documento está dirigido a la Clínica psiquiátrica Raquel Gaete, a las personas con diagnósticos de salud mental que residen en ella y a sus familiares, al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, al Servicio de Salud Metropolitano Norte y por ende al Ministerio de Salud, como también a la comunidad de derechos humanos nacional e internacional, a las organizaciones de la sociedad civil y a la academia. Todas/os ellas/os pueden acoger los hallazgos que aquí se presentan y jugar un rol activo en la implementación de soluciones con una perspectiva de derechos humanos.

La estructura de este informe es la siguiente: presentación del CPT (Capítulo II), principales antecedentes de esta visita (Capítulo III), indicación de la metodología utilizada (Capítulo IV) y los hallazgos obtenidos (Capítulo V). Por último, se presentan recomendaciones para la prevención de malos tratos y tortura en dicho recinto (Capítulo VI).

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

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

Dadas sus atribuciones, el CPT tiene a su cargo el monitoreo permanente de una serie de recintos de diversa naturaleza que contemplen el cuidado o custodia de personas bajo el Estado, incluyendo unidades policiales, recintos penitenciarios, centros de internación psiquiátrica, residencias comunitarias para personas mayores (ex ELEAM), 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 jurídico

1.1. Marco jurídico internacional

Mediante la ratificación de diversos tratados internacionales, los Estados se han obligado a aplicar un enfoque diferenciado respecto de diversos grupos privados de libertad, bajo custodia o cuidado del Estado que, por ese hecho, se encuentran en una mayor situación de vulnerabilidad. Al ser responsables de ese tipo de establecimientos, los Estados se encuentran en una especial posición de garante para con los diversos grupos de personas que se hallan en esta situación[1].

Entendiendo que las autoridades de estos recintos ejercen un fuerte control sobre las personas privadas de libertad, bajo custodia o cuidado del Estado, estas se ven imposibilitadas de satisfacer por su cuenta sus derechos o necesidades básicas esenciales para su desarrollo. Así, los Estados se encuentran obligados a garantizar los derechos de estos grupos en situación de vulnerabilidad, particularmente el derecho a la vida e integridad personal, así como el acceso a servicios básicos[2]. A lo anterior se suma el deber de prohibir, impedir y castigar los actos de tortura y los malos tratos en todo tipo de situación de privación de libertad, como lo serían, por ejemplo, aquellas que se producen en "las instituciones que atienden a […] enfermos mentales o personas con discapacidades"[3].

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

En el mismo sentido, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2018) ha señalado que las personas con discapacidad pueden verse afectadas de manera desproporcionada por la violencia,

[1] Corte Interamericana de Derechos Humanos (1995). Caso Neira Alegría y otros Vs. Perú. Fondo. Sentencia de 19 de enero de 1995, párr. 60.
[2] Corte Interamericana de Derechos Humanos (2022). Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 4.1, 5, 11.2, 12, 13, 17.1, 19, 24 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de otros instrumentos que conciernen a la protección de los derechos humanos). Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022, párr. 33.
[3] Organización de las Naciones Unidas. Comité contra la Tortura (2008). Observación General N°2 – Aplicación del artículo 2 por los Estados Parte. 24 de enero de 2008, párr. 15.

los malos tratos y otros castigos crueles o degradantes, tanto en forma de medidas de contención o segregación, como de agresiones violentas.

Bajo esta lógica, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada por Chile el 29 de julio de 2008, refiere como principal propósito el:
"[…] promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás".

Por otro lado, en su artículo 25, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, refiere que:
"Los Estados Parte 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 Parte adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta el género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud".

En el mismo sentido, el CPT asume su mandato en el marco de las recomendaciones del Relator Especial sobre la Tortura (2013), que, en sus recomendaciones, exhorta a los Estados a:
"Hacer cumplir la prohibición de la tortura en todas las instituciones de atención de la salud, tanto públicas como privadas, por ejemplo, entre otras cosas, declarando que los abusos cometidos en el contexto de la atención de la salud equivalen a un trato o pena cruel, inhumano o degradante; regulando las prácticas de atención de la salud con miras a prevenir los malos tratos bajo cualquier pretexto; e integrando las disposiciones de la prevención de la tortura y los malos tratos en las políticas de atención de la salud".

1.2. Marco jurídico nacional

En Chile, a través de los distintos tratados y pactos internacionales ratificados, se ha intentado resguardar el derecho a la integridad psíquica y la protección de la salud de todas las personas; tales como el derecho al "disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificado por el Estado el 10 de febrero de 1972. Sin embargo, antes de la promulgación de la Ley N°21.331, no existía una ley que protegiera la salud mental de manera específica, por lo que su regulación dependía de distintas normas: Ley Nº20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas con relación a las acciones vinculadas a su atención de salud; Ley N°20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad; y Ley N°18.600, sobre deficientes mentales.

Es así como, el 11 de mayo del 2021, se publicó la Ley N°21.331 "Del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental", la cual indica en su artículo 1 que:
"Esta ley tiene por finalidad reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral. El pleno goce de los derechos humanos de estas personas se garantiza en el marco de la Constitución Política de la República y de los tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes. Estos instrumentos constituyen derechos fundamentales y es, por tanto, deber del Estado respetarlos, promoverlos y garantizarlos".

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

"La persona con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual es titular de los derechos que garantiza la Constitución Política de la República. En especial, esta ley le asegura los siguientes derechos:
1. A ser reconocida siempre como sujeto de derechos.
2. A participar socialmente y a ser apoyada para ello, en caso necesario.
3. A que se vele especialmente por el respeto a su derecho a la vida privada, a la libertad de comunicación y a la libertad personal.
4. A participar activamente en su plan de tratamiento, habiendo expresado su consentimiento libre e informado. Las personas que tengan limitaciones para expresar su voluntad y preferencias deberán ser asistidas para ello. En caso alguno se podrá realizar algún tratamiento sin considerar su voluntad y preferencias.
5. A que para toda intervención médica o científica de carácter invasivo o irreversible, incluidas las de carácter psiquiátrico, manifieste su consentimiento libre e informado, salvo que se encuentre en el caso de la letra b) del artículo 15 de la ley N°20.584.
6. A que se reconozcan y garanticen sus derechos sexuales y reproductivos, a ejercerlos dentro del ámbito de su autonomía, a que le sean garantizadas condiciones de accesibilidad y a recibir apoyo y orientación para su ejercicio, sin discriminación en atención a su condición.
7. A no ser esterilizada sin su consentimiento libre e informado. Queda prohibida la esterilización de niños, niñas y adolescentes o como medida de control de fertilidad. Cuando la persona no pueda manifestar su voluntad o no sea posible desprender su preferencia o se trate de un niño, niña o adolescente, sólo se utilizarán métodos anticonceptivos reversibles.
8. A recibir atención sanitaria integral y humanizada y al acceso igualitario y equitativo a las prestaciones necesarias para asegurar la recuperación y preservación de la salud.
9. A recibir una atención con enfoque de derechos. Los establecimientos que otorguen prestaciones psiquiátricas en la modalidad de atención cerrada deberán contar con un comité de ética, conforme lo dispone el artículo 20 de la ley N°20.584.
10. A recibir tratamiento con la alternativa terapéutica más efectiva y segura y que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
11. A que su condición de salud mental no sea considerada inmodificable.
12. A recibir contraprestación pecuniaria por su participación en actividades realizadas en el marco de las terapias, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que sean comercializados.
13. A recibir educación a nivel individual y familiar sobre su condición de salud y sobre las formas de autocuidado, y a ser acompañada durante el proceso de recuperación por sus familiares o por quien la persona libremente designe.
14. A que su información y datos personales sean protegidos de conformidad con la ley N°19.628.
15. A no ser discriminado por padecer o haber padecido una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.
16. A no sufrir discriminación por su condición en cuanto a prestaciones o coberturas de salud, así como en su inclusión educacional o laboral".

2. Justificación del problema

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[4], en donde se encuentran alrededor de 6.710 personas con diagnósticos de salud mental bajo el cuidado del Estado (CPT, 2022).

De acuerdo con el modelo comunitario de atención de salud mental adoptado en Chile y en conformidad a los principios de organismos internacionales de derechos humanos, ninguna persona en situación de discapacidad psicosocial debería ingresar a establecimientos psiquiátricos de larga estadía. No obstante, informes han demostrado que sigue habiendo ingresos y las personas institucionalizadas por largo tiempo tampoco pueden egresar debido a la escasa oferta de atención residencial (INDH, 2017).

En 2016, Chile rindió el primer examen ante el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas y éste manifestó una serie de observaciones en materia de desinstitucionalización, entre las cuales destacaron:
31. Al Comité le preocupa el internamiento de personas en hospitales psiquiátricos u otro tipo de centros residenciales de larga estadía, por motivo de la deficiencia, por requerimiento de la familia y sin el consentimiento libre e informado de la persona afectada.
32. El Comité recomienda al Estado parte prohibir la institucionalización forzada por motivo de la discapacidad (ONU, 2016 p. 4).

Con relación a las modalidades de atención psiquiátrica cerrada en Chile, los hospitales psiquiátricos siguen concentrando la mayor cantidad de personas, con 1.080 plazas a nivel nacional (CPT, 2022), pese a que 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. Cabe mencionar que el funcionamiento de estos recintos hospitalarios 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. A su vez, las instituciones monovalentes pueden establecer convenios de colaboración con entidades privadas, los que constituyen modalidades de externalización de servicios de internación psiquiátrica. Lo anterior, amerita el desarrollo de acciones de monitoreo/supervisión por autoridades u organismos independientes en recintos privados que reciben financiamiento público, para prevenir la ocurrencia de tortura o malos tratos al interior de ellos.

Del mismo modo, se requiere examinar las modalidades de internación que se llevan a cabo en dichos establecimientos privados, a la luz de lo planteado por la Ley N°21.331 que establece en su artículo 11:
"La hospitalización psiquiátrica es una medida terapéutica excepcional y esencialmente transitoria, que sólo se justifica si garantiza un mayor aporte y beneficios terapéuticos en comparación con el resto de las intervenciones posibles, dentro del entorno familiar, comunitario o social de la persona, con una visión interdisciplinaria y restringida al tiempo estrictamente necesario. Se promoverá el mantenimiento de vínculos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares y su entorno social".

En la misma línea, respecto a los motivos de la hospitalización psiquiátrica, la normativa sostiene en su artículo 12:
"Sin perjuicio de la relevancia de los factores sociales en la aparición, evolución y tratamiento de los problemas de salud mental, la hospitalización psiquiátrica no podrá indicarse para dar solución a problemas sociales, de vivienda o de cualquier otra índole que no sea principalmente sanitaria. Ninguna persona podrá permanecer hospitalizada indefinidamente en razón de su discapacidad y condiciones sociales. Es obligación del prestador agotar todas las instancias que correspondan, con la finalidad de resguardar el derecho del paciente a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad".

[4] 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.

A partir de las obligaciones suscritas por el Estado de Chile y las actualizaciones normativas en la materia, se ha propuesto realizar una visita de carácter preventivo a la principal Clínica psiquiátrica que mantiene convenio vigente con un organismo público -el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak- para la prestación de servicios de larga estadía. Este establecimiento de salud de carácter privado corresponde a la sociedad anónima cerrada Clínica psiquiátrica Raquel Gaete que se encuentra acreditado como prestador institucional de atención psiquiátrica cerrada por la Superintendencia de Salud y está inscrito en mercado público como proveedor del Estado. Según la información obtenida en el portal InfoTransparencia, de las licitaciones efectuadas por el Instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, el organismo privado es su principal proveedor para servicios día internación larga estadía, correspondiente a "pacientes psiquiátricos crónicos adultos mayores" en labores que implican "acciones de mantención, recuperación y rehabilitación de salud". Del mismo modo, la clínica privada se ha adjudicado otras licitaciones con el mismo establecimiento público para servicios de hogar protegido tipo 3 y servicios día cama de residencia protegida.

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 a la Clínica psiquiátrica Raquel Gaete, como parte de su planificación anual a distintos establecimientos de salud mental, entre ellos, aquellos recintos de carácter privado que reciben financiamiento público, ampliando la información sobre las condiciones en que se encuentran personas que por largos años han vivido en hospitales psiquiátricos y aún no han egresado a dispositivos comunitarios. Se consideró además que el recinto visitado reúne principalmente a mujeres mayores con diagnósticos de salud mental, lo que permite indagar en las condiciones en que se encuentran desde una perspectiva de género y un enfoque de ciclo de vida.

Al momento de la visita, en el recinto se encontraban 101 mujeres con diagnósticos de salud mental, 23 residentes con edades entre los 27 y 59 años y 78 residentes con más de 60 años. Del total de mujeres internas, 43 presentan dependencia leve, 17 una dependencia moderada, 32 dependencia severa y 9 son autovalentes. Cabe destacar que el 90% de los ingresos provienen del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak bajo el convenio suscrito con este organismo público.

IV. Objetivos de la visita

La visita realizada tuvo como **objetivo general** analizar los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que afectan a personas con diagnósticos de salud mental en la Clínica psiquiátrica Raquel Gaete.

Como **objetivos específicos** se propuso:

1. Indagar en las condiciones de internación de las personas que reciben servicios de larga estadía en este recinto.
2. Explorar las condiciones psicosociales de las personas, desde una perspectiva de género y un enfoque de ciclo de vida.
3. Indagar sobre los tratos que reciben las personas al interior del recinto.
4. Elaborar recomendaciones dirigidas a las diversas autoridades con competencia en la administración y funcionamiento del establecimiento, que inciden en factores asociados a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, para acercarse a los estándares internacionales en la materia.

V. Metodología de la visita

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

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

La metodología utilizada fue de tipo cualitativa, orientada a recoger los puntos de vista de las personas con diagnósticos de salud mental, funcionarias/os y directivas/os de la Clínica psiquiátrica Raquel Gaete. 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 recinto.

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 semiestructuradas individuales y grupales, tanto a personas con diagnósticos de salud mental, como a funcionarias/os del recinto visitado; (b) Conversaciones informales individuales y grupales con personas con diagnósticos de salud mental y funcionarias/os; (c) Observación de campo y (d) Revisión documental y de registros.* Para cada una de ellas se diseñaron instrumentos o pautas específicas, según la temática y objetivos de la visita, atendiendo a los estándares internacionales sobre condiciones de privación de libertad y derechos de personas con diagnósticos de salud mental bajo cuidado del Estado.

Como ya fue mencionado, la visita a la Clínica psiquiátrica Raquel Gaete se realizó los días 17 y 19 de junio de 2025 por integrantes expertas y analistas del CPT. Los cargos y funciones asignadas a cada participante del equipo se describen en la tabla N°1.

Tabla N°1. Equipo CPT con sus cargos y funciones en el contexto de la visita

Integrante	Cargo	Funciones
Javiera Canessa	Experta CPT	1. Presentación y entrevista a representante legal, directora administrativa y director médico.

		2. Solicitud de documentación
		3. Revisión documentación clínica
Karen Espínola	Experta CPT	1. Entrevistas a funcionarias/os
		2. Entrevistas a personas con diagnóstico de salud mental
		3. Revisión documentación clínica
Paula Valenzuela	Experta CPT	1. Entrevistas a personas con diagnóstico de salud mental
		2. Entrevistas a funcionarias/os
		3. Revisión documentación clínica
María Ignacia Macari	Analista CPT	1. Pauta de observación
		2. Revisión de documentación administrativa
Juan Carlos Cea	Analista CPT	1. Entrevistas a personas con diagnóstico de salud mental
		2. Entrevistas a funcionarias/os
		3. Revisión de documentación clínica y administrativa
Gonzalo Horstmeier	Analista CPT	1. Entrevistas a personas con diagnóstico de salud mental
		2. Entrevistas a funcionarias/os
Loreto Adrian	Analista CPT	1. Entrevistas a funcionarias/os
		2. Entrevistas a personas con diagnóstico de salud mental
		3. Revisión de documentación clínica

Durante la visita, se logró realizar un total de 12 entrevistas individuales y 8 conversaciones informales individuales o grupales con personas con diagnósticos de salud mental, así como la revisión de 6 fichas clínicas. A su vez, se realizó un total de 16 entrevistas individuales y 6 conversaciones informales con funcionarias/os del establecimiento. Finalmente, se aplicó una 1 pauta de observación de campo. La tabla N°2 ilustra el detalle de los instrumentos aplicados y la muestra lograda.

Tabla N°2. Instrumentos aplicados y muestra lograda en el marco de la visita

Actor	Tipo de instrumento	Total
Personas con diagnósticos de SM	Entrevista individual	12
	Conversación informal	8
	Revisión de documentación clínica	6
Funcionarias/os del recinto	Entrevista individual	16
	Conversación informal	6

Observación de campo	Pauta de observación	1
TOTAL DE INSTRUMENTOS		49

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 considera la condición clínica en la que se encontraban algunas residentes -tales como discapacidad intelectual severa, con alteración en el lenguaje, entre otras-. Sin perjuicio de lo anterior, el CPT realizó una adaptación de la técnica de recolección de información y se establecieron conversaciones informales con esas personas. Otro aspecto complejo para la obtención de información se relaciona con la escasa información pública disponible de la Clínica psiquiátrica Raquel Gaete debido a su carácter privado, lo que dificultó conocer sus condiciones actualizadas de manera previa a la visita.

3. Dimensiones y subdimensiones monitoreadas

En la tabla N°3 se describen las dimensiones y subdimensiones guiaron el levantamiento de información y su análisis:

Tabla N°3. Dimensiones y subdimensiones monitoreadas

Dimensión	Subdimensión
Régimen y actividades	Ingreso, clasificación y segmentación de las personas
	Uso del tiempo (régimen de internación, oferta programática e intervención psicosocial)
Contacto con el mundo exterior	Vinculación con familiares y personas significativas
	Vinculación con comunidad
Condiciones materiales de la internación	Infraestructura: emplazamiento, edificación y equipamiento
	Alimentación y agua
	Iluminación, ventilación y calefacción. Higiene y plagas
	Servicios sanitarios (baños, lavamanos y duchas). Ropa y cama
	Privacidad, intimidad, confidencialidad. Seguridad ante emergencias
Salud	Acceso a prestaciones y tratamientos en 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 información
	Mecanismos de solicitudes y de quejas
	Acceso a la justicia
	Egreso
	Medidas de prevención
	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, registro, régimen, condiciones materiales y acceso a la salud)

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

4. Procesamiento y análisis de la información

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

Como marco conceptual para el análisis de la información recopilada, se tuvo como referencia la normativa y los estándares nacionales e internacionales vinculados a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, respecto de personas con diagnósticos de salud mental. Como marco interpretativo -desde el levantamiento del diagnóstico, construcción de instrumentos y hasta el análisis de los datos- se decidió adoptar un enfoque de derechos que prioriza el foco en los derechos humanos de las personas con diagnósticos de salud mental. Esto quiere decir que, de forma transversal a los focos de la visita y preocupaciones del CPT, se buscó no perder de vista la historia, necesidades y características de esta población.

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

Tabla N°4. Niveles de desempeño de las dimensiones

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.

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 la que se explicitó -entre otros elementos- el carácter voluntario, anónimo y confidencial de la entrevista, lo cual implica que en cualquier etapa la persona pudiese solicitar su término -sin ninguna repercusión-, como también que toda la información compartida en este proceso será únicamente conocida por las/os profesionales del CPT que realizaron la visita, sin ser divulgada información de carácter personal y sensible. Asimismo, se especificó que, de utilizar citas en el presente informe, estas siempre son anonimizadas, a fin de disminuir posibles individualizaciones de su persona y así evitar efectos iatrogénicos y/o represalias hacia ellas/os.

VI. Hallazgos de la visita

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

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

1. Régimen y Actividades

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

1.1. Ingreso, clasificación y segmentación de las personas

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

Sobre el proceso de ingreso, la Clínica cuenta con un "Protocolo de ingresos y egresos y alta médica de residentes", cuyo objetivo es "entregar orientaciones acerca de las acciones que se deben llevar a cabo para el ingreso y egreso de una residente, en el ejercicio de su derecho a la independencia y autonomía"[5]. Este documento refiere que los requisitos de ingreso son los siguientes: ser mujer; presentar una patología psiquiátrica compensada; ser derivada del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak; expresar voluntad por parte de la usuaria de querer ser trasladada a Clínica psiquiátrica Raquel Gaete (consentimiento informado de traslado desde el Instituto Psiquiátrico). Entre los criterios de exclusión, se menciona que la persona presente ideación suicida activa y/o conductas heteroagresivas.

[5] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2023). *Protocolo de ingresos y egresos y alta médica de residentes* (p. 4).

Entrevistadas/os niegan que se prohíba el ingreso por motivos arbitrarios, tales como etnia, religión u opinión política.

Con relación a lo anterior, en el marco de la visita se informa que la mayoría de los ingresos provienen del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak a partir de un convenio vigente para proveer servicios de internación de larga estadía, con un total de 120 plazas. Existen otras 14 plazas para mujeres provenientes de derivaciones de CAPREDENA, FONASA u otras instituciones. El equipo directivo informa que no se cuenta con lista de espera, ya que siempre mantienen camas disponibles para ingresos vía convenio. La Clínica no recibe ingresos particulares, ni por órdenes judiciales.

Respecto a la derivación de mujeres desde el Instituto Psiquiátrico, se informa que un equipo interdisciplinario de la misma institución, conformado por profesionales y directivos de la unidad de larga estadía del hospital, selecciona a las personas hospitalizadas que cumplen los criterios de ingreso. Luego, realizan una reunión virtual con un equipo de la Clínica, para presentarlas y, en caso de aceptarlas, se coordina el ingreso a partir de los criterios de inclusión mencionados. De este modo, se informa que se priorizan los ingresos de mujeres que sean "manejables" desde el punto de vista psiquiátrico. A su vez, se señala como un aspecto relevante que la persona "quiera entrar". Para ello, el paso siguiente es que acuda a la Clínica por unos días "a ver si le gusta el lugar". Se enfatiza que "si no le gusta no se viene" y el Instituto Psiquiátrico tiene que evaluar otra posibilidad, por ejemplo, la derivación a un hogar protegido.

En términos generales, las personas internas entrevistadas no tienen mucha claridad sobre el proceso de traslado a la Clínica, aunque recuerdan haber estado internadas en el Instituto Psiquiátrico Dr. Horwitz Barak y algunas señalan también haber residido previamente en hogares protegidos. A su vez, desconocen los motivos de su ingreso y refieren relatos tales como *"tengo que estar 5 años acá para poder salir"* o *"llegué porque no tenía donde estar"*.

Una vez que la persona ingresa, permanece en el sector de Policlínico durante 3 días, donde se realiza una actualización diagnóstica, adaptación al nuevo recinto de internación y revisión de tratamiento. En este período es evaluada por el equipo profesional: kinesióloga/o, nutricionista y terapeuta ocupacional. Dentro de los primeros 15 días, también es evaluada por psiquiatra, ya que esta/e profesional acude al recinto dos veces al mes. Dependiendo de la edad y el comportamiento de la persona ingresada, es derivada a los otros sectores de la Clínica: sector 1, sector 2 o geriatría. La ubicación de la persona es definida entre el/la enfermero/a coordinador/a, el/la director/a médico/a y la/el psiquiatra tratante.

Sobre este punto, se informa que los criterios de segmentación responden a criterios de edad, condición de salud, nivel de dependencia y comportamiento. Si la persona tiene más de 60 años y presenta alto grado de dependencia o secuelas neurológicas, es derivada al sector de geriatría, donde reciben alimentación y baño asistido, contando con alrededor de 8 y 9 cuidadoras en el turno diurno y 2 cuidadoras en el turno de noche. Por otra parte, en el sector 1 y 2, debido a que se destinan personas con menor grado de dependencia, se cuenta con 3 cuidadoras en el turno de día y 1 cuidadora en el turno de noche. Al sector 1, se derivan personas más autovalentes y que presentan "mejor conducta". Ahora bien, se indica que al sector 2, se destinan personas que presentan mayores niveles de dependencia y/o mayor complejidad, con conductas más disruptivas, de hetero o autoagresión y/o riesgo de fuga. Finalmente, en el sector de enfermería o policlínico se encuentran personas que requieren atención clínica de mayor complejidad (por ejemplo, usuarias de sondas), además de contar con 6 camas para personas con dependencia severa. A su vez, en temporada de invierno, este sector dispone de un pabellón destinado a personas que presentan enfermedades respiratorias. En la tabla N°5 se entrega el detalle de la distribución de camas según lo informado por el recinto, y en la tabla N°6 la cantidad de personas efectivas reportadas por la institución al momento de la visita.

Sector	Habitaciones	N° de camas
Geriatría	Seis habitaciones con (6) camas cada una (G1, G,2, G3, G4, G5 y G7) una (habitación con (5) camas (G6) y una (1) habitación con (3) camas (G8) además cuenta con (1) sala de estar.	44
Policlínico o Enfermería	Una habitación denominada "hospitalización transitoria" con 6 camas.	6
Sector 1	Siete (7) habitaciones con (5) camas cada una (S1 -D2, al S1 – D8) y una (1) habitación con (4) camas (S1- D1).	39
Sector 2	(4) habitaciones con (6) camas cada una (S2-D1, S2-D2, S2-D6 Y S2 -D7), 1(una habitación con (5) CAMAS S2-D3) y (2) habitaciones con (3) camas cada una (S2-D4 Y S2-D5)	35
	Total de camas	124

Tabla N°5. Distribución de las personas internas.
Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de la Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (junio, 2025).

Unidad	Número de personas	Observaciones
Policlínico o Enfermería	05	En sala de enfermería las residentes ingresan en forma transitoria y existen 5 residentes permanentes.
Sector 1	37	
Sector 2	27	
Geriatría	32	
Total	101	

Tabla N°6. Distribución de camas y habitaciones según sector.
Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de la Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (junio, 2025).

En el marco de la visita, las personas internas refieren que desconocen los motivos por los cuales fueron asignadas a sus habitaciones y, en términos generales, señalan que tienen una buena relación con sus compañeras de pieza. Ahora bien, refieren que el sector 2 es de *"castigos"*, en la medida que las personas son enviadas a ese sector *"por desordenadas"*. Al respecto, una persona interna del sector 2 indica que *"porque andaba portándome atrevida, por eso me pusieron acá"*. Algunos aspectos referidos a estos relatos serán profundizados más adelante en la dimensión de trato.

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

Estándares evaluados: (1) El establecimiento proporciona los recursos necesarios para garantizar que las personas interactúen y participen en actividades de recreación; (2) Las personas pueden interactuar con otras, incluidas las del sexo opuesto; (3) El establecimiento ofrece actividades adecuadas a las necesidades e intereses de las personas de forma regular, tanto al interior de este como en la comunidad; (4) El personal proporciona información sobre las actividades disponibles y facilita su acceso; (5) Cada persona tiene acceso a programas psicosociales para el cumplimiento de las funciones sociales de su elección mediante el desarrollo de las habilidades necesarias para el empleo, la educación u otras áreas; (6) El desarrollo de habilidades se adapta a las preferencias de "recuperación" de la persona y puede incluir la mejora de habilidades de vida y de autocuidado.

Respecto al régimen de internación, se informa que la rutina comienza entre las 06:30 y las 07:00, cuando se levantan las personas internas que se encuentran en los sectores 1 y 2. El sector de geriatría y policlínico o enfermería, tienen un horario más flexible y las personas internas se levantan un poco más tarde. Entre las 07:30 y las 08:30 es el horario de las duchas. Para las duchas en el sector 1 y 2 se divide a las personas internas en dos grupos de 13 a 15 residentes. A un grupo le toca baño los lunes, miércoles y viernes, mientras que al otro grupo le toca los martes, jueves y sábado. En el sector de geriatría se forman tres grupos de 10 a 12 personas internas cada uno. En este sector, cada residente tiene baño solo dos días a la semana. Un grupo los lunes y jueves, otro grupo los miércoles y sábado, y el último grupo los martes y viernes.

Las duchas cuentan con apoyo y/o supervisión de cuidadoras, según requerimientos. Se informa en las entrevistas que no es obligatorio bañarse, y las residentes se pueden duchar en la tarde o en la noche, según decisión de cada una y disponibilidad de cuidadoras. Solo algunas personas internas tienen disponibilidad de baño diario.

Sobre el horario de ingesta de medicamentos psiquiátricos, la primera entrega es a las 09:00. A las 12:00 dan la metformina u otros fármacos especiales. La segunda dosis se dispone a las 15:00 y la tercera dosis corresponde a las 21:00.

Con relación a los horarios de alimentación, entre las 08:00 y las 08:30 es el horario de desayuno, que consiste en un té o leche con galletas, a excepción de los viernes, que en vez de galletas comen pan, pero con supervisión de funcionarias/os, dado que han presentado casos de asfixia previamente, por atragantamientos asociados a dicha ingesta A las 10:00 se entrega una sobrealimentación e hidratación, que puede ser un té o infusión en invierno, jugo o helado en verano. A las 12:00 es el almuerzo, que consiste en dos platos (sopa o ensalada y plato de fondo). A las 14:00 se entrega una segunda hidratación con jugo o té y postre. A las 15:30 es la once, que es similar al desayuno. A las 16:30 una tercera hidratación con jugo o té. El horario de cena es a las 17:30 y no es la misma comida del almuerzo. Por último, se cuenta con una sobrealimentación pm que se entrega a las 20:30. Se indica que, en términos generales, el desayuno tiende a servirse en la cama cuando hace frío. Posteriormente las personas internas acuden al comedor a la hora de almuerzo y cena.

En cuanto a la circulación de las personas internas, se informa que la puerta de acceso entre el sector 1 y 2 no siempre se encuentra abierta. En algunas entrevistas al personal, se señala que, si las personas internas del sector 2 quieren salir al quiosco, fumar un cigarro o compartir con sus pares del sector 1, lo pueden hacer, pero se cierra y abre la puerta en cada oportunidad. En cambio, el acceso por el sector de geriatría siempre se encuentra abierto. De este modo, las personas internas del sector 1 y el sector 2 transitan principalmente en los espacios correspondientes a su sector.

Durante las mañanas las personas internas no pueden acceder a sus habitaciones mientras se realizan labores de aseo, sin embargo, una vez que finalizan estas tareas son de libre acceso. Mediante observación, se constata que en las puertas de las habitaciones del sector 1 se dispone un cartel que indica que los dormitorios se encuentran cerrados por mantención (limpieza) de 10:45 a 13:00.

El término de la rutina diaria es entre las 18:00 a 19:30, período en que las personas internas deben trasladarse a sus dormitorios. A su vez, se informa que algunas residentes se acuestan más tarde porque les gusta fumar un cigarro antes de dormir. No obstante, cabe mencionar que se obtienen relatos por parte de las personas internas que los dormitorios durante la noche se cierran con pestillo por fuera: *"A las 7 de la tarde tenemos que entrarnos, la cierran por fuera, no ponen picaporte"*. Sobre este punto, si bien se cuenta con acceso a baño al interior de los dormitorios, en caso de que necesiten salir al patio, deben gritar al personal por la ventana para salir. Del mismo modo, también se reporta que la salida a los patios de los

sectores 1 y 2 no está disponible los días de lluvia y/o con bajas temperaturas, por lo tanto, las personas permanecen en sus habitaciones o el comedor.

Por su parte, cabe destacar que las personas internas en el sector de geriatría, independiente de las condiciones climáticas, permanecen gran parte del día en el comedor y las que presentan dependencia severa, en sus camas o sillas en los dormitorios, sin acceder de forma regular al patio u otros sectores de la Clínica, tales como la sala de kinesiología o de terapia ocupacional. Lo mismo ocurre en el sector de policlínico. Se indica que esto es así debido a las dificultades de movilidad que presentan, sus condiciones médicas, por lo que prefieren permanecer en dichas unidades.

En cada sector de la Clínica, se cuenta con baños que se mantienen con acceso libre de forma permanente. No obstante, en algunas entrevistas al personal, se señalan mayores restricciones, como el cierre de los baños en el sector 2 debido a que las personas internas *"tienden a mojarse"*. A su vez, se informa que no está permitido el acceso al sector de policlínico o enfermería, cocina, taller de mantención y bodegas. Tampoco pueden ingresar a los espacios del personal o a la entrada de la Clínica.

En cuanto a la oferta programática, alrededor de 25 personas, divididas en dos grupos, asisten día por medio a una escuela especial de la comuna, de 08:30 a 12:00. A su vez, se reporta que los miércoles durante la mañana, acude una educadora diferencial a la Clínica a realizar actividades a quienes deseen participar. En el mismo horario, asiste una profesora de baile árabe al comedor del sector 1. Se señala que anteriormente, la municipalidad enviaba a una profesora de baile y de educación física, pero se terminaron los fondos para la realización de estos talleres, por lo que ahora la propia Clínica asume dicho costo.

Por otra parte, entre las 09:30 a 12:00 y entre las 14:00 y 17:30, la/el terapeuta ocupacional de la Clínica realiza actividades grupales, de acuerdo con una programación anual. En el mismo horario, se llevan a cabo actividades individuales con kinesióloga/o y evaluaciones con nutricionista, según corresponda, y de forma ocasional, enfermeras/os y TENS realizan actividades artísticas (cuadros plásticos) con las personas internas. Se reporta que todas las actividades son voluntarias, y que incorporan las preferencias de las personas en su establecimiento.

A su vez, la Clínica cuenta con un programa de trabajos designados en el que participan las residentes, donde obtienen un dinero mensual por realizar ciertas labores, tales como barrer, limpiar los baños, lavar loza, coser botones, ordenar ropa, gestionar las llamadas, entre otras, lo cual es valorado por quienes las desempeñan, ya que las entretiene y les permite obtener un ingreso extra al dinero de sus pensiones. Una de las personas internas entrevistadas menciona que con ese dinero puede comprar alimentos que no son parte del menú de la Clínica, y especialmente cigarros, lo que es muy apreciado.

De manera anual, se celebran algunas festividades, tales como pascua de resurrección, día de la madre, fiestas patrias, navidad y "pasamos agosto". También, el grupo de "las madrinas" -pertenecientes a una iglesia del sector- visita a las residentes cada 15 días aproximadamente y organiza onces para algunas festividades, así como un diácono realiza misas cada 3 meses. Además, con los dineros otorgados por la Clínica a las residentes, de sus propias pensiones para libre disposición (10 mil pesos semanales, 40 mil pesos mensuales), las personas internas pueden celebrar sus cumpleaños, comprando una torta e invitando a sus pares más cercanos.

A pesar de las actividades mencionadas anteriormente, durante la visita se observa que la mayoría de las personas internas cuentan con abundante tiempo libre durante el día, fumando en los patios, dando vueltas por el recinto y/o permaneciendo sentadas en los espacios comunes disponibles. Del mismo

modo, las alternativas de entretenimiento son limitadas, tales como acceso a televisión, radio y libros, entre otras. En cuanto a los fines de semana, se informa que no existen talleres ni actividades recreativas.

Finalmente, no se observan en los diversos espacios carteles con información visible de actividades, horarios y fechas.

Evaluación de la dimensión: parcial

Se valora que no existan criterios de exclusión por motivos arbitrarios a la unidad y que las personas sean segmentadas tomando en cuenta principalmente las necesidades de apoyo. También se destaca la realización de una evaluación interdisciplinaria al ingreso y que todas las actividades que se realizan sean voluntarias.

En cuanto a los aspectos a mejorar, se requiere revisar los criterios de ingreso, ya que las medidas de internación psiquiátrica pueden favorecer la institucionalización prolongada por razones de discapacidad y/o sociales. Por otra parte, se observa una oferta programática y de rehabilitación limitada, y mecanismos más restrictivos de circulación en ciertos sectores del recinto, tales como geriatría y/o policlínico.

2. Contacto con el mundo exterior

Esta dimensión está en correspondencia con los derechos humanos que les asisten a las personas con diagnósticos de salud mental, específicamente sus derechos de accesibilidad (art. 9 de la CDPD) y en el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad (art. 19 de la CDPD), y artículo 11, título III de la Ley N°21.331.

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

2.1 Vinculación con familiares y personas significativas

Con relación a las visitas, la Clínica cuenta con un "Sistema de control de visitas para familiares y/o acompañantes en Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete", cuyo propósito es "proporcionar un sistema de visitas seguro para las residentes de Clínica psiquiátrica Raquel Gaete, con horarios establecidos para los familiares, amigos y acompañantes, todos ellos de gran significancia para la residente"[6]. Según este documento, las visitas pueden acudir de lunes a domingo de 09:00 a 17:00, sin embargo, se informa que si llegan familiares desde lejos, flexibilizan el horario. A su vez, tampoco hay un número máximo de familiares por persona o un límite de tiempo para cada grupo de visitantes.

En términos generales, se informa que existe poco contacto con familiares y que suelen acudir al recinto cuando la persona interna está próxima a fallecer, para hacer uso de sus recursos. De este modo, se reporta que el 42% de las personas internas no recibe visitas, un 31% recibe visitas esporádicas y un 27% tiene visitas frecuentes. El establecimiento cuenta con un libro de registro de visitas y un reglamento interno para visitas.

[6] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2024). *Sistema de control de visitas para familiares y/o acompañantes en Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete* (p. 4).

Las visitas se reciben en una sala destinada para ello, que se encuentra en la entrada de la Clínica, y también se pueden ubicar en el pasillo de ese sector, al aire libre. Igualmente, las visitas pueden conocer las dependencias, específicamente el dormitorio y salas comunes donde reside la persona interna. En términos de restricciones, se informa que no está permitida la entrada de menores de 14 años, y cuando se ingresa comida, todos los alimentos deben ser no estar envasados. Si bien el personal realiza supervisión a distancia durante las visitas, las personas internas refieren que, en términos generales, pueden tener privacidad y ubicarse en cualquier lugar disponible, incluido el patio si hay buen clima.

En cuanto a las llamadas, el recinto cuenta con un "Protocolo de comunicación al exterior", cuyo objetivo general es "establecer un procedimiento que permita a las residentes la comunicación al exterior de las instalaciones de la Clínica, facilitando las necesidades, preferencias, autonomía de las usuarias y con ello, el respeto de sus derechos"[7]. Este documento, regula los procedimientos de comunicación telefónica y establece tres modalidades para que las personas internas puedan llamar por teléfono o videollamada a familiares y/o amigas/os: (i) una o dos personas internas desempeñarán esta actividad, constituye un puesto laboral y es remunerado con un incentivo económico; (ii) en caso de personas internas que no logren comunicarse con sus familiares, coordinador administrativo colaborará en esta actividad; (iii) uso personal de telefonía y/o Tablet, adquirido con recursos propios y autorizado por dirección técnica.

De esta manera, una persona interna está a cargo de manejar un celular que se encuentra a disposición de sus pares y registra en un libro las llamadas realizadas por ellas. Se describe que su labor como "telefonista" es facilitar el celular a las personas internas que deseen llamar, quienes pueden usarlo sin supervisión directa y sin una duración de tiempo máxima. Además, tienen otro celular del centro para realizar videollamadas, y 4 residentes en total tienen celulares personales, 2 de los cuales fueron requisados por mal uso -habrían comprado comida por aplicaciones durante la madrugada, entre otras acciones- y se encuentran guardados en policlínico o dirección. Si bien pueden solicitarlos en cualquier momento del día, se restringe a los horarios en que las/os funcionarias/os están disponibles. Sobre este punto, una persona interna refiere: *"Tengo mi celular, lo guardan en la oficina lo pido cuando quiero hablar con mi hija, pero me lo guardan en la oficina"*.

Por otra parte, se informa que el personal de la Clínica trata de establecer comunicación con familiares por solicitud de las personas internas, sin embargo, son las/os propias/os familiares quienes en ocasiones deciden no contestar. Cabe destacar que el 42% de las residentes no recibe ni efectúa llamadas -mismo porcentaje de las que no reciben visitas-, al no contar con redes de apoyo.

Finalmente, con relación a las encomiendas, se indica que se reciben principalmente durante las visitas, y en general corresponden a alimentos no perecibles. En ocasiones, se reciben paquetes entregados por empresas de mensajería. En ello, se prohíbe la recepción de fósforos, encendedores, alimentos perecibles, alimentos que atoren (pan, caramelos tipo coyac, sustancias, queques, entre otros) y alcohol.

2.3 Vinculación con la comunidad

Con relación a salidas, se informa que se realizan en compañía de familiares y funcionarias/os. Sobre las salidas con familiares, se pueden llevar a cabo de lunes a domingo y se deben programar de forma previa. Se indica que las personas internas pueden pernoctar fuera del recinto e incluso viajar fuera de la ciudad con familiares. Para ello, la Clínica cuenta con un "Protocolo de entrega de información al alta del paciente" que tiene por objetivo "cumplir con el derecho de información al usuario, acerca de su estado de salud" y "entregar información relevante por escrito de las indicaciones que debe seguir en su

[7] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (s/f). *Protocolo de comunicación al exterior* (p. 4).

domicilio"[8]. Este protocolo establece la emisión de un documento de alta transitoria de la residente, donde se deja constancia de quiénes la vienen a buscar, se entregan orientaciones sobre la ingesta de medicamentos y el régimen de alimentación. A su vez, al retorno se anotan las condiciones en que regresa a la Clínica. Sobre este punto, en las entrevistas se menciona que las salidas con familiares requieren autorización médica y cuentan con la posibilidad de llamar a psiquiatra tratante, en caso de "descompensación", ya sea para gestionar la situación en el lugar donde se encuentre la persona y/o retornar a la Clínica.

En términos generales, se señala que un número muy reducido de personas internas cuenta con redes familiares y mantiene salidas periódicas. Incluso, se informa que, en el caso de que las/os familiares no muestren preocupación y responsabilidad en las labores de cuidado, no se les permite visitas ni salidas.

En cuanto a otras salidas, la Clínica cuenta con un "Protocolo de salidas fuera del establecimiento" que tiene por objetivo "garantizar la seguridad de las usuarias al salir del establecimiento"[9]. Este documento regula el uso de un brazalete de identificación y establece el registro del lugar de salida de la persona diferenciando entre salida de esparcimiento o de control médico. Al respecto, en las entrevistas se menciona que durante la semana se realizan salidas a atención de salud en establecimientos de la red asistencial, según corresponda. Del mismo modo, durante la semana, se realizan salidas individuales y/o grupales al mall o a la feria. Estas son programadas y acompañadas por terapeuta ocupacional y cuidadoras. Se indica que en estas salidas participan las personas más autovalentes, las que están "autorizadas" para hacerlo y que cuentan con dinero para realizar compras. En las entrevistas se menciona que algunas salidas se han suspendido debido a "fugas". Al respecto, la Clínica cuenta con el protocolo "Medidas de prevención de abandono de hospitalización de paciente en tratamiento", que tiene por objetivo "prevenir el abandono del tratamiento psiquiátrico desde La Clínica"[10]. Sobre este punto, se obtiene información de personas internas que solo salen al médico y no tienen otras salidas permitidas, ya que se han escapado de la Clínica: *"Me arranqué yo, no me dejan salir"*.

Desde el establecimiento reportan que se han organizado salidas recreativas. Por ejemplo, en Semana Santa acudieron al santuario de Lourdes, a solicitud de las propias residentes. Se informa que asistieron 12 personas internas, con apoyo de cuidadoras y profesionales de la Clínica. En las entrevistas se menciona que hace algunos años los paseos eran más frecuentes, realizándose, por ejemplo, salidas a la playa, y las personas internas refieren que se podrían retomar este tipo de iniciativas. A su vez, se informa de un programa denominado "Ventanas abiertas" de la municipalidad, que organiza paseos semanales con personas en situación de dependencia a diversos lugares, como a algunas viñas o a San José de Maipo. En estas salidas, acompaña personal de cuidado y terapeuta ocupacional de la Clínica. Sin embargo, se reporta que este programa hace un tiempo no ha realizado actividades.

En términos del contacto con la comunidad, la Clínica cuenta con un "Plan de actividades de integración sociocomunitaria" que tiene por objetivo "fomentar la autonomía, independencia y participación de las residentes, en actividades al exterior de la clínica, contemplando la diversidad de experiencias, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las residentes"[11]. Este documento, señala diversos organismos en la comunidad al que las personas internas pueden acceder en las áreas de salud, social/comunidad, educación y poder judicial. Al respecto, no se obtiene más información en las entrevistas respecto a la

[8] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2019). *Protocolo de entrega de información al alta del paciente* (p. 4).
[9] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2020). *Protocolo de salidas fuera del establecimiento* (p. 4).
[10] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2019). *Medidas de prevención de abandono de hospitalización de paciente en tratamiento* (p. 4).
[11] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2025). *Plan de actividades de integración sociocomunitaria* (p. 4).

aplicación de este protocolo, más allá de las salidas recreativas, por motivos de salud y educacionales, ya descritas.

Por otra parte, en el marco de la visita, se informa que han asistido estudiantes de una escuela especial para algunas celebraciones, como navidad, y también organizaciones folklóricas de la comunidad para fiestas patrias. Del mismo modo, como ya se describió anteriormente, "las madrinas" acuden de forma periódica a la Clínica para acompañar a las residentes, así como organizaciones religiosas, que realizan liturgias para quienes deseen participar cada 3 meses aproximadamente: *"Han venido madrinas a hacernos once, nos trajeron torta, bebidas cosas para el tecito", "Vienen a hacer la misa, la liturgia, la hacen acá, salgo a rezar"*.

Finalmente, sobre los canales de comunicación e información, las personas internas cuentan con televisión en los comedores y salas de estar, siendo el principal medio de información, ya que generalmente ven las noticias. Del mismo modo, se informa que, al momento del ingreso, todas las personas internas reciben una radio a pilas por parte de la Clínica. No se cuenta con otros medios informativos, por ejemplo, talleres de actualidad, periódicos o computadores con acceso internet disponibles para las residentes.

Evaluación de la dimensión: parcial

En cuanto a la vinculación con familiares y personas significativas, se valora que las visitas se puedan realizar de forma extendida, sin restricciones en cuanto al número de personas permitido, y en horarios apropiados. También se considera relevante el acceso continuo a llamadas/videollamadas, sin supervisión y por el tiempo que deseen. Del mismo modo, se destaca la realización de actividades de voluntariado en el establecimiento y las salidas al exterior, por motivos educativos, recreacionales, de salud, entre otros. Por último, se valora la existencia de protocolos claros respecto al sistema de llamadas, visitas, integración y salidas a la comunidad y/o con familiares.

En relación con los aspectos a mejorar, se observa la restricción del ingreso de personas menores de 14 años en las visitas, la escasa vinculación de las personas internas con redes de apoyo y la necesidad de promover la participación de la comunidad y con ello, la implementación del "Plan de actividades de integración sociocomunitario", considerando los deseos y preferencias de las residentes. Del mismo modo, si bien se menciona el acceso a radio y televisión como principal medio de información, se podrían implementar otras instancias de conocimiento sobre el acontecer nacional, como asambleas periódicas informativas.

3. Condiciones materiales

En esta dimensión se analizan las subdimensiones 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; y seguridad ante emergencias.

La CDPD señala en su art. 28 el derecho a un nivel de vida adecuado, en el que se expone que:
"los Estados Parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad".

3.1. Infraestructura: emplazamiento, edificación y equipamiento

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

Respecto a la infraestructura, en el marco de la visita, se informa que la Clínica cuenta con 3.000 m² de construcción, en un terreno de 7.200 m² aproximados. Desde el inicio de su funcionamiento -hace más de 40 años-, y hasta la fecha, han realizado importantes inversiones de recursos para optimizar las condiciones del recinto. A modo de ejemplo, instalaron pisos de cerámicas -eran de tierra-, aires acondicionados, rampas de cemento, mejoraron el material de las paredes, entre otros cambios. A pesar de ello, en diversos sectores aún se observan elementos que deben ser reparados, como suelos en mal estado o con desniveles que dificultan el tránsito para personas en sillas de ruedas, y humedad en algunas paredes.

El establecimiento cuenta con un área de mantención con personal disponible -1 persona permanente, más 2 personas que acuden 2-3 veces a la semana según necesidad-, para arreglar eventuales desperfectos, tales como focos quemados, chapas que no cierran, entre otros. Cuando se requiere algún arreglo, las/os funcionarias/os realizan una solicitud en un libro dispuesto para tales efectos, sin embargo, se reporta que no necesariamente se resuelven pronto estos requerimientos.

En el establecimiento, se observa que los espacios de recreación son los patios y comedores, sin embargo, los comedores no presentan adecuadas condiciones para realizar actividades recreativas. Para ello, se encuentra la sala de terapia ocupacional, que está acondicionada con estanterías donde se guardan recursos y materiales, así como un mesón amplio, sillas y bancas movibles para realizar talleres, pero las dimensiones de esta sala solo permiten la participación de 10-15 personas.

Imagen N°1. Sala de Terapia Ocupacional.

El patio del sector 1 se encuentra limpio, tiene piso de cemento y bancas distribuidas como lugares de descanso. Para ingresar a los dormitorios desde el exterior, se construyó una pequeña rampa para las residentes con movilidad reducida. Si bien se informa que en verano instalan toldos y mallas kiwi para evitar el sol y el calor, en temporada de invierno se constata que al ser un espacio abierto se encuentra expuesto al frío. El comedor del sector 1 es espacioso y cuenta con buena iluminación, tanto natural como artificial. Este lugar contiene sillas y mesas en número suficiente para las personas, un microondas, refrigerador, televisor, ventiladores para el calor y un sofá ubicado a un costado, no frente a la televisión. Al momento de la visita, se observa que en el comedor se dispone una estufa a parafina y las personas

internas se sientan alrededor de ella como única fuente de calefacción. A su vez, se constata que, si bien hay zonas designadas para fumar al aire libre, las personas fuman en el comedor, a pesar de ser un espacio cerrado. Por último, se observan cámaras de seguridad que dan al patio del sector, afuera de la oficina de archivo, del policlínico y dormitorios.

Imágenes N°2 y N°3. Patio sector 1.

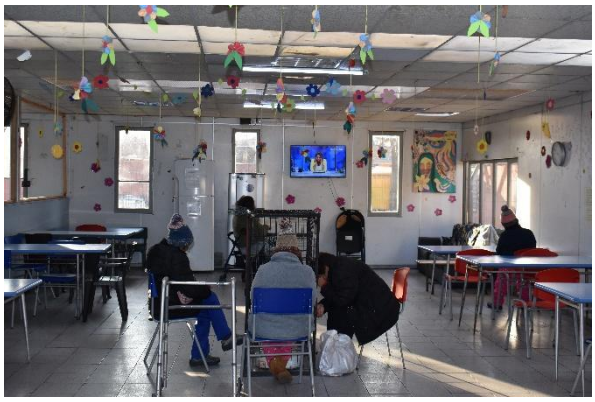

Imagen N°4. Comedor sector 1.

En el sector 2, se dispone de un patio interior amplio y limpio. A pesar de ello, en ciertos lugares de la edificación las paredes se encuentran en mal estado y con signos de humedad. El suelo está deteriorado en algunos tramos, con hoyos y cerámicas quebradas. Para la protección de las residentes (riesgo de caídas), alrededor de los alcorques de los árboles se colocaron barandas y también se han dispuesto bancas para que las residentes puedan sentarse. Ahora bien, para el ingreso a los dormitorios y uno de los baños de este sector, se observan desniveles, lo que genera barreras de accesibilidad. Esto es particularmente relevante, dado que una de las residentes que pernocta en este sector, se encuentra en silla de ruedas. Mediante observación se constató que, para ingresar al primer dormitorio, debe colocar su silla de ruedas pegada al peldaño, levantarse de la silla mientras se afirma de los brazos de la silla, para luego saltar junto con esta e ingresar.

Imágenes N°5 y N°6. Patio sector 2.

El comedor del sector 2 también cuenta con mesas y sillas en número suficiente para las personas, y un televisor. Se observa que este comedor presenta mayor grado de deterioro en comparación a los otros comedores del recinto. Las paredes expuestas presentan desgaste por humedad, especialmente en los lugares donde se encuentran cañerías y el lavaplatos.

En el sector de geriatría, el comedor también cuenta con mesas, sillas y un televisor. Durante la visita, se observa que las personas con dependencia severa permanecen en sus habitaciones y las personas usuarias de sillas de ruedas pasan la mayor parte del tiempo en el comedor viendo televisión. Como se describió anteriormente, se observa que este sector no dispone de espacios de recreación, y la circulación de las personas se restringe a estas dependencias.

El sector de enfermería o policlínico tampoco cuenta con espacios de recreación, por lo que en uno de los dormitorios se dispuso de una televisión. Además, algunos sectores no tienen mobiliario adecuado para el descanso, tales como sofás o sillones.

Entre otros lugares del establecimiento, cabe mencionar que, en el sector de la ropería, el suelo se encontraba en muy mal estado. Lo mismo las paredes y los techos, los cuales presentaban moho y hongos provocados por la humedad.

Imagen N°7. Sala de ropería.

En cuanto a las condiciones de alojamiento, se informa que el establecimiento cuenta con una capacidad total de 134 camas. En el recinto, los dormitorios son compartidos y reúnen un mínimo de 2 personas y un máximo de 6 personas por habitación. La mayoría de las habitaciones son de 4 personas en el sector 1 y en el sector 2. Aun así, se reporta que se ha adaptado un dormitorio individual, por requerimientos de una residente que *"es muy disruptiva"*. En términos generales, las personas internas refieren que las habitaciones son amplias y cómodas, y las camas adecuadas.

En los distintos sectores de la Clínica, las camas tienen la fotografía con el nombre y RUN de la residente correspondiente. A su vez, tienen un círculo con los colores del semáforo según el riesgo de caída de la persona interna (rojo-alto; amarillo-medio; verde-bajo). En algunos casos, también se encuentra en la pared una hoja plastificada con indicaciones de salud generales, por ejemplo, que necesita inhalador o determinada alimentación. Se constata en algunos sectores que la última actualización de estos registros data de octubre de 2024.

En el sector 1, se observa que algunas ventanas de los dormitorios solo cuentan con visillo y no con cortina. Las camas de las residentes no son catres clínicos. A su vez, no todas las residentes tienen veladores para guardar sus pertenencias. Una residente tiene sus pertenencias en una bolsa reutilizable, afirmada en el respaldo de su cama. Ahora bien, los dormitorios cuentan con casilleros, los cuales se pueden cerrar con candado, manejando las propias residentes sus llaves.

Imágenes N°8 y N°9. Dormitorios sector 1.

En el sector 2, las paredes interiores y exteriores de los dormitorios se observan con desgaste y signos de humedad. A su vez, no todas las ventanas tienen cortinas. Las camas de las residentes no son catres clínicos y se constata que no todas poseen las mismas camas. Algunas personas internas tienen camas de mejor calidad e, incluso, televisores, lo que da cuenta de importantes diferencias en las condiciones de alojamiento. Así mismo, no todas las residentes tienen veladores, aunque la gran mayoría posee casilleros con candados para el resguardo de sus elementos personales. En general, en el espacio de las camas de cada persona interna se puede colocar lo que deseen para decorar y ambientarlo.

Imágenes N°10 y N°11. Dormitorios sector 2.

En el sector de geriatría, no todas las camas son catres clínicos. Por medio de observación, se constata que este mobiliario presenta distintas condiciones de desgaste. Del mismo modo, se observa poca separación entre las camas y que algunas no cuentan con velador. También se observa que no todas las ventanas cuentan con cortinas. Sobre este punto, en el techo hay "barras de cortinas" donde habían puesto efectivamente cortinas para privacidad de las residentes, no obstante, por intentos de auto lesiones, tuvieron que retirarse. Por otra parte, se constata que no hay colchones antiescaras para todas las personas en situación de dependencia. Es más, una persona interna estaba acostada luego de una operación que la limitaba en su movilidad en un colchón común. Al respecto, se reporta que la administración tiene que renovar continuamente los colchones debido a que se orinan constantemente en ellos, a pesar del uso de pañales. En cuanto a condiciones de accesibilidad, hay barras de apoyo en una de las paredes de ingreso al sector de geriatría.

Imagen N°12. Dormitorio sector de geriatría.

En el sector de enfermería o policlínico, la mayoría de las camas son catres clínicos. En esta área se encuentra una sala de observación y una sala de descanso para el personal que tiene microondas, horno eléctrico, refrigerador y una mesa con sillas para que puedan comer. También se cuenta con una habitación para que el personal de salud pueda pernoctar en los turnos. En la denominada unidad B del sector de enfermería o policlínico, todas las camas corresponden a catres clínicos, donde se encuentran las residentes que requieren mayores cuidados de salud. Las paredes presentan signos de humedad y se encuentran descascaradas. Sucede lo mismo con el techo. El espacio personal de cada residente, al igual que en otros sectores de la Clínica, se encuentra individualizado con su fotografía, su número de RUN y con hojas donde aparecen aspectos específicos de su condición de salud, por ejemplo, temas nutricionales de la residente o algún medicamento que deba tomar.

Imágenes N°13 y N°14. Dormitorios sector de policlínico o enfermería.

3.2. Alimentación y agua

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

La Clínica cuenta con horarios de alimentación establecidos y las residentes disponen de agua potable de manera continua. Como se mencionó más arriba, a las 08:30 es el desayuno, que consiste en un té o leche, más galletas tipo oblea. A las 10:00 es el horario de hidratación, que consiste en un té o agua de hierbas

en invierno y jugo de frutas o helado en verano. A las 13:00 es el almuerzo, que consiste en entrada de sopa o ensalada, plato de fondo y postre. A las 16:00 es un nuevo horario de hidratación y a las 17:30 es la cena. En las entrevistas se señala que la alimentación es de buena calidad, se sirve en suficiente cantidad. Tanto las/os funcionarias/os como las residentes reciben la misma alimentación a la hora de almuerzo.

Respecto al régimen de alimentación, se observa que hay un registro con el nombre y la edad de la residente, el tipo de alimentación que recibe, por ejemplo, papilla, y las dietas específicas, por ejemplo, en el desayuno, té con espesante. Al final de la hoja se indica que los espesantes son pan, avena, maicena, sémola o harina tostada. Finalmente, hay indicaciones del suplemento nutricional que se les entrega.

Ahora bien, por medio de las entrevistas, se informa que hace un tiempo se tomó la decisión, junto al Comité de Ética del Instituto Psiquiátrico, de que las residentes no comieran pan -salvo los viernes, donde se supervisa la alimentación-, por el riesgo de ahogamiento que ello implica, al tener altas prevalencias de trastornos de deglución debido al uso de psicofármacos. Sobre este punto, algunas personas entrevistadas consideran que no dar pan es una medida restrictiva. Además, mencionan que las residentes pueden comprar alimentos -incluyendo pan- en el quiosco con el dinero de su pensión y comerlo en otro horario y también con familiares, situaciones que observa en terreno el CPT durante su visita.

Del mismo modo, algunas residentes mencionan que la leche que entregan en las mañanas tiene espesantes que no todas requieren y no es de su agrado por lo que optan, de tener dinero disponible, por otros bebestibles que pueden comprar en el quiosco. De este modo, se constatan inequidades en el acceso a una alimentación adaptada a las necesidades y preferencias.

Imágenes N°15 y N°16. Sector del quiosco.

En cuanto al espacio donde se preparan los alimentos en la Clínica, denominado "Central de alimentación", es sumamente amplio y se observa con buena higiene. Cuenta con dos cocinas (encimeras) a gas, de 4 quemadores cada una, donde caben ollas grandes. En segundo lugar, hay otra cocina más pequeña con 2 quemadores grandes. Sobre las cocinas (encimeras) grandes se ubican 2 campanas industriales, las cuales sirven como extractor de aire (ventilación). Adicionalmente, el espacio tiene 2 hornos industriales, también con campanas industriales que sirven como extintores. Para almacenar los alimentos en frío (además de congelación) se cuenta con 2 refrigeradores amplios, de dos puertas, junto con un congelador, también de dos puertas.

Imagen N°17. Central de alimentación.

El personal del área de cocina consiste en 1 nutricionista y 5 manipuladoras/es de alimentos, más 1 encargada de bodega. Se reporta que la nutricionista realiza minutas con dietas especiales para las personas internas con requerimientos específicos según sus condiciones de salud (hipertensión arterial, diabetes mellitus, alteración de la deglución, constipación, entre otras). Este personal tiene un pequeño comedor a un costado de la cocina. A su vez, hay un gran comedor que cuenta con mesas y sillas para todo el personal, que también dispone de un refrigerador, lavaplatos y microondas para uso colectivo, además de casilleros para cada funcionaria/o.

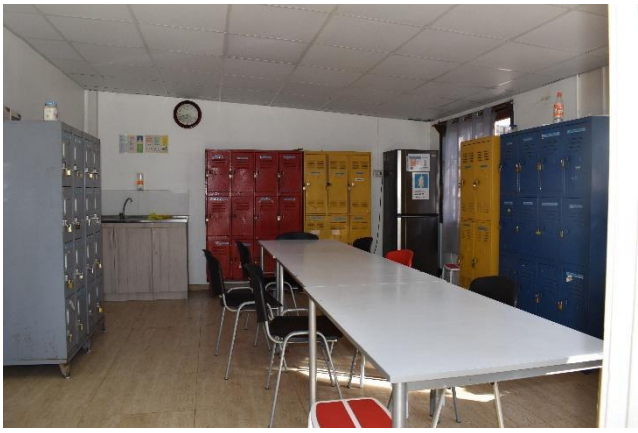

Imagen N°18. Comedor personal de cocina.

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

Estándares evaluados: (1) Iluminación, ventilación y calefacción proporciona ambiente confortable; (2) El establecimiento en términos generales está limpio y ordenado; (3) La limpieza y el orden se hacen de forma rutinaria; (4) El establecimiento no tiene factores de riesgo para el desarrollo de zoonosis; (5) No se observa la presencia de vectores; (6) En caso de factores de riesgo para zoonosis o presencia de vectores, el establecimiento actúa oportuna y adecuadamente para su erradicación.

En cuanto a las condiciones de iluminación del recinto, se indica que, en términos generales, hay restricciones en el acceso a luz natural en ciertos sectores y la luz artificial también presenta algunas deficiencias. Por ejemplo, en el sector 1, los dormitorios no tienen buena iluminación, contando con tubos fluorescentes de luz fría que no propician el descanso y donde algunos tubos parpadean, y en el sector 2, los dormitorios solo cuentan con iluminación y ventilación natural a través de una pequeña

ventana. En caso de corte de luz, la Clínica posee un grupo electrógeno de suministro para toda la instalación.

En términos de ventilación, se reporta que, a nivel general, las habitaciones cuentan con puertas al exterior que favorecen la circulación de aire. Aun así, se informa que ciertos sectores del recinto son calurosos en verano. Al respecto, durante aquella estación del año, las personas internas refieren sentir mucho calor, por lo que prefieren estar en el patio bajo la sombra de los árboles. Del mismo modo, se informa que durante el verano se disponen de ventiladores en ciertos sectores del establecimiento.

Respecto a la calefacción, mediante observación, se constata que los dormitorios del recinto tienen ventanas de aluminio, sin aislación térmica y con cortinas delgadas. Del mismo modo, se verifica que las camas cuentan con 1 o 2 frazadas, más un cubrecama delgado.

En términos de la calefacción, durante la visita se constatan condiciones desiguales en el recinto. Por ejemplo, en el sector de enfermería se cuenta con aparatos de aire acondicionado y también se hace uso de estufa a gas. Por otra parte, en el sector de geriatría se encuentran en proceso de instalación de los aparatos de aire acondicionado, predominando como alternativa de calefacción al momento de la visita, las estufas a parafina. Estos mismos recursos no están disponibles en los dormitorios del sector 1, ya que no cuentan con sistema de calefacción y las personas internas refieren sentir frío durante el invierno. Al respecto, en las entrevistas las residentes relatan que *"las piezas son muy heladas"* y que *"falta calefacción, estufas a parafina"*. Incluso una entrevistada indica que se pone el pijama debajo del pantalón porque hace mucho frío en la mañana. Del mismo modo, durante la noche, en la medida que no cuentan con calefacción en las habitaciones, la alternativa es acostarse temprano y taparse con la ropa de cama para no pasar frío. Durante el día, como se mencionó más arriba, se observa que las personas internas fuman en el comedor ya que ahí se encuentra disponible una estufa a parafina. Por su parte, la sala de terapia ocupacional tiene una estufa a gas, mientras que la sala de kinesiología no cuenta con calefacción y durante la visita se evidencia que presenta una baja temperatura en comparación a otros sectores del recinto.

Con relación a las condiciones de higiene del establecimiento, se observa un adecuado nivel de limpieza en términos generales, lo que es apoyado en las entrevistas realizadas. El establecimiento cuenta con personal para labores de aseo. Al respecto, se informa que la dotación es de 3-4 auxiliares de servicio durante el día, en modalidad de turnos -son 8-9 personas en total-, que limpian el recinto al menos dos veces al día y según necesidad. Sobre este punto, mediante observación, se constatan carteles con reglas y rutinas de higiene en algunos sectores del recinto. Por ejemplo, en los dormitorios del sector 1 hay un cartel que indica que (1) no se puede guardar comida en las habitaciones y en los casilleros; (2) no se puede comer en las habitaciones; (3) no se deben dejar pertenencias debajo de las camas (como zapatos, ropa, útiles de aseo, peluches, etc.). A su vez, en todas las puertas se colocó un cartel indicando que los dormitorios se encuentran cerrados por mantención (limpieza) desde las 10:45 hasta las 13:00. Por último, es importante mencionar que las mismas residentes realizan labores de aseo en ciertos sectores del recinto, como barrer las hojas del patio, existiendo un aseo permanente de los espacios comunes.

Respecto a la presencia de plagas o vectores, entrevistadas/os comentan que hace un tiempo hubo plaga de ratones en los dormitorios, lo que se acabó con el cambio del piso de madera. Actualmente, se reporta que se realiza desratización y desinsectación de forma mensual. También se realiza aseo en roperos y casilleros de forma periódica. Por último, se indica que algunas veces al año tienen mayor presencia de moscas y han debido enfrentar brotes de pediculosis que se contagian entre las residentes y se tratan con shampoo tópico o ivermectina.

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

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

Respecto a los servicios sanitarios, las personas internas tienen acceso regular y permanente a las salas de baños. A su vez, las duchas cuentan con bancas de madera y sillas de plástico para vestirse, agua caliente en cualquier momento del día, mientras que los lavamanos, solo con agua fría. Las cuidadoras prestan apoyos en las labores de aseo en caso de ser requerido, y facilitan los artículos de higiene que las personas requieren. Estos insumos son comprados por el Instituto psiquiátrico, entre los que se encuentran jabón, champú, pasta de dientes, cepillo de dientes, desodorantes, cremas, talco, pañales, toallas higiénicas, entre otros. El papel higiénico lo compra la Clínica. Si bien en algunas entrevistas se señala que este insumo se encuentra disponible en los baños y se carga más de una vez al día, mediante observación se constata que la mayoría de los baños del recinto no cuenta con papel higiénico -a excepción del sector de geriatría y enfermería-, así como tampoco, con jabón. Al respecto, algunas personas reportan que un funcionario está a cargo de la reposición del papel higiénico tres veces a la semana y cuando se acaba no se dispone nuevamente. De este modo, residentes refieren que es frecuente quedarse sin papel higiénico, especialmente los fines de semana y que, en ocasiones, no han podido limpiarse tras acudir al baño por este motivo. También algunas relatan tener que comprar, en ocasiones, toallas higiénicas por su cuenta. Por ello, algunas personas internas reciben artículos de higiene de sus familiares -principalmente jabón y desodorante ambiental-, o los compran en el propio quiosco de la Clínica, como las tinturas de pelo, que sería un producto muy cotizado por las residentes más autovalentes, para teñirse cuando ellas lo deseen.

Respecto a los baños, a modo general, se observan en regulares condiciones: muchos inodoros no tienen tapas, estanques ni asientos; faltan basureros a los lados, por lo que hay papeles higiénicos en el suelo; ciertos lavamanos están sucios y deteriorados; algunas duchas no tienen mangueras; y el sector 2 no cuenta con espejos, y son los que se encuentran en peor estado. Además, hay pisos con desniveles o peldaños para ingresar a baños y duchas, y filtraciones, lo que resulta riesgoso para las residentes, al favorecer caídas y dificultar el acceso universal. También se observan suelos sin material antideslizante y cerámicas rotas; y que falta instalar barras de apoyo en algunas zonas; entre otros elementos a fortalecer.

Imagen N°19. Baño sector 1.

Imagen N°20. Ducha sector 2.

Imagen N°21. Duchas sector de geriatría.

Con relación a la ropa de vestir, se informa que las personas internas más autovalentes suelen elegir y comprar su ropa, mientras que a las residentes que presentan mayores niveles de dependencia, es el personal quien realiza la compra, en ambos casos con el dinero de su pensión. Si una residente no tiene pensión, es la Clínica quien le otorga ropa, por medio de donaciones. Un aspecto preocupante reportado en el marco de la visita refiere que en ciertos sectores de la Clínica algunas mudas no se encuentran individualizadas y la ropa interior es de uso común (no está asignada a cada residente). De este modo, se informa que las residentes que presentan mayor nivel de autovalencia marcan la ropa que compran para su uso personal, sin embargo, la mayoría de las personas internas no suele comprarse su propia ropa y utilizan la que se encuentra disponible y llega periódicamente tras lavado. Sobre este punto, una persona interna refiere: *"La ropa hay que compartirla, pero las lavan todos los días. La ropa interior también es de todos, pero lavadas"*. En el sector 2, se observa que algunas residentes estaban ocupando pantalones que no eran de su talla y se les caían al caminar. En el sector de geriatría, se registra que la mayoría de las personas internas estaban con pijama.

En términos de la ropa de cama, mediante observación se constata que las camas tienen 1 o 2 frazadas y los cubrecamas son delgados para afrontar los meses de invierno, considerando que la Clínica Gaete se encuentra en una zona precordillerana. Sobre este punto, entrevistadas/os refieren que algunos sectores del recinto son tan fríos que la ropa de cama es insuficiente. Además, también se observa que no todas las camas tienen almohadas o, de tenerlas, son muy antiguas y se encuentran gastadas por el uso.

Por último, se informa que se lava la ropa todos los días. Para ello, hay 4 personas en el sector de lavandería, 2 que se dedican al lavado, y otras 2 que están a cargo de ropería (planchado y distribución). En este sector se encuentra una lavadora industrial para lavar la ropa de las personas internas, una lavadora doméstica para lavar la ropa de las residentes que se encuentren en aislamiento y otra lavadora para la ropa del personal. También el espacio cuenta con dos secadoras. Cabe mencionar que el sector de lavandería se supervisa mediante una cámara de seguridad. Por otra parte, en el sector de bodega, se guardan los diferentes insumos recibidos por el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Se informa que lo último que enviaron fueron zapatos para las residentes.

Imagen N°22 y N°23. Sector de lavandería.

3.5. Privacidad, intimidad y confidencialidad. Seguridad ante emergencias

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

En materia de privacidad, se informa que las habitaciones no tienen cerrojos y que, en verano, suelen quedar abiertas las puertas por el calor. Al contrario, durante el invierno permanecen cerradas debido a las bajas temperaturas. En las entrevistas, se indica que las habitaciones no permiten resguardar la intimidad, dado que son compartidas. En los baños, la mayoría de los inodoros no tienen puertas, y en caso de tenerlas, no tienen pestillos. Si bien las duchas suelen usarse de forma individual, están disponibles para su uso colectivo y los lugares para vestirse son compartidos. Una persona interna refiere que puede vestirse y ducharse con autonomía, pero señala: *"quiero privacidad acá, porque a mí no me gusta que hurgueteen en mi vida"*. En otras entrevistas, las personas internas no consideran un problema vestirse frente a sus pares, debido a que *"son todas mujeres"*. En el sector de enfermería o policlínico se cuenta con algunos biombos para resguardar la privacidad en algunos procedimientos. Ahora bien, en este sector y en el sector de geriatría, se usan baños portátiles y se cambia la vestimenta sin privacidad, en la cama de las residentes.

Por otra parte, se informa que las residentes cuentan con armarios o casilleros cerrados para guardar sus pertenencias y ellas manejan las llaves, sin embargo, se reporta que no hay disponibles para todas las residentes de los sectores 1 y 2, por lo que algunas residentes transportan en bolsos o solicitan a monitoras que les guarden algunos objetos. Igualmente se observa que, en la mayoría de los dormitorios, las personas internas no cuentan con decoraciones en el entorno de sus camas, de este modo, la personalización de los espacios es limitada.

Respecto a la privacidad en las comunicaciones, en las entrevistas se reporta que no se supervisan las llamadas ni las visitas, solo se revisan las encomiendas y se monitorea la alimentación a distancia, cuando comparten comida con familiares por el riesgo de ahogamiento. Ahora bien, una persona interna refiere que no tiene privacidad con sus visitas, en especial si acude a verla su pareja.

En otro punto, se indica que se han confiscado 2 celulares a residentes por mal uso. Lo anterior, dado que llamaron insistentemente a aplicaciones para encargar comida, por lo que el personal resguarda dichos aparatos y los facilita a solicitud.

Se informa que el recinto cuenta con 25 cámaras de seguridad, con imagen a color y sin audio. Estas se encuentran en espacios comunes, no en baños, ni en la mayoría de los dormitorios -salvo en la unidad B del sector de enfermería, para monitorear el estado de salud y estar atentas/os frente a urgencias-.

En cuanto a la seguridad frente a emergencias, tienen un "Plan de evacuación y emergencia", cuyo objetivo general es "asegurar la integridad física de las pacientes y trabajadores de la Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete, ante una situación de emergencia"[12]. A su vez, el recinto posee un "Plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y agua potable" cuyos objetivos son "definir las acciones ante una interrupción inesperada del suministro de servicios básicos", "asignar personal técnico, capacitado para el manejo de la emergencia" y "programar y ejecutar el programa de mantenimiento preventivo de los equipos de emergencia en caso de corte de suministro de agua o energía Eléctrica"[13]. Del mismo modo, el establecimiento tiene un "Plan de prevención de incendios", cuyos objetivos son "realizar y ejecutar acciones de Prevención de Incendios en la Clínica Raquel Gaete" y "mantener en óptimo estado las áreas críticas donde se pueda ocasionar un incendio en las instalaciones de la clínica"[14].

En las entrevistas al personal, se señala que, en términos generales, los protocolos indicados son conocidos por residentes y funcionarias/os. Sin embargo, de las entrevistas a residentes, se constata que, si bien algunas manifestaban conocer las zonas de seguridad de la Clínica, otras no sabían qué hacer frente a catástrofes. En ello, se reporta que se realizan capacitaciones periódicas y simulacros en la materia, siendo la última en junio de 2025, donde se realizó una capacitación sobre el plan de emergencia y evacuación, dirigida a funcionarias/os del establecimiento, no así a residentes.

Sobre las medidas de evacuación, en las entrevistas se indica que las salidas de emergencia pueden abrirse fácilmente y se cuenta con sillas de ruedas disponibles para residentes con dificultades de desplazamiento. A su vez, se menciona que hay una persona encargada de la evacuación, que se pone un chaleco reflectante y entrega orientaciones para que las personas autovalentes la sigan. Luego acude a ayudar a las personas con dependencia leve o moderada. La dirección estaría a cargo de evaluar si se puede evacuar a las personas con dependencia severa. La zona de seguridad corresponde al patio del sector 1. En este lugar, también se disponen luces de emergencia ubicadas en la parte superior del marco de las puertas de los dormitorios. De igual forma, en este espacio, los timbres de emergencia (botón de pánico) se encuentran afuera de algunos dormitorios, al lado de las puertas.

Por otra parte, el recinto dispone de adecuadas señaléticas de emergencia, redes húmedas y extintores operativos, con mantenimientos al día. Ahora bien, las alarmas de incendios no se encuentran operativas. Finalmente, en las entrevistas se indica que las residentes no pueden tener encendedores ni fumar en las habitaciones.

Evaluación de la dimensión: insuficiente

En esta dimensión, se valora que la Clínica cuente con un amplio terreno, que hayan implementado mejoras sustanciales a la infraestructura desde su instalación, y que tengan un área permanente de

[12] Clínica psiquiátrica Raquel Gaete (2025). *Protocolo de plan de evacuación y emergencia*. p. 8.
[13] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2019). *Plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico y agua potable*. p. 4.
[14] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2019). *Plan de prevención de incendios*. p. 4

mantención, para solucionar desperfectos. También se destaca que las habitaciones sean amplias y cómodas, que contengan en los respaldos información general de cada residente, y que la alimentación sea de buena calidad y cantidad. Asimismo, se valora que las habitaciones y espacios comunes se encuentren limpios, que no haya plagas, y que se lave la ropa de cama y de vestir de forma diaria. Por último, resulta positivo que no supervisen visitas ni llamadas, y que cuenten con protocolos actualizados de emergencia y evacuación, conocidos por sus funcionarias/os.

En cuanto a infraestructura, aún se observan elementos por mejorar: pisos en mal estado y/o con desniveles -sobre todo en baños y sector de ropería-, dificultades con accesibilidad universal -principalmente en ingresos a piezas y baños-, filtraciones, humedad en paredes, además de limitados espacios de recreación y mobiliario. Asimismo, en las habitaciones, se considera preocupante la presencia de camas en mal estado, la falta de algunos catres clínicos o colchones antiescaras en geriatría y policlínico, ventanas sin cortinas y dormitorios sin decoraciones propias, así como también, la ausencia de veladores o lockers para algunas residentes. Por otra parte, resulta problemático implementar medidas restrictivas para todas las residentes, como la prohibición del consumo de ciertos alimentos, sin individualizar las necesidades a partir de evaluaciones fonoaudiológicas. Preocupan también los limitados y desiguales sistemas de calefacción, y que puedan fumar en espacios cerrados. Respecto a los servicios higiénicos, se requiere reparar los desniveles en el piso, colocar cintas antideslizantes para evitar riesgo de caídas, reparar los inodoros y lavamanos en mal estado, instalar basureros y mejorar su higiene. Del mismo modo, se considera preocupante que las personas internas no tengan acceso continuo y en suficiente cantidad a papel higiénico. A su vez, en términos de privacidad, un aspecto grave es que la mayoría de los inodoros no tienen puertas y que se encuentre naturalizado el uso de baños portátiles y cambio de vestimenta en las habitaciones, sin usar biombos. Igualmente, se considera preocupante que la ropa de vestir, especialmente la ropa interior, no se encuentre debidamente individualizada. Por último, urge dar a conocer de forma periódica los protocolos de emergencia y evacuación a las residentes.

4. Salud

La CDPD, señala en Salud (art. 25): *"que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Parte adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud".*

4.1. Acceso a prestaciones y tratamientos de salud

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

En cuanto a las prestaciones y tratamientos de salud en el establecimiento, se informa que en la Clínica no se llevan a cabo procedimientos de salud complejos, solo curaciones simples, toma de indicadores generales de salud (control de peso y signos vitales), así como la entrega de medicamentos orales y endovenosos prescritos por médicos. De este modo, se indica que el recinto se dedica principalmente al manejo de condiciones de salud mental y la mayoría de las condiciones de salud física se abordan en colaboración con la red asistencial. Al respecto, el personal de salud del sector de enfermería o policlínico apoya en el control periódico de enfermedades crónicas. A su vez, se informa que se gestionan de forma periódica visitas domiciliarias y controles por parte de profesionales de salud del CESFAM Padre Manuel

Villaseca, CRS Cordillera y Hospital Sótero del Río. También se programan operativos dentales por parte del CESFAM y la Clínica cuenta con box dental para realizar estas atenciones.

En relación con el mecanismo para recibir atención de salud, en las entrevistas las personas internas refieren que cuando se sienten enfermas se lo informan a la monitora y son derivadas al policlínico para ser evaluadas. Sobre este punto, relatan que la monitora habitualmente responde *"le vamos a avisar al médico"*, pero *"el médico no llega nunca"*. También aparece que en ocasiones las personas internas manifiestan el deseo de quedarse acostadas en cama por alguna condición de salud física (por ejemplo, resfríos) y no se lo permiten. Respecto a otras prestaciones en el establecimiento, las personas internas refieren que, en ocasiones, reciben atención de kinesiología y también mencionan a la terapeuta ocupacional que realiza actividades en su sala.

Todas las residentes cuentan con una ficha clínica individual, las que se guardan en estantes con llave en una sala. En estos muebles se colocaron carteles que indican que no se pueden sacar sin antes solicitarlas a la/el TENS responsable de retirarlas y archivarlas. A su vez, las solicitudes deben registrarse en un cuaderno dispuesto para ello. En particular, las fichas clínicas están identificadas con una fotografía de la residente, junto a su nombre completo, RUT y número de ficha (el mismo del RUT). Al igual que en los dormitorios, se destaca el riesgo de caída de cada residente con los colores del semáforo (rojo-alto; amarillo-medio; verde-bajo). Cabe mencionar que una cámara de seguridad se dispone fuera de esta oficina, justo arriba de la puerta de ingreso al archivo.

Respecto al contenido de las fichas, presentan un registro detallado de las acciones de salud y se actualizan de manera periódica por parte del personal, incluyendo el área de medicina general, psiquiátrica, kinesiológica, nutricional y de rehabilitación (terapia ocupacional). Específicamente, la/el psiquiatra registra las atenciones y modificación de medicamentos. En términos generales, cuentan con los siguientes apartados: 1) Medicamentos; 2) Datos de ingreso, tales como ficha clínica psiquiátrica, actualización de diagnóstico psiquiátrico firmado por psiquiatra tratante, autorización de contención física y farmacológica SOS, entre otros datos; 3) Consentimiento informado para pacientes con clozapina; 4) Registros clínicos (médicos, enfermería, nutricionista, kinesiología), hay registros de caídas, registros de signos vitales, PA y HGT, hojas de derivación, hojas de atención de enfermería con registros de signos vitales y evolución de TENS, ingresos de enfermería, IC de otros centros, epicrisis, control de atención en otros centros, entre otros; 5) Exámenes, que incluye recetas de medicamentos indicados en otros centros (prescripciones crónicas activas); 6) Pautas de evaluaciones varias: escala de Berg, escala SAD PERSONS, entre otras; 7) Registros de contención física, pauta de supervisión de instalación y retiro de contención física, pauta de evaluación para pacientes con contención física, formulario único valoración de salud (para la escuela); 8) Servicio social: informes, entre otros documentos; 9) Recetas de psicotrópicos; 10) Varios: IC, hojas de exámenes pendientes por realizar, entre otros. Un aspecto a destacar de las fichas clínicas es que se observan ordenadas y actualizadas, tienen una organización y distintivos visuales de fácil acceso para identificar niveles de dependencia y necesidades de salud específicas de cada persona interna, así como de los fármacos habituales y uso de SOS en caso de descompensación.

En la Clínica, se informa que no se realizan planes de intervención integrales de forma individual, sino que cada profesional -medicina general, psiquiatría, kinesiología, nutrición y terapia ocupacional- en la Clínica evalúa y propone acciones a realizar, las que se revisan cada 6 meses. Además, cada profesional en el mes de abril elabora un programa de trabajo, en formato grupal y de forma sectorial, para su implementación en la Clínica. Para ello, se revisa el programa del año anterior y se lleva a cabo una reprogramación para el año próximo. A su vez, en el mes de octubre se vuelve a revisar la implementación de este programa. Sobre este punto, las personas internas entrevistadas desconocen si cuentan con un plan integral e individualizado de recuperación. En cuanto al tratamiento, cabe destacar que, en el marco

de la visita, se registra una amplia polimedicación de las personas internas, al constatar que la mayoría de las residentes recibe tres clases de psicofármacos y más de un tipo de neuroléptico (antipsicótico).

Durante la visita, se informa que se realizan reuniones semanales de equipo -miércoles am- con participación de médico general, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, TENS y monitoras. En estas instancias, si bien no asiste psiquiatra, se revisan los programas de trabajo y se analizan casos individuales. Tampoco participan las personas internas, sin embargo, las monitoras presentan los requerimientos de las residentes y se les explica si los programas de trabajo experimentan cambios. Del mismo modo, también realizan reuniones del consejo técnico y administrativo de la Clínica en torno a temáticas relacionadas con la organización del establecimiento.

Con relación a las prestaciones de salud exteriores a la Clínica, se menciona que, dependiendo de los requerimientos, se realiza derivación a la red asistencial de salud. De este modo, se informa que los controles periódicos se realizan en el CESFAM Padre Manuel Villaseca. En cuanto a exámenes y procedimientos de especialidad, se realizan traslados programados al CRS Cordillera u Hospital Sótero del Río, según necesidad. Entre los exámenes más regulares se encuentran la realización de hemogramas debido al consumo de clozapina.

Para atención de urgencia se solicita traslado a los centros de salud por medio de ambulancias comunales o SAMU, con las habituales demoras relacionadas con estos servicios, ya que en ocasiones las personas mayores del recinto *"no son prioridad"*. En los traslados, se informa que siempre acude una/un funcionaria/o como acompañante y se cuenta con una ficha de derivación, con información de salud necesaria para orientar a las/os profesionales de la red de salud externa.

En el ámbito de atención de salud mental, en ocasiones, el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak funciona como red de derivación para personas internas con mayor nivel de complejidad o que requieren reevaluación por motivos psiquiátricos.

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

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

Sobre la dotación del personal de la Clínica, esta información se detalla en la tabla N°7.

Tabla N°7. Dotación del personal según número, jornada y sistema de turno

Cargo	Número	Jornada	Sistema turno
Médicas/os psiquiatras	2	Mañana	2 veces al mes
Médicas/os generales	1	Mañana	De martes a jueves
Psicólogos/as	0		
Cuidadores/as	34	Dos días trabajo por dos días descanso	Rotativo
Monitoras de sector	6	Dos días trabajo por dos días descanso	Rotativo
TENS	10	24 horas x 3 libres	Rotativo
Enfermeras/os	2	Lunes a viernes	
Enfermera/o	1	Fines de semana y festivos	
Kinesióloga/o	1	Lunes a viernes	
Trabajador/a social	0		
Terapeuta Ocupacional	1	Lunes, miércoles y jueves de 08:30 -18:00	

Fonoaudióloga/o	0		
Nutricionista	1	Lunes a viernes	
Manipulador/a de alimentos	5	Dos días de trabajo por dos días de descanso	Rotativo
Auxiliar de aseo	8	Dos días de trabajo por dos días de descanso	Rotativo
Auxiliar de lavandería	2	Dos días de trabajo por dos días de descanso	Rotativo
Auxiliar de ropería	1	Lunes a viernes	
Auxiliar de farmacia	1	Lunes a viernes	

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de la Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (junio, 2025).

De conformidad con la información aportada, se cumple con la dotación de personal requerida como mínima en el convenio vigente por parte de la Clínica con el Instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. No obstante, en las entrevistas aparece que hacen falta profesionales específicos del área psicosocial, por ejemplo, trabajador/a social para la tramitación de documentos, obtención de beneficios sociales y vinculación con las redes de apoyo, labores que han sido suplidas por otras/os funcionarias/os del recinto. Del mismo modo, se considera necesario contratar más talleristas, para la realización de actividades de rehabilitación y recreativas, psicóloga/o para ejecutar atenciones individuales, y otra/o terapeuta ocupacional con un enfoque de intervención en las personas menos autovalentes, que realice atención en los dormitorios. Por último, se informa que se contrata a fonoaudióloga/o en modalidad a honorarios según necesidad, sin embargo, se requiere un profesional del área para que realice evaluaciones permanentes, que permita ajustar los planes de alimentación de forma periódica y ayudar en la rehabilitación de aquellas residentes que presenten trastornos de deglución.

En cuanto al personal de cuidado directo, se menciona que la Clínica cuenta con TENS las 24 horas. A su vez, las cuidadoras están dedicadas principalmente a labores de aseo y confort, además de acompañar a las personas internas a sus atenciones de salud en la red asistencial. También se menciona la figura de "varones" (auxiliares de servicio) que participan en las labores de cuidado que requieren mayor fuerza física (por ejemplo, el traslado o cambios de posición de las personas internas), mientras que las cuidadoras mujeres se dedican a labores de asistencia en el baño, cambio de pañales, alimentación, entre otras. Por otra parte, las monitoras están a cargo de coordinar las labores de cuidado en cada sector de la Clínica. Ahora bien, cabe mencionar que, al momento de la visita, en el sector de geriatría debería haber 8 cuidadoras durante el día, sin embargo, se constata la presencia de solo 4 cuidadoras y luego quedaron 3 disponibles, ya que 1 tuvo que acompañar un traslado a recinto asistencial. Lo anterior, sería frecuente, dado que presentan altas prevalencias de licencias médicas entre el personal -solo el año pasado (2024), refieren haber tenido 128-.

Otras prestaciones que se otorgan en la Clínica son servicios de podología, peluquería y manicura, que son financiados por las personas internas con los dineros otorgados de sus pensiones para libre disposición. Para ello, se señala que 2 o 3 veces al mes se reúne un grupo de personas y reciben estos servicios en el recinto.

4.3. Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos

Estándares evaluados: (1) El establecimiento dispone de la medicación adecuada o es posible recetarla; (2) Se dispone de un suministro constante de medicamentos esenciales, en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de las personas; (3) El tipo y la dosis de los medicamentos utilizados son siempre apropiados para los diagnósticos clínicos de las personas y se revisan con regularidad.

En el marco de la visita, se constata que las dependencias del sector de enfermería o policlínico cuentan con un área limpia y área sucia separadas por una pequeña "mampara" de vidrio/plástico. A su vez, cuentan con un contenedor para elementos cortopunzantes, así como un gabinete para guardar el "material limpio" y otro para el "material estéril". En general, los diversos materiales, se encuentran ordenados, separados y guardados en cajas. También se dispone de un desfibrilador cardíaco. Ahora bien, el personal menciona que, en ocasiones, no disponen de insumos suficientes para realizar curaciones.

Por otra parte, la Clínica cuenta con una sala de kinesiología, cuyo espacio es amplio y accesible para las residentes usuarias de silla de ruedas, ya que tiene una pequeña rampa en la entrada. Igualmente, cuenta con camillas de examen y diversos implementos de rehabilitación física, tales como mancuernas, cuerdas y una paralela con pasamanos y sin rampa. Cabe mencionar que las sillas de ruedas para uso de las personas internas también se almacenan en este lugar.

Imágenes N°24 y N°25. Sala de kinesiología.

La Clínica también dispone de una sala de atención dental, lugar que es amplio y se encuentra limpio. Además, cuenta con mobiliario clínico dental, tales como sillón dental y lámpara de unidad dental, y dispone de un área limpia y un área sucia, así como de aire acondicionado. Ahora bien, al momento de la visita se constata que la sala dental también se utiliza como bodega para el almacenamiento de elementos de protección personal (EPP), tales como guantes, pecheras, gafas, mascarillas, dado que se utiliza aproximadamente 3 veces al año, cuando acude la/el odontóloga/o del CESFAM a realizar los procedimientos dentales.

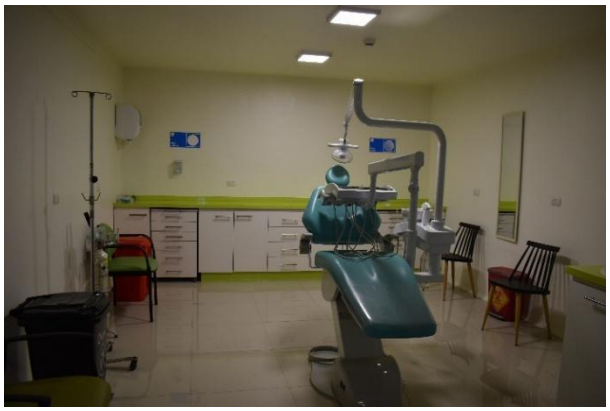

Imagen N°26. Sala de atención dental.

En cuanto a los medicamentos, la Clínica cuenta con una sala denominada "Botiquín de farmacia", donde se guardan y preparan los medicamentos. En este lugar, trabaja una/un TENS de farmacia de lunes a viernes. Los medicamentos de las personas internas se guardan en pequeños contenedores circulares. Cada contenedor circular se encuentra individualizado por residente y con los diversos fármacos que toman, junto con sus dosis. Estos, a su vez, se colocan en bandejas distribuidas por sector y por horario de entrega de medicamentos. Para el caso de los fines de semana o feriados, la/el funcionaria/o del botiquín de farmacia los deja preparados el día hábil anterior, para que luego se entreguen.

Imágenes N°27 y N°28. Botiquín de farmacia.

Se constata que en una caja plástica se guardan diversos insumos clínicos, tales como guantes estériles, vías, jeringas, etc., junto con medicamentos tales como paracetamol, ibuprofeno, omeprazol, gotas oftalmológicas, entre otros. En estantes bajo llave, que maneja la/el funcionaria/o del botiquín de farmacia, se encuentran los medicamentos psicotrópicos como el clonazepam, lorazepam, fenobarbital, quetiapina, olanzapina, clozapina, diazepam, risperidona y paliperidona. En otro estante se guardan medicamentos no psiquiátricos, tales como ácido mefenámico, amoxicilina, domperidona, ibuprofeno, etc. En las cajas de todos los medicamentos se coloca la fecha de vencimiento. A su vez, para mantener el orden, en los diversos espacios de los estantes se registra el nombre y el gramaje del medicamento que debe guardarse ahí (por ejemplo, "paracetamol 500mg"). Por último, los medicamentos que necesitan refrigeración, tales como las insulinas o lorazepam inyectable, se encuentran en un pequeño refrigerador. Cabe mencionar que la sala de botiquín de farmacia cuenta con alarma.

Imágenes N°29 y N°30. Medicamentos psiquiátricos en botiquín de farmacia.

En el marco de la visita, se informa que los medicamentos son prescritos y revisados por médicas/os, actualizando el esquema y la ficha clínica cada 3 meses, o antes según necesidad. Los medicamentos se entregan 2 o 3 veces al día, según la indicación, siendo la última dosis a las 21:00. Como se ha indicado, son preparados por TENS de farmacia, quien también está dedicada a realizar la solicitud de compras de stock, revisar recetas y organizar bandejas de entrega. La Clínica cuenta con los medicamentos adecuados y en cantidades suficientes. La administración de los medicamentos vía oral está a cargo de TENS. Al respecto, la Clínica cuenta con un "Protocolo de administración de medicamentos por vía oral" que tiene por objetivo "Estandarizar el procedimiento de administración oral de medicamentos, unificando criterios orientados a la mejora continua y a la prevención de eventos adversos relacionados con este procedimiento"[15]. La enfermera supervisa el procedimiento de administración de fármacos y está a cargo de la administración de medicamentos por vías parenterales. Sobre este punto, la Clínica cuenta con un "Protocolo de administración de medicamentos por vía endovenosa", cuyo objetivo general es "estandarizar el procedimiento de administración de medicamentos, unificando criterios tanto de procedimiento como de supervisión de estas prácticas, orientadas a la mejora continua y a la prevención de eventos adversos relacionados con este procedimiento"[16]. Al respecto, en la revisión de registros de enfermería se consigna la administración habitual de flufenazina (modecate) a mujeres internas.

Es importante destacar que la Clínica cuenta con un "Protocolo de prevención de error de medicamentos" cuyo objetivo es "prevenir errores en la administración de medicamentos"[17]. Sobre este punto, en las entrevistas se señala que si ocurre algún error en la administración oral, se informa a la enfermera de turno y se reporta como evento centinela (EC). Si bien se indica que cuidadoras/es no pueden administrar medicamentos, se obtiene información que, en ocasiones, se incluye a las/os cuidadoras/es en estas tareas, según disponibilidad y/o necesidad.

Por último, en cuanto a otros requerimientos de salud de las personas internas, como tomarse algún examen particular o comprar reforzadores (Ensure), la enfermera emite un certificado y se solicitan los recursos al Instituto Psiquiátrico para una autorización de gasto por fondos de pensiones.

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

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

En el marco de la visita, se informa que se realizan exámenes de salud física al ingreso y, en general, se repiten de manera anual, en el CESFAM. A su vez, el personal de salud realiza control de signos vitales, peso y talla habitualmente en el sector de enfermería o policlínico, así como también, brinda asesoramiento a residentes, en caso de tener consultas o dudas respecto a su salud mental, cognitiva, funcional o sexual. Por otra parte, el CESFAM realiza operativos de vacunación en la Clínica, gestiona la toma de PAP (Prueba de Papanicolau) y mamografía portátil. Ahora bien, en términos generales, se informa que no se realizan actividades de promoción y educación en salud destinadas a las personas internas en el recinto.

[15] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2019). *Protocolo de administración de medicamentos por vía oral* (p. 4).
[16] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2019). *Protocolo de administración de medicamentos por vía endovenosa* (p. 4).
[17] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2019). *Protocolo de prevención de error de medicamentos* (p. 4).

En materia de salud sexual y reproductiva, el personal reporta que se agendan atenciones con matrona en CESFAM. A su vez, se entregan medicamentos anticonceptivos para quienes lo requieren, aunque se informa que la mayoría de las mujeres llegaron a la Clínica con esterilización o dispositivos intrauterinos. Un aspecto preocupante refiere a que, en la revisión de registros, se constata que a las mujeres internas que se encuentran con su ciclo menstrual *"se le asiste con pañal",* recibiendo insumos que no fueron diseñados para gestionar la menstruación. Por último, se informa que cuando han tenido fugas, por protocolo se realiza test de embarazo, pruebas de VIH (Virus de inmunodeficiencia humana) y VDRL (Prueba serológica para la sífilis) a su retorno.

Evaluación de la dimensión: parcial

Se valora que el equipo de salud del recinto gestione de forma oportuna las derivaciones y traslados a la red asistencial de salud, así como que favorezca que se lleven a cabo prestaciones por parte de la red de salud en la propia Clínica. A su vez, se destaca que el establecimiento cuente con un equipo interdisciplinario y que realicen reuniones periódicas de revisión de casos complejos y los planes de trabajo sectoriales. Se valora también que cada residente cuente con una ficha clínica individual, ordenada y actualizada, y que se encuentre en un lugar seguro. Igualmente, se destaca que la clínica tenga dependencias adecuadas para atenciones de enfermería, kinesiología y dentales. Además, que cuente con un botiquín de farmacia para el almacenamiento de los medicamentos, los que son recetados por médicas/os y se disponen en cantidades suficientes, así como con protocolos de administración. Finalmente, se valora que el equipo de salud favorezca la realización de exámenes preventivos y controles de salud de forma periódica.

En cuanto a aspectos que se pueden mejorar, cabe mencionar la capacidad de proporcionar acceso oportuno a atención médica en la propia Clínica, permitir a residentes enfermas quedarse en cama, así como iniciar acciones para garantizar el proceso de elaboración y revisión de planes integrales e individuales de recuperación. A su vez, se considera una brecha a saldar la contratación de profesionales para fortalecer las áreas de intervención psicosocial y de rehabilitación. Igualmente, se observan limitaciones para mantener el número de cuidadoras para las labores de atención directa, debido a la alta cantidad de licencias médicas. Por otra parte, se observan barreras para la implementación de acciones de prevención y educación en salud. Finalmente, un aspecto preocupante refiere a la falta de productos de higiene menstrual adecuados y de insumos para realizar curaciones, y la polifarmacia observada en algunas residentes.

5. Medidas de protección

El artículo 12 de la CDPD, sobre el igual reconocimiento como persona ante la ley, refiere que:
"Los Estados Parte asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial".
En la misma línea, en la Convención se reconoce el acceso a la justicia (art. 13) y la libertad y seguridad de las personas (art. 14).

5.1. Acceso a información

Estándares evaluados: (1) Se entrega a las personas información clara y completa sobre la evaluación, diagnóstico, opciones de tratamiento y "recuperación" en una forma que entiendan y que les permita tomar decisiones libres e informadas; (2) Se proporciona información clara y completa sobre los derechos de las personas en forma escrita y verbal; (3) A las personas

que reciban tratamiento sin su consentimiento informado, se les informa acerca de los procedimientos para apelar sobre su tratamiento; (4) Las personas tienen acceso a la información contenida en sus fichas médicas; (5) Las personas están informadas sobre las opciones de tratamiento que son posibles alternativas a la medicación o podrían complementarla, tales como la psicoterapia; (6) Las personas están informadas sobre el propósito de los medicamentos que se ofrecen y sus potenciales efectos secundarios.

Con relación a la información sobre las normas, en las entrevistas a funcionarias/os se menciona que al momento del ingreso se realiza una reunión con las personas internas donde se le comunican las reglas del recinto, también se presenta al personal y los distintos lugares del establecimiento. Sobre este punto, la Clínica cuenta con un "Reglamento interno del establecimiento para residentes"[18] que regula la designación de sector, las rutinas diarias establecidas al interior y exterior del establecimiento, y rutinas en atenciones de salud. En las entrevistas, las personas internas refieren que las principales normas del recinto son no pelear con las compañeras o faltar el respeto a las cuidadoras.

En cuanto a la información sobre derechos, en las entrevistas el personal reporta que se les comunica a las personas internas sus deberes y derechos por medios verbales a través de charlas y también de forma visual, por medio de letreros con información sobre las normativas que regulan la atención de salud. En las entrevistas, una de las personas internas refiere que al ingreso le informaron sobre su derecho a recibir atención de salud y participar de la oferta programática del centro: *"Me dijeron sobre mis derechos si necesitaba atención médica podía hablar con el doctor si había alguna actividad que haga falta, eso no mas no me acuerdo, se me olvida"*. Sin embargo, en las demás entrevistas, las personas internas refieren desconocer sus derechos y no haber recibido información al respecto.

Imágenes N°31 y N°32. Carteles sobre Ley N°20.584 y Ley N°21.331.

Respecto a la entrega de información relacionada al diagnóstico y tratamiento, las/os funcionarias/os refieren que se le proporciona información a la persona interna según sea su "estado mental", especialmente el personal médico para firmar sus consentimientos, ya que refieren que *"algunas son capaces de entender esa información, otras no, pero se intenta siempre explicar"*. Señalan, a modo de ejemplo, que las personas internas que se encuentran en el patio 1, en general conocen los propósitos de los medicamentos y eventuales efectos adversos. No obstante, en las entrevistas realizadas en este sector, se constata que hay un amplio desconocimiento respecto al tratamiento farmacológico y los mecanismos de acción de los medicamentos, ya que no recuerdan si han sido informadas al respecto y simplemente se los toman. Sobre este punto, una persona interna refiere *"tomo remedios, pero no sé por qué me dan*". Por otra parte, en las entrevistas se menciona que no se entrega información respecto a alternativas a la medicación o terapias complementarias.

[18] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (s/f). *Reglamento interno del establecimiento para residentes*.

Con relación al acceso a fichas clínicas, en las entrevistas al personal se informa que solo pueden acceder a ellas el equipo profesional y el personal de salud, no las/os cuidadoras/es o monitoras/es. Del mismo modo, pueden acceder a esta documentación profesionales vinculadas/os al convenio con el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y terceras personas por orden judicial. A su vez, señalan que las personas internas no solicitan acceso a sus fichas, sin embargo, eventualmente, si lo hicieran, se podría evaluar y establecer un protocolo para ello, ya que es su derecho. Por su parte, algunas personas internas refieren que podrían acceder a su ficha clínica si la solicitaran en el sector de enfermería o policlínico, mientras que otras, no saben si cuentan con dicho acceso.

5.2. Mecanismos de solicitudes y de quejas

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

El establecimiento cuenta con un "Protocolo de gestión de reclamos, sugerencias y felicitaciones" cuyo propósito es "establecer un mecanismo confiable, objetivo, rápido y expedito que brinde a los usuarios de la Clínica Raquel Gaete, una instancia de registro de los reclamos, sugerencias, felicitaciones o agradecimientos relacionados con distintos ámbitos relativos a la atención proporcionada, facilitando con ello el mejoramiento continuo de los procesos"[19].

En el marco de la visita, se informa que la Clínica cuenta con dos libros de reclamos y sugerencias, uno disponible en el policlínico y otro en la oficina administrativa. Se señala que las personas internas pueden escribir directamente en el libro, o puede escribir una persona de confianza en su representación (otra persona interna, funcionaria/o u familiar). Del mismo modo, se reporta que también se reciben reclamos verbales de forma directa, realizados por las propias residentes al personal del recinto, incluyendo al equipo de dirección. Sin embargo, estos mecanismos no son confidenciales, ni se derivan a un organismo externo. En ello, algunas/os miembros del personal mencionan que tanto residentes como funcionarias/os pueden acudir a CONAPREM/COREPREM para realizar una denuncia, solicitud o queja, lo que debería ser conocido por todas/os, dado que las/os habrían capacitado en esta materia recientemente, e incluso existen carteles en el centro con dicha información.

Al respecto, las residentes señalan que, ante alguna situación de vulneración de derechos o quejas, recurren a las/os funcionarias/os con las/os que sienten mayor cercanía, o a la oficina administrativa, donde si bien se sienten escuchadas, desconocen qué efectos tienen sus reclamos. Por último, preocupan al CPT los relatos de algunas personas internas, quienes mencionan que cuando tienen que realizar alguna solicitud o queja *"siempre salgo para atrás, prefiero quedarme callada"*. De este modo, se constata una falta de confianza en el personal, en la medida que se sienten expuestas ante los reclamos. Esta condición de desamparo se profundiza en algunos relatos, donde por ejemplo, una persona interna señala que no puede hacer reclamos ya que *"no tengo teléfono, no tengo nada"*.

5.3. Acceso a la justicia

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

[19] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2025). *Protocolo de gestión de reclamos, sugerencias y felicitaciones*.

defensoras/es, para ser informadas de sus derechos, discutir los problemas y ser apoyadas en el ejercicio de sus derechos humanos y la presentación de apelaciones y quejas; (4) Se toman las medidas disciplinarias y legales contra cualquier persona que cometa actos de maltrato o vulneración de derechos; (5) La institución apoya a las personas que han sido víctimas de abuso, para que puedan acceder a la ayuda que requieran (apoyo médico y/o psicológico, etc.).

Entrevistadas/os refieren que, ante alguna situación de malos tratos, se debe informar a la enfermera, quien es el puente con dirección. Sin embargo, desconocen los mecanismos para realizar denuncias, ya que se limitan a mencionar *"hay que avisar adelante"*. Posteriormente, y dependiendo de la naturaleza y/o gravedad de los hechos relatados, el equipo directivo puede implementar diversas acciones: realizar una investigación interna a cargo de la administración, o de ser grave, puede contratarse a una/un profesional externa/o, para realizar un proceso más objetivo. Se señala que, dependiendo del resultado o de la severidad, se realiza una denuncia penal, además de la desvinculación laboral. En ello, preocupa al CPT que algunas/os entrevistadas/os relativicen y/o cuestionen los relatos de vulneración de derechos presentados por las residentes, por la condición de salud mental que presentan.

Por otra parte, en algunas entrevistas se menciona que cuando residentes han acusado malos tratos verbales o formas más *"bruscas"* de trato, el equipo directivo ha optado, en ocasiones, por cambiar de sector a la/el funcionaria/o al sector de cocina o ropería, ya que no tienen trato directo con residentes, sin realizar otras acciones. A su vez, se informa que cuando las personas internas se han visto afectadas, la/el terapeuta ocupacional, enfermera/o o la/el funcionaria/o de mayor confianza sería la/el encargada/o de brindarle contención.

Al respecto, el establecimiento reporta que el año 2021 instruyó 4 sumarios por maltrato físico y 2 por maltrato psicológico. El año 2022 se llevaron a cabo 4 sumarios por maltrato psicológico y 1 por maltrato físico. Finalmente, el año 2023 se instruyeron 2 sumarios por maltrato psicológico y 2 por maltrato físico. Con todos ellos, se informa que se tomaron medidas disciplinarias, aunque no se especifica cuáles fueron. En específico, se indica que solo en un caso el año 2023 se realizó denuncia penal por maltrato psicológico, demostrando que no todos los hechos que pueden ser constitutivos de delitos se informan a una autoridad legal.

Por último, en caso de que alguna residente requiera apoyo legal, para apelar a su internación por ejemplo. se da aviso al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, específicamente al Jefe de Larga Estadía, o al Comité de Ética de la misma institución, o a la CONAPREM/COREPREM, para apelar sobre sus derechos.

5.4. Egreso y apoyo post egreso

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

En cuanto a los mecanismos de egreso del recinto, en el "Protocolo de ingreso y egreso y alta médica de residentes" se mencionan tres causales de egreso[20]: i) egreso por decisión propia de la usuaria, que contempla la evolución y recomendación del psiquiatra tratante y del equipo clínico, solicitando al administrador del contrato del Instituto psiquiátrico las medidas para su autorización; ii) egreso por fallecimiento, indicando que se debe cumplir con el protocolo intersectorial de personas en custodia del Estado y iii) egreso por fugas, indicando la aplicación del protocolo de fugas.

[20] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2023). *Protocolo de ingresos y egresos y alta médica de residentes* (p. 8).

En relación con la primera causal de egreso, esta sería poco frecuente, ya que se necesitan redes de apoyo efectivas, lo que sucede en la minoría de los casos, por lo que "*las personas ingresan y fallecen acá*". De ocurrir, generalmente es porque las residentes son trasladadas a hogares protegidos, y en la mayoría de los casos vuelven a la Clínica, lo que se atribuye a su nivel de dependencia, ya que requieren cuidados más permanentes que los que se ofrecen en la mencionada alternativa residencial.

En ello, la información que manejan las personas internas es desigual. Por una parte, algunas han sido informadas de las opciones de egresar a hogares protegidos, otorgándoles la posibilidad de decidir al respecto, mientras otras residentes mencionan no conocer cómo egresar, ni las alternativas que existen fuera de la Clínica. En específico, una persona interna entrevistada señala: *"Cada día estoy peor, necesito tantas cosas que están afuera [...] Quisiera ir a mi casa, si yo tengo una casa buena"*. Luego refiere que el personal le ha dicho que no se puede ir si no viene alguien a buscarla. Más adelante afirma *"no puedo salir", "no me dejan", "es un castigo"*.

Respecto al procedimiento de egresos por decisión propia, se reporta que la Clínica realiza la postulación al Instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, previa autorización de médica/o psiquiatra, y corresponde al establecimiento hospitalario finalmente decidir si el egreso se hace efectivo. No han observado que se prohíba el egreso por motivos arbitrarios, tales como etnia, religión, u opinión política, solo casos donde no se encuentra adecuadamente compensada la condición de salud mental, o no se dispone de redes de cuidado. Por otra parte, según el personal entrevistado, el establecimiento realiza esfuerzos permanentes para que puedan concretarse, a través de instancias de revinculación familiar, de actividades educativas -como la asistencia a la escuela-, o laborales, sin embargo, respecto a estas últimas, no han tenido buena acogida por parte de la comunidad, ya que no han podido conseguirle empleo a las personas que se encontraban en fase de egreso, por la negativa de los propios comercios aledaños donde lo han solicitado. Finalmente, de concretarse el egreso, no se mantiene contacto con las personas internas una vez que salen del establecimiento.

Con relación a la segunda causal de egreso, se menciona que es habitual que fallezcan residentes en el centro, debido a que la mayoría de las mujeres internas son personas mayores. Se indica que fallecen sobre todo en invierno, por causas respiratorias. Sobre este punto, la Clínica informa que el año 2024 se llevaron a cabo 8 egresos por fallecimientos, con un promedio de edad de las personas fallecidas de 78 años. En el año 2025, hasta el momento de la visita, se reportan 6 fallecimientos. Entre las principales causas, se indican cuadros de neumonía. En cuanto al procedimiento, informan que dan aviso inmediato -en menos de 24 horas- a familiares, al Instituto Psiquiátrico, al Ministerio Público y Carabineros de Chile, según lo acordado en el protocolo intersectorial de fallecimiento de personas al cuidado del Estado.

Finalmente, respecto a la tercera causal de egreso, en las entrevistas al personal se reporta que en los últimos 10 años han tenido 2 fugas de residentes. Se señala que las 2 personas internas volvieron al centro, una por cuenta propia y la otra por actuar de carabineros.

5.5. Medidas de Prevención. Supervisión independiente

Estándares evaluados: (1) Se han adoptado medidas apropiadas para prevenir todas las formas de maltrato; (2) Estas medidas han sido difundidas al personal, residentes y autoridades; (3) La institución ha dispuesto los recursos necesarios; (4) Existen instancias de evaluación de la efectividad de las medidas adoptadas. (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.

Respecto a las medidas de prevención de malos tratos y/o tortura, se informa que la Clínica cuenta con protocolos que regulan actuaciones en entornos psiquiátricos. Al respecto, se menciona el "Protocolo de

contención física en pacientes con agitación psicomotora", cuyo objetivo es "contar con un protocolo que permita unificar criterios para la contención física en pacientes con agitación psicomotora, así como evitar eventos adversos asociados a su utilización"[21]. En esta línea, el documento contiene una pauta de evaluación para pacientes con contención física y una pauta de supervisión de instalación y retiro de dicho procedimiento.

Además, entrevistadas/os señalan que se han llevado a cabo diversas capacitaciones en temáticas relacionadas. Al respecto, se obtiene información que se realizaron tres versiones de una capacitación sobre prevención de caídas, error de medicación, contención física y código azul en mayo del 2025. Por otra parte, en el programa de capacitaciones 2025, específicamente en el mes de julio, se contempla la realización de una charla presencial por la/el terapeuta ocupacional del centro, en torno a la ley de derechos y deberes del paciente con el objetivo de "garantizar un trato digno al residente" [22].

En cuanto a los mecanismos de supervisión, se informa que han sido visitados por la COREPREM -particularmente en el contexto de acreditación, cada 3 años aproximadamente- y por el INDH. En esta línea, se observan carteles alusivos a la COREPREM en el recinto, como se puede apreciar en la imagen N°26. Del mismo modo, el Instituto Psiquiátrico realiza visitas frecuentes y regulares. No obstante, las personas internas entrevistadas desconocen si acuden organismos externos a supervisar a la Clínica.

Evaluación de la dimensión: insuficiente

Se valora que las personas sean informadas a su ingreso de las reglas del establecimiento y que se cuente con un reglamento interno en la materia. A su vez, se aprecia que la Clínica apoye a las residentes a contactar a personas que las orienten respecto a sus derechos y necesidades, así como a favorecer la revinculación familiar y la inserción laboral. También, se destaca que cuente con protocolos actualizados, orientados a regular actuaciones en el ámbito de la atención psiquiátrica, y que se realicen capacitaciones periódicas al personal para la aplicación adecuada de estos procedimientos.

Como aspectos a mejorar en el recinto, cabe mencionar la necesidad de reforzar el acceso a información continua y por diversos medios -verbales y escritos- sobre los derechos, diagnósticos, tratamientos, alternativas al manejo farmacológico y terapias complementarias, registrando dichas instancias de forma adecuada en las fichas clínicas. Del mismo modo, se requiere garantizar condiciones para el acceso a la ficha clínica por parte de las residentes. Por otra parte, amerita mejorar los mecanismos de denuncias, quejas y solicitudes, en conformidad a principios de confidencialidad, independencia y resguardo frente a posibles represalias, y que estos sean conocidos por funcionarias/os y las personas internas. A su vez, se requiere garantizar que todo posible hecho de vulneración de derechos sea denunciado penalmente, independiente del resultado de la investigación de carácter administrativa. Finalmente, un aspecto preocupante refiere a las barreras para el egreso de las personas internas y la prolongación indefinida de la hospitalización por motivos sociales, tales como falta de apoyo social y/o falta de recursos económicos, y la escasa supervisión por órganos independientes que ha recibido el centro.

6. Trato

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

[21] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2019). *Protocolo de contención física en pacientes con agitación psicomotora*. (p. 4).
[22] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2025). *Programa de capacitación 2025*. (p. 6).

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

Estándares evaluados: (1) Las personas no son sometidas a contención; (2) Se han implementado alternativas a la contención en el establecimiento, y el personal está capacitado en técnicas de "atenuar el escalamiento", para intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a las personas o a las/os trabajadoras/es; (3) Se realiza una evaluación de "atenuación del escalamiento" consultando a las personas, con el objetivo de identificar los gatillantes y factores que ella considera que logran aminorar sus situaciones de crisis y para determinar sus métodos preferidos de intervención en crisis; (4) Los métodos preferidos de intervención identificados por la persona están disponibles para ser utilizados en una crisis y se integran al plan individual de "recuperación"; (5) Se registra cualquier caso de contención (incluyendo tipo, duración, entre otros) y se informa a la dirección del establecimiento, así como a un organismo externo pertinente.

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 cuanto al uso de contenciones, como se mencionó anteriormente, la Clínica cuenta con un "Protocolo de contención física en pacientes con agitación psicomotora"[23]. Este documento especifica que "la indicación de contención es realizada por médico tratante quien deja la prescripción tanto de contención farmacológica SOS, como la autorización de contención física en la Ficha Clínica de la paciente"[24], lo que se corrobora en la revisión que realiza el CPT: existe un apartado que contiene dichas autorizaciones ya firmadas, incluyendo fármaco y dosis a administrar. A su vez, se establece que la aplicación de contenciones físicas representa un "último recurso en pacientes que no han cedido a la contención verbal, ambiental o farmacológica"[25]. Sin embargo, llama la atención que no se cuenta con un protocolo específico para la aplicación de dichos procedimientos.

En las entrevistas al personal, se indica que, cuando una residente se descompensa, lo primero que se intenta es la contención ambiental y/o verbal, principalmente en piezas y patios, por ser lugares tranquilos y/o abiertos, donde se puede observar su evolución. Para ello, utilizan diversas estrategias, en base a su experiencia y al nivel de conocimiento que tienen de las mismas residentes, en cuanto a sus atenuantes de crisis más efectivos, lo que no se encuentra fácilmente disponible en sus fichas clínicas. En cualquier caso, se señala que la funcionaria *"trata de buscarla por la buena"* y se evita *"bajar al nivel"* de las personas internas. No obstante, se reporta que estas medidas no se aplican en todos los sectores del recinto y quedan a criterio del personal de trato directo, ya que no hay un protocolo que regule estas acciones.

En el caso de que lo anterior no funcione, se puede llevar a la residente al policlínico, donde cuentan con una sala de contención ambiental, con ventanales de vidrio y puerta sin llave, o se puede indicar contención farmacológica -previa autorización de médico psiquiatra, si no la tiene firmada previamente en su ficha clínica-. Ahora bien, en las entrevistas se menciona que dejan registro de la contención física en la ficha clínica individual y en el cuaderno de enfermería, sin embargo la farmacológica solo queda registrada en este último.

En cuanto a las contenciones físicas, entrevistadas/os mencionan que no son frecuentes. No obstante, cuentan con una pauta de registro diferenciado para "sujeciones" y "contenciones", según el objetivo

[23] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2019). *Protocolo de contención física en pacientes con agitación psicomotora.*
[24] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2019). *Protocolo de contención física en pacientes con agitación psicomotora.* (p. 7).
[25] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2019). *Protocolo de contención física en pacientes con agitación psicomotora.* (p. 7).

terapéutico. En general, se señala que las sujeciones se utilizan para prevenir caídas y para ello se utiliza principalmente una tela que se ubica en la zona abdominal de las personas internas que se encuentran en sillas de ruedas. Por otra parte, las contenciones se utilizan para inhabilitar las extremidades de las residentes con el propósito de prevenir que se hagan daño a sí mismas o terceros o evitar que se retiren artefactos invasivos (por ejemplo, sondas). Al respecto, se informa que las sujeciones y contenciones se pueden utilizar por largos períodos de tiempo, incluso durante el día y la noche, principalmente en los sectores de enfermería y geriatría. Sobre este punto, el establecimiento reporta que, durante la visita, en el sector de policlínico existen 5 residentes con sujeción por riesgo de caídas, en el sector de geriatría 5 residentes con sujeción por el mismo motivo, y en el sector 2 se cuenta con 3 residentes por esta misma causa. A su vez, se especifica que en el sector de policlínico 1 persona se encuentra con contención física, para evitar el retiro de oxígeno y sonda nasogástrica.

Imagen N°33. Persona con contenciones en el sector de enfermería o policlínico

Respecto al registro, se señala que toda crisis emocional de las residentes sería informada al director del centro y psiquiatra tratante, mas no a un organismo independiente. En términos generales, al examinar estos documentos no se constata la presencia de sujeción por riesgo de caídas o agitación psicomotora en las personas internadas en el sector 1 en las semanas previas a la visita. En cambio, en la revisión de registros del sector 2, se constata la presencia de personas con sujeciones por riesgo de caídas y también se consigna la ocurrencia de personas con desajuste conductual, por lo que *"se le avisa a la enfermera y se inyecta SOS"*. En un caso, se deja registro que a una persona interna *"no se administra medicación por estar muy dormida por SOS"*.

6.1.2. Mecanismos de control

Respecto a las medidas disciplinarias, cuando ocurre algún tipo de conflicto o problema con alguna residente, según personal del centro, las/os funcionarias/os proceden a *"cambiarla de ambiente"* y a utilizar *"medidas de regulación conductual"*: Si una persona sigue las normas y se *"porta bien",* se utilizan medidas de reforzamiento positivo, como por ejemplo, darle acceso a su celular, en caso de tener uno. Por el contrario, si las contraviene, las sanciones más utilizadas serían suspender y/o postergar una celebración de cumpleaños o salida a comprar, suspender una semana la realización de la labor remunerada en el recinto en caso de aquellas personas que las cumplen -y por tanto, dejan de recibir dicha remuneración-. Finalmente, otra sanción utilizada, reportada por algunas residentes, sería la de irse "castigada al sector 2", donde las dejan "encerradas". En ello, una entrevistada señala: *"Me llevó pal poli me puso una inyección y me castigó en el 2, me tuvo como 2 semanas en el 2, la [funcionaria] me echó como dos semanas ahí […] Es aburrida la cuestión, echaba de menos la pieza, el patio de nosotros, yo soy del 1"*. Otra entrevistada también refiere que ha recibido esta modalidad de *"castigo"* y que esta medida de traslado suele ser además una *"amenaza"* constante frente a desajustes conductuales.

Lo anterior es corroborado por el CPT en la revisión de registros de la Clínica, donde se consigna el traslado de personas al sector 2 como medida de *"contención ambiental"* o *"medida conductual"* por 3 días cuando ocurren peleas, agresiones y/o conflictos entre las internas. En un caso, se consigna el traslado de una persona al sector 2 *"indefinidamente por presentar desajuste en el sector 1"*. Por medio de observación, se constata además que el sector 2 presenta mayores limitaciones en la circulación de las personas, en la medida que se pueden restringir los accesos que conectan este espacio con el patio principal.

Por último, es importante mencionar que estas sanciones provocan desestabilizaciones emocionales en las personas que se ven afectadas por ellas, y que la Clínica no cuenta con un protocolo que regule dichas acciones, y por lo tanto, su aplicación queda a discrecionalidad del personal a cargo del cuidado.

6.1.3. Procedimientos invasivos e irreversibles. Investigaciones científicas

Respecto al uso de Terapia Electroconvulsiva (TEC) se reporta en las entrevistas que este procedimiento no se ha aplicado en el recinto y hace más de 20 años que no se deriva a las personas internas para que lo reciban de forma externa. En cuanto a la realización de psicocirugías, este tipo de procedimiento invasivo e irreversible, tampoco se ha aplicado en el establecimiento. Sobre esterilización y aborto, tampoco son procedimientos que se han aplicado en la Clínica, aunque se reporta que hay mujeres en el recinto que fueron esterilizadas en otros establecimientos hace varios años atrás. Finalmente, en lo referente a la realización de investigaciones científicas, se menciona que no se han realizado este tipo de iniciativas en el recinto.

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

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

En el marco de la visita, el personal menciona que no se utilizan medidas de aislamiento. No obstante, existe una sala en el sector de policlínico o enfermería denominada *"sala de aislamiento preventivo"* que se usa para medidas de *"contención ambiental"*. Esta habitación cuenta con una puerta con un pestillo en su exterior, ventanas de vidrio transparente y un baño a un costado de la pieza con acceso a agua potable. Se indica que esta sala también se ha utilizado para la aplicación de contenciones farmacológicas y/o físicas. El personal refiere que esta habitación se ha utilizado por ese motivo solo una vez en el último año y las personas internas refieren que alguna residente ha sido trasladada a esta sala por temas disciplinarios. En específico, relatan el caso de una persona interna que en las noches suele pelear con sus pares y *"en el policlínico la meten sola y la vigilan toda la noche"*.

Imagen N°34. Sala de aislamiento preventivo en el sector de enfermería o policlínico.

Ahora bien, en las entrevistas se mencionan otras medidas de aislamiento. Por ejemplo, en la revisión de registros del sector 2, se señala que, por un desajuste conductual, la enfermera indica que una persona interna *"no puede salir al sector 1"*, solo si terapeuta ocupacional *"la viene a buscar y a dejar, puede salir"*. Igualmente, se consigna que *"a la hora de la tarde a fumar por 1 mes no lo puede hacer"*.

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 cuanto al trato recibido por parte del personal, si bien se observa, en general, respetuoso y amable durante la visita, algunas residentes entrevistadas refieren que en diversos sectores del centro *"nos retan"* y *"nos gritonean"*. De este modo, los llamados de atención son habituales, recibiendo además, en ocasiones, un trato infantilizador, sobre todo en el sector de geriatría y policlínico. A su vez, aparece que algunas funcionarias tienen tratos *"más bruscos"*, tales como el uso de garabatos y/o gritos, especialmente con las personas que presentan altos niveles de dependencia. Se menciona que estas prácticas serían más habituales en el personal de trato directo de mayor edad.

Por otra parte, preocupa de sobremanera al CPT, los relatos obtenidos en diversas entrevistas respecto a una funcionaria en particular que habría cometido malos tratos verbales -consistentes en uso de garabatos, utilizando palabras tales como *"sal de aquí mierda"*-, físicos -propiciando golpes y patadas a una residente-, además de otras conductas abusivas y vulneradoras - por ejemplo, encerrar en baño a residente como forma de castigo-. Es importante señalar que, a partir de la información anteriormente descrita, el CPT conversó con la dirección del establecimiento, realizándose las acciones pertinentes, tanto para investigar los hechos relatados, como para resguardar de posibles represalias a las personas involucradas.

Por último, en términos generales, no se mencionan hechos relacionados a abuso sexual o patrimonial, sin embargo, hace unas semanas el equipo directivo constató que a una residente le habrían clonado su cuenta Rut y realizaron la denuncia penal correspondiente.

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 a hechos de violencia entre pares, se indica que han ocurrido situaciones de agresión entre residentes y frente a estos eventos, las medidas utilizadas, como se ha consignado más arriba, son la contención verbal y ambiental, así como el cambio de habitación o de sector. En las entrevistas al personal, se menciona que los problemas de convivencia entre pares ocurren de forma diferenciada por la edad. Al respecto, se indica que, por ejemplo, las personas más jóvenes son, en general, más disruptivas.

Si bien los acontecimientos de violencia entre pares no son habituales, se menciona que las medidas de prevención son limitadas. Por ejemplo, se señala que la supervisión es compleja por falta de personal de trato directo y las múltiples labores que se deben realizar en un turno. Sobre este punto, se obtienen relatos por parte de una persona interna respecto a hechos de abuso sexual por parte de una compañera de cuarto (tocaciones y beso no consentido), que ocurrieron durante la noche cuando hay menor presencia de personal. Del mismo modo, se mencionan discusiones que suceden en el patio y solamente el personal interviene cuando pasa a mayores (golpes), lo que da cuenta de un bajo nivel de supervisión.

Evaluación de la dimensión: insuficiente

Se valora que, en general, el trato sea respetuoso y amable. También, que las cuidadoras implementen medidas de atenuación al escalamiento, en términos de contención emocional y ambiental, para evitar y/o mitigar episodios de agitación psicomotora que puedan llevar al uso de contención farmacológica o física. Asimismo, se destaca que cuenten con un protocolo para uso de contención física, y que en el recinto no se lleven a cabo TEC, psicocirugías, esterilizaciones o investigaciones científicas.

Respecto a los aspectos a mejorar, resulta preocupante la aplicación de sanciones disciplinarias, las que, además de ser arbitrarias, pueden conllevar a situaciones de desregulación emocional en las personas internas y/o vulneraciones de derechos. Igualmente, amerita análisis las inconsistencias en el uso y registro del uso de la sala de "aislamiento preventivo", el uso prolongado de sujeciones y contenciones físicas, y la administración frecuente de contención farmacológica SOS, sin un protocolo que regule estos procedimientos y su revisión, y cuya autorización finalmente recae, la mayoría de las veces, en la enfermera de turno. En ello, resulta también esencial avanzar en el registro de los atenuantes de crisis que las propias residentes perciben como efectivos en sus fichas clínicas.

Con relación a la violencia institucional, resulta preocupante que aparezcan relatos de malos tratos por parte del personal de cuidado directo y que se cuestionen los relatos de las residentes, por su condición de salud mental. Finalmente, también resulta alarmante las brechas para la aplicación de medidas efectivas para su erradicación, sanción y reparación a las víctimas, así como para fortalecer las acciones de supervisión, para prevenir agresiones entre residentes.

7. Gestión del establecimiento y del personal

La gestión, formación y bienestar de las/os funcionarias/os es preponderante en la atención hacia las personas con diagnósticos de salud mental. La CDPD exige a los Estados Parte "promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos" (art. 4, letra i);
"Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado" (art. 25, letra d); "Promoverán el desarrollo de

formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación" (art. 26).

7.1. Condiciones laborales

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

Con relación al ambiente laboral, en las entrevistas se menciona que, en términos generales, el clima organizacional es bueno. Se reporta que se mantiene un trato agradable y respetuoso entre los distintos estamentos de la Clínica. Sobre este punto, se realizan reuniones semanales -los miércoles- entre las/os funcionarias/os, lo que colabora en mantener un buen clima. También se indica que cuando existen conflictos, se tienden a resolver desde la dirección. Un aspecto relevante, refiere que la reciente evaluación de la encuesta CEAL-SM SUSESO estableció un bajo nivel de riesgo psicosocial en el recinto.

Respecto al personal de trato directo, aparece en las entrevistas que se apoyan entre ellas para llevar a cabo las labores de cuidado. Sin embargo, se indica que también son frecuentes los conflictos, por ejemplo, respecto a la estructuración de la rutina, ya que algunas cuidadoras son más flexibles y otras más rígidas. Por otra parte, se indica cierta distancia con el estamento profesional, lo que implica, por ejemplo, que algunas cuidadoras no conozcan los cambios en el esquema farmacológico y les gustaría tener más acceso a información de las residentes para realizar de mejor forma sus labores de cuidado.

En cuanto a la carga laboral, en las entrevistas se indica que es adecuada, ya que el personal no trabaja más horas que las estipuladas en el contrato y, si esto ocurre por algún motivo, las horas extras son remuneradas. Ahora bien, se indica que el personal de trato directo en ocasiones solicita realizar doble turno, lo que, si bien implica recibir una mayor remuneración, genera un desgaste físico relevante.

En la misma línea, se reporta que las licencias médicas son habituales por problemas musculares, asociados a la sobrecarga física. Sobre este punto, se menciona que las cuidadoras del sector de geriatría tienen una mayor sobrecarga laboral ya que "los varones" solamente apoyan un par de días de la semana en las tareas de esfuerzo físico y sus funciones tienen que ser cubiertas por ellas, especialmente el traslado de personas con dependencia severa. Al respecto, en las entrevistas se menciona la importancia de contratar más cuidadoras y garantizar su reemplazo en caso de licencia médica. Sobre este punto, tal como se mencionó anteriormente, el establecimiento reporta que durante el año 2024 recibieron 128 licencias médicas.

Por otra parte, en las entrevistas aparece que ciertas labores del área psicosocial tienen que ser cubiertas por el estamento profesional, ya que la Clínica no cuenta con trabajador/a social ni psicóloga/o, lo que implica una carga laboral extra en ciertas tareas, por ejemplo, para realizar trámites en el registro civil.

En cuanto a la modalidad de turnos del personal, se informa que las cuidadoras trabajan en turno 2x2 (11 horas al día, de 08:00 a 20:00). A su vez, el personal administrativo, profesionales, personal de bodega y alimentación, cumple un horario de 08:00 a 18:00 de lunes a viernes. De las 83 personas que desempeñan labores en la Clínica, 80 tienen contrato por el código del trabajo (de ese total, solo 1 se encuentra a plazo fijo, todas las demás tienen contrato indefinido) y 3 se encuentran bajo la modalidad a honorarios. De este modo, la mayoría del personal cuenta con prestaciones de salud y seguridad social.

Sobre las remuneraciones y el reconocimiento en el trabajo, se menciona que los salarios del personal son acordes a sus funciones, que se otorgan bonos por asistencia, puntualidad, entre otros, y que, en general,

se sienten valoradas/os. Del mismo modo, se considera relevante que la Clínica entregue la alimentación, ya que en el recinto, como se indicó más arriba, tanto las personas internas como las/os funcionarias/os reciben el mismo almuerzo por parte del área de cocina.

Cabe mencionar que las cuidadoras cuentan con una modalidad de "turno difícil", cuando falta alguien del turno, lo que se traduce en una compensación económica mayor para el turno, debido a que realizaron las mismas tareas, pero con menos personal. Al respecto, en las entrevistas mencionan que, si bien esta modalidad es una forma de reconocimiento monetario a su tarea, no sienten que se valore suficientemente por parte de sus compañeras/os de trabajo, ya que deben atender a 25 residentes aproximadamente por sector, lo que implica mucho desgaste físico y emocional.

Finalmente, con relación al cuidado del personal, la dirección refiere que cuenta con algunas estrategias en cuidado de equipo, tales como las celebraciones de navidad, fiestas patrias y día de la madre -consisten en un almuerzo especial y regalos para las/os colaboradoras/es-, y un paseo de fin de año, donde participan las/os funcionarias/os. Asimismo, se indican las iniciativas de evaluación preventiva ocular y masajes de relajación física de forma anual, a cargo de la caja de compensación en la que se encuentra inscrita el personal. Sin perjuicio de lo anterior, para la gran mayoría de las/os entrevistadas/os, estas actividades serían escasas e insuficientes. Sobre este punto, se menciona que requieren orientaciones o protocolos en la materia, así como también, acompañamientos en el proceso de duelo cuando fallece una residente, y espacios adecuados de descanso al aire libre. Respecto a esto último, durante la visita se observa que el personal se sienta a fumar en un sector abandonado, cerca del área de lavandería.

7.2. Formación del personal

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

En cuanto a las capacitaciones, se reporta que se han realizado tres versiones de una capacitación sobre medidas preventivas en eventos adversos (prevención de caídas, error de medicación, contención física y código azul) en mayo de 2025. Del mismo modo, se informa que se realizó una capacitación sobre medidas preventivas en plan de evacuación y emergencia en junio de 2025.

En las capacitaciones programadas para el 2025 se encuentra una capacitación que tiene por objetivo de "garantizar un trato digno al residente"[26]. Más allá de esta actividad programada, se reporta que no se han realizado capacitaciones específicas en materia de derechos humanos y prevención de la tortura.

En las entrevistas al personal, aparecen necesidades de capacitación en temáticas relevantes, tales como el cuidado de personas mayores con diagnósticos de salud mental, especialmente en el abordaje de las demencias, ya que se considera relevante contar con esta formación por parte del personal de cuidado directo.

[26] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (2025). *Programa de capacitación 2025* (p., 5).

7.3. Gestión y organización del establecimiento

Estándares evaluados: (1) El establecimiento cuenta con las autorizaciones y otros documentos necesarios para poder funcionar adecuadamente (autorización sanitaria, políticas que rigen la convivencia y protocolos de seguridad, entre otros).

La Clínica psiquiátrica Raquel Gaete es una sociedad anónima cerrada que se encuentra acreditada de acuerdo con el estándar general de acreditación para prestadores institucionales de atención psiquiátrica cerrada de la Superintendencia de Salud. A su vez, en las entrevistas se informa que el recinto cuenta con 3 resoluciones sanitarias: una central de alimentación, un botiquín de farmacia y una distribución funcional de la instalación. Al momento de la visita se informa que la Clínica mantiene vigente un contrato por la prestación de "servicios de larga estadía" para pacientes del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak por un monto total de $2.007.003.600, por un período de 12 meses, a partir del 29 de marzo del 2025 hasta el 28 de marzo del 2026.

De acuerdo con este convenio, se informa que los recursos que recibe la Clínica corresponden a un valor de $45.822 por día cama por persona, que lo entrega FONASA -aproximadamente ⅔ del total- y el Instituto Psiquiátrico -paga el ⅓ restante-. Con esos recursos, se costea la mantención del recinto (no se cobra arriendo, ya que el terreno pertenece a la sociedad), medicamentos psiquiátricos, alimentación, servicios básicos, remuneraciones, impuestos municipales, maquinarias y funcionamiento en general (que también contempla el arriendo de hogares y asesorías externas, por ejemplo, contadores). Sobre este punto, se informa que la sociedad mantiene además un hogar y una residencia protegida. Se reporta que antes tenían más dispositivos comunitarios, pero han debido cerrarlos, en la medida que contemplan dos funciones a cargo: de vivienda y servicios básicos, además de la rehabilitación, lo que implica mucha inversión de recursos y no es sostenible en el tiempo en términos económicos.

Evaluación de la dimensión: parcial

Se valora que, en términos generales, la Clínica cuente con un buen ambiente laboral. A su vez, se aprecia que la mayoría del personal del recinto se encuentra contratado bajo el código del trabajo en modalidad indefinida garantizando prestaciones de salud y seguridad social. Igualmente, se considera relevante que las remuneraciones sean acordes a las funciones y se realicen capacitaciones continuas sobre medidas preventivas en eventos adversos, garantizando estándares de calidad en la atención. En la misma línea, se destaca que la Clínica se encuentre acreditada como prestador institucional de atención psiquiátrica cerrada por parte de la Superintendencia de Salud.

Entre los aspectos a mejorar, cabe examinar las condiciones de sobrecarga laboral que implican mayor esfuerzo físico y revisar el aumento de remuneraciones por "turno difícil", ya que no resuelve los motivos de falta de personal y puede implicar un aumento del desgaste físico y emocional en el personal de trato directo. Igualmente, se deben fortalecer las acciones relacionadas al autocuidado y cuidado del personal, así como las capacitaciones sobre derechos humanos, prevención de la tortura y temáticas específicas en salud mental.

8. Autonomía

El derecho a vivir de forma independiente y ser incluida/o 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; (2) Cuándo ir a la sala de baño; (3) Cuándo circular por el recinto; (4) Las personas pueden comunicarse en el idioma de su elección; (5) El establecimiento

aporta los recursos necesarios para ello (por ejemplo: intérprete o facilitador intercultural); (6) Las personas pueden ejercer su derecho a la vida afectiva y sexual.

En el marco de la visita, se informa que los horarios de comida, de levantarse y acostarse, tienden a ser rígidos, especialmente para las residentes que requieren apoyos para realizar las actividades básicas de la vida diaria. De este modo, se informa que las personas internas más autovalentes tienen mayor autonomía para decidir a qué hora se levantan o acuestan, y en qué momento ducharse. Al respecto, una persona interna relata *"cuando hace mucho frío, me acuesto temprano"* y para ducharse refiere que para hacerlo *"le tengo que preguntar a la tía"*. Con relación a las actividades que integran la oferta programática del recinto, son voluntarias y las personas internas pueden elegir a cuáles incorporarse.

En términos de los niveles de autonomía que presentan las residentes, en la tabla N°8 se exponen los registros proporcionados por el recinto, con base en la aplicación del índice de Barthel que permite evaluar el grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria.

Tabla N°8. Número de residentes y su grado de dependencia (Índice de Barthel)

Grado de dependencia	**Número de residentes**	**Porcentaje**
Independientes	10	10%
Dependencia ligera	39	40%
Dependencia moderada	10	10
Dependencia grave	7	7%
Dependencia severa	33	33%
Total	99	100%

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos de la Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (junio, 2025).

De acuerdo con la información aportada, al menos el 50% de las personas internas en la Clínica requieren poca ayuda o supervisión para realizar algunas actividades básicas. Esto se condice con la evaluación del manejo de dinero entregado por la misma institución: 48 personas internas serían independientes en esta materia, 28 requieren apoyo y 29 son dependientes al respecto.

En cuanto al ejercicio de la vida afectiva y sexual, el personal del recinto refiere que no se encuentra prohibido y las residentes pueden tener parejas dentro de la Clínica. Sobre esta materia, una persona interna señala haber comenzado una relación afectiva con una de sus compañeras, pudiendo tomarse de la mano y darse besos, pero no dormir juntas. A su vez, el personal menciona que la *"actividad sexual"* puede ser ejercida libremente, mientras no sea pública. Sin embargo, no se reporta que existan condiciones para resguardar la privacidad, ya que los dormitorios son compartidos. Ahora bien, en las entrevistas a las personas internas se menciona que estos temas no se hablan abiertamente en la Clínica, siendo necesario abordarlos.

Por otra parte, el personal refiere que las residentes no podrían tener hijas/os al interior de la Clínica, por no contar con las instalaciones adecuadas para ello, y que deberían egresar si llegasen a estar embarazadas, aunque nunca ha ocurrido esta situación.

También se informa que no hay mujeres trans actualmente, pero podrían aceptarlas al ingreso, ya que en términos generales no se observan prácticas de discriminación hacia personas de la diversidad sexogenérica, sino una cultura de respeto y apertura, por los valores institucionales que rigen al establecimiento desde su fundación.

8.2. Respeto por el ejercicio de su capacidad jurídica

Estándares evaluados: (1) Las personas son libres para tomar decisiones en el ámbito de su vida personal y patrimonial (véase por ejemplo contraer matrimonio, vender bienes, entre otros); (2) Las/os usuarias/os pueden designar y consultar con una persona o red de personas de apoyo de su propia y libre elección en la toma de decisiones sobre la hospitalización, tratamiento y asuntos personales, legales, financieros u otros, y las personas seleccionadas serán reconocidas como tales por el personal; (3) El personal respeta la autoridad de la persona o red de personas de apoyo que han sido designadas por la/el usuaria/o para comunicar sus decisiones con apoyo; (4) La toma de decisiones con apoyo es el modelo predominante, y se evita la toma de decisiones sustitutivas; (5) Cuando una/un usuaria/o carece de una persona o una red de personas de apoyo y desea designar una, el establecimiento ayudará al usuario a acceder al apoyo adecuado; (6) Se apoya el derecho de las/os usuarias/os a participar en la vida política y pública y en el ejercicio de la libertad de asociación.

Respecto al acceso a derechos patrimoniales, en el marco de la visita, se informa que el Instituto psiquiátrico realiza el cobro de las pensiones de las personas internas, que corresponden a $224.000 aproximadamente y se queda con ⅔ de los recursos. Con ello compran pañales, útiles de aseo, ropa, entre otros insumos que requieren las personas internas. El ⅓ de las pensiones restante se destina a la Clínica Gaete, para cubrir otros gastos y para libre disposición de las residentes. Lo anterior, se encuentra consignado en el "Protocolo para rendición de cuentas pensiones" cuyo objetivo general es "establecer un sistema de rendición de gastos de manejo de dinero de pensiones de las residentes de Clínica psiquiátrica Raquel Gaete el que debe ser rendible mensualmente al Instituto psiquiátrico"[27].

De los $75.000 mensuales por residente que recibe la Clínica, se consideran para libre disposición $40.000 para 43 personas internas, correspondiente al 50% de las residentes con pensión. A su vez, se consideran $20.000 para 41 usuarias, correspondiente al 47.7% de las residentes con pensión. Además, se indica que 2 personas internas no reciben dinero, por concepto libre disposición, correspondiente al 2.3%. Al respecto, se indica que, en general, se entregan repartidos de forma semanal a cada residente, mediante una planilla recepcionada con nombre, firma o huella dactilar de persona interna. Estos recursos son de responsabilidad de las personas internas, para asumir gastos de peluquería, podología, celebración de cumpleaños, entre otros. El resto de los dineros se utiliza para la compra de medicamentos y/o exámenes de salud no cubiertos por la red, así como algunos suplementos alimentarios y reforzadores.

En las entrevistas, las personas internas refieren que reciben $10.000 semanales de sus pensiones y que el resto queda para la administración. A su vez, están en conocimiento que sus pensiones son mayores al dinero que reciben, por lo tanto, algunas residentes entrevistadas refieren que la administración *"se queda con mi plata"*. Con el dinero que reciben, mencionan que pueden comprar cosas fuera de la Clínica cuando tienen salidas autorizadas. No obstante, la mayoría de las personas internas compra cosas que se ofrecen en el quiosco que se encuentra en la misma Clínica, principalmente galletas y jugos. En general, las residentes se anotan en un cuaderno ("piden fiado"), para luego cancelar la deuda al momento de recibir el pago por parte de la administración.

Otra fuente de ingresos de las personas internas, son las remuneraciones que reciben por cumplir con "roles laborales", entre los que destacan funciones de llamadas, aseo, ropería, cocina, etc. Se reporta que en total son 39 roles laborales, y se pagan aproximadamente 8 mil pesos por su realización.

Respecto al acceso a asistencia jurídica y apoyo en la toma de decisiones, el personal refiere que, en términos generales, cuando las residentes requieren ayuda en alguna materia, se acercan a algún/a funcionario/a de confianza para resolver dudas o expresar solicitudes. Por otra parte, se reporta que, en el caso de que una residente se encuentre imposibilitada de tomar decisiones por su cuenta, es el director

[27] Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete (s/f). *Protocolo para rendición de cuentas de pensiones* (p.5).

técnico del centro quien asume ese rol, prevaleciendo la toma de decisiones sustitutiva, por sobre la toma de decisiones con apoyo.

Finalmente, con relación al derecho a voto, el personal informa que las residentes nunca han salido a votar. Por ello, la administración se encarga de enviar en período de elecciones las cartas de justificación como imposibilitadas para votar por motivos de hospitalización. Por otra parte, en las entrevistas, una persona interna refiere que le gustaría ir a votar porque siempre le ha gustado la política.

8.3. Autonomía en la atención en salud

Estándares evaluados: (1) La hospitalización y el tratamiento se basan en el consentimiento libre e informado de las personas, y se les comunican de forma clara y entendible; (2) Las preferencias de las personas tienen prioridad en todas las decisiones sobre sus planes de tratamiento y "recuperación"; (3) Como parte de sus planes de "recuperación", se motiva a las personas a desarrollar 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/os de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro; (4) El personal respeta las voluntades anticipadas de las/os usuarias/os cuando proveen el tratamiento; (5) Las/os usuarias/os tienen el derecho a rechazar el tratamiento; (6) Las personas pueden decidir de forma libre a aquellas personas que le brinden la atención en salud; (7) Las personas pueden agregar información escrita, opiniones y comentarios a sus fichas médicas sin censura; (8) A las personas se les proporcionan servicios de salud general, mental, sexual y reproductiva con el consentimiento libre e informado.

En cuanto al consentimiento libre e informado al ingreso a la Clínica, en la revisión de documentos se constata que se encuentran firmados por las personas. También se observan consentimientos firmados para el tratamiento con Clozapina, no así para otros servicios y/o terapias.

Respecto al derecho de las personas internas a abandonar el recinto, como se ha mencionado anteriormente, algunas residentes entrevistadas refieren que desean irse, pero desconocen cómo hacerlo o les han informado que solo pueden egresar si cuentan con una red de apoyo. Frente a ello, el personal refiere que nadie permanece en el establecimiento en contra de su voluntad.

Respecto a la posibilidad de rechazar medicamentos, el personal señala que si una persona interna se niega a tomarlos se intenta convencer, llamando a la/el funcionaria/o con la/el que tenga mayor confianza, o se espera un rato hasta que cambie de opinión. En última instancia, si el rechazo persiste, se informa que se muele y se entrega con leche, jugo o en alguna de las comidas. En el sector de enfermería o policlínico, se observa en la pared y a la vista, una hoja con indicaciones de las residentes a las que se les deben entregar los medicamentos molidos. De este modo, las personas internas no pueden rechazar la medicación. Sobre este punto, una persona interna señala que si no se toma los medicamentos *"me ponen inyecciones, me los tengo que tomar igual, qué voy a hacer"*.

Con relación al resguardo de la autonomía de las personas internas en la provisión de apoyos y cuidados, si bien el personal menciona que intentan considerar sus opiniones y preferencias, a veces se les dificulta por la propia condición de salud mental, así como también por la sobremedicación y/o las consecuencias de la institucionalización prolongada. Aun así, no se observa un registro en las fichas clínicas de dichas iniciativas, ni un espacio para incorporar sus comentarios.

Finalmente, tanto el personal como las residentes desconocen las orientaciones para implementar voluntades anticipadas en el establecimiento.

Evaluación de la dimensión: parcial

Se valora que todas las actividades que forman parte de la oferta programática de la Clínica sean voluntarias y que las rutinas para las personas con mayores niveles de autonomía sean flexibles. Asimismo, se destaca que tengan firmados sus consentimientos informados de ingreso, que exista un reconocimiento del derecho al ejercicio de la vida afectiva y sexual de las residentes, y que consideren las opiniones y preferencias de las residentes en el establecimiento de sus planes de cuidado.

Como aspectos a mejorar, se debe avanzar hacia la flexibilidad de las rutinas para las personas con menores niveles de autonomía, así como también, en desarrollar acciones para favorecer la toma de decisiones con apoyo, en vez de la sustitutiva. Por otra parte, preocupa la falta de privacidad para ejercer de forma efectiva el derecho a la vida sexual y afectiva, y la ausencia de directrices claras respecto al ejercicio de la vida reproductiva. En ello, también destaca la necesidad de abordar estas temáticas con las residentes y el personal directamente.

Igualmente, se visualizan restricciones en el ejercicio del derecho a voto y en la posibilidad de egresar del centro, en el caso de no poseer redes. En la misma línea, se debe mejorar la participación de las residentes en el establecimiento de sus rutinas y planes, así como el registro en la ficha clínica de estas acciones, incluyendo un apartado que contenga sus comentarios y observaciones. Finalmente, se observan impedimentos respecto a la posibilidad de rechazar medicamentos y ausencia de información sobre las condiciones y marcos de aplicación 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 con 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°9.

Tabla N°9. 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 Clínica psiquiátrica Raquel Gaete

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, y que dichas instancias se encuentren difundidas en la unidad, por medio de carteles visibles. Asimismo, se enfatiza que, particularmente en el sector de geriatría y policlínico, dichas actividades deben fomentar la circulación de las personas a otros sectores del establecimiento.

2. Contacto con el mundo exterior

Se insta, en el corto plazo, a elaborar gestiones para promover la realización de actividades significativas en la comunidad, permitiendo fortalecer las redes de apoyo y la vinculación con el territorio, considerando las opiniones y preferencias de las residentes.

Se sugiere, en el corto plazo, permitir durante las visitas que ingresen personas menores de 14 años a la unidad, con el fin de mejorar la vinculación de las/os usuarias/os con sus familiares y personas significativas. En ello, se recomienda elaborar un documento de consentimiento informado y eximición de responsabilidad de la unidad, el cual sea firmado por la persona adulta responsable que la acompaña.

Se invita, en el corto plazo, a diversificar las acciones para que las residentes se mantengan informadas del acontecer nacional y mundial, incluyendo, por ejemplo, la realización de talleres de actualidad de forma semanal.

3. Condiciones materiales

Se exhorta, en el corto plazo, instalar aire acondicionado en todos los sectores, mejorar las condiciones de aislamiento térmico en las habitaciones y las filtraciones y humedad en las paredes.

Se solicita, en el corto plazo, instalar rampas en los sectores que presentan desniveles, así como reparar los pisos en mal estado, con el propósito de garantizar condiciones de accesibilidad para el desplazamiento en silla de ruedas.

Se insta, en el corto plazo, garantizar el acceso continuo y en suficiente cantidad a papel higiénico y jabón.

Se urge, en el corto plazo, a utilizar biombos cada vez que se realice aseo, baño o se vista a residentes en sus habitaciones, con el fin de resguardar su privacidad.

Se requiere, en el corto plazo, desarrollar acciones que permitan garantizar el uso individual de la ropa de vestir, especialmente de la ropa interior.

Se recomienda, en el corto plazo, desarrollar capacitaciones frecuentes a residentes respecto a los protocolos existentes en la Clínica de emergencias y evacuación, con el fin que conozcan sus roles.

Se apremia, en el mediano plazo, mejorar las condiciones materiales de las camas, colchones y almohadas que se encuentran en mal estado, así como garantizar, que todas las residentes que lo requieran cuenten con suficiente ropa de cama, catres clínicos y/o colchones antiescaras, particularmente esto último, en el sector de policlínico y geriatría.

Se insta, en el mediano plazo, disponer de cortinas, veladores y casilleros con llaves, para todas las residentes del centro, a fin de garantizar condiciones materiales igualitarias para todas.

Se recomienda, en el mediano plazo, promover el uso de objetos y/o decoraciones personales en los dormitorios, con el propósito de resguardar el derecho de las personas a conservar su individualidad, así como para promover el sentido de pertenencia y vínculos sociales.

Se exhorta, en el mediano plazo, disponer de mobiliario suficiente y de buena calidad, tales como sofás y sillones, con el propósito de garantizar espacios de descanso y recreación más acogedores.

Se insta, en el mediano plazo, a elaborar e implementar un proyecto para mejorar la infraestructura del área de ropería.

Se solicita, en el mediano plazo, mejorar las condiciones de los servicios higiénicos, especialmente la reparación de inodoros y lavamanos en mal estado, la implementación de puertas en los cubículos para resguardar condiciones de privacidad, y la instalación de basureros.

Se insta, en el mediano plazo, mejorar las condiciones de las duchas que no se encuentran adecuadamente equipadas, incorporando ayudas técnicas, tales como barras de soportes regulables para una duchas de mano, barras horizontales de apoyo, sillas para baños, cintas antideslizantes, entre otras.

Se encomienda, en el mediano plazo, garantizar la implementación de evaluaciones fonoaudiológicas para todas las residentes, con el propósito de ajustar las restricciones alimentarias según el riesgo individual, y reforzar las labores de supervisión en los horarios de alimentación.

Se sugiere, en el mediano plazo, habilitar un espacio semiabierto en el centro, para que las residentes puedan fumar durante los meses de invierno, sin poner en riesgo la salud y seguridad de las otras personas.

4. Salud

Se recomienda, en el corto plazo, elaborar un protocolo para la atención oportuna de condiciones de salud en el establecimiento, con el fin de que, en caso de requerirlo, sean evaluadas de forma precoz por la/el médico de la unidad.

Se urge, en el corto plazo, a favorecer que las personas internas que se encuentran con una enfermedad o condición aguda de salud puedan quedarse en cama hasta recuperarse.

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

Se exhorta, en el corto plazo, a garantizar la revisión periódica de los tratamientos farmacológicos que reciben las residentes, así como considerar la implementación de terapias complementarias, con el fin de disminuir el riesgo de polifarmacia y sobremedicación.

Se solicita, en el corto plazo, garantizar la presencia de insumos necesarios para la realización de prestaciones de salud requeridas en el establecimiento, como curaciones.

Se invita, en el corto plazo, a desarrollar acciones de promoción y educación de la salud para residentes, considerando sus preferencias y necesidades.

Se recomienda, en el corto plazo, garantizar el acceso a productos de higiene menstrual adecuados para enfrentar este proceso biológico.

Se requiere, en el mediano plazo, contratar personal de salud para cubrir las brechas de atención que se requieren, especialmente en las áreas de psicología, trabajo social y fonoaudiología.

5. Medidas de protección

Se apremia, en el corto plazo, proveer información clara y completa sobre los derechos de las residentes, 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, incluyendo sus propósitos y posibles efectos adversos, permitiéndole tomar decisiones libres e informadas. Además, se urge dejar un registro escrito de dichas acciones en la ficha clínica individual.

Se solicita, en el mediano plazo, elaborar un protocolo con el propósito de resguardar el acceso a fichas clínicas por parte de las personas internas.

Se invita, en el corto plazo, a establecer un mecanismo de denuncia, solicitudes y quejas, que sea confidencial, a organismo/s independiente/s y que resguarde a las personas de posibles represalias.

Se exhorta, en el corto plazo, reforzar la información sobre 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, para que sean conocido por todo el personal.

6. Trato

Se apremia, en el corto plazo y de forma urgente, a erradicar de la unidad toda forma de maltrato físico y/o verbal, así como también, el trato infantilizador, las amenazas (por ejemplo, cambio de sector por no seguir las reglas) y el cuestionamiento de los relatos que comparten las residentes en estas materias, por su condición de salud mental.

Se recomienda, en el corto plazo, que toda indicación de contención farmacológica y física sea visada previamente por médico, independiente de la autorización consignada por ella/él en las fichas clínicas de las residentes de forma previa.

Se exhorta, 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 el desarrollo e implementación de un protocolo con estrategias alternativas, que permitan prevenir las crisis y/o conflictos en la unidad, y que regule y oriente el uso de contención ambiental, verbal y farmacológica.

Se encomienda, en el corto plazo, elaborar un protocolo para la aplicación de medidas de atenuación al escalamiento de crisis. En ello, es fundamental incorporar en las fichas clínicas individuales de todas las residentes un apartado fácilmente visible, que contenga información, otorgada por ellas mismas, sobre los factores gatillantes y las medidas efectivas que consideran más efectivas para aminorar dichas situaciones de crisis.

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, 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 establecimiento y del personal

Se recomienda, en el corto plazo, elaborar un protocolo para la prevención de riesgos laborales asociado a la sobrecarga física, especialmente con las cuidadoras de los sectores de geriatría.

Se solicita, en el corto plazo, implementar medidas para ampliar la contratación del número de cuidadoras/es y garantizar reemplazos por motivos de licencia médica, con el propósito de prevenir la sobrecarga laboral y el desgaste físico y emocional asociado a las tareas de cuidado.

Se recomienda, en el corto plazo, elaborar un protocolo de autocuidado y cuidado de equipos, que incorpore, entre otros aspectos, instancias formales de descanso entre tareas y acompañamiento ante procesos de duelo.

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.

8. Autonomía

Se urge, en el corto plazo, a flexibilizar las rutinas de las residentes, especialmente para las residentes con mayores niveles de dependencia, para que incorporen sus preferencias y necesidades.

Se insta, en el corto plazo, a garantizar que el tratamiento farmacológico de las residentes esté basado en el consentimiento libre e informado, pudiendo rechazar la administración de medicamentos.

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 resguardo de espacios de intimidad y capacitaciones periódicas en dichas temáticas a funcionarias/os y residentes.

Se exhorta, en el mediano plazo, establecer redes de colaboración con organismos públicos, con el propósito de promover y garantizar el acceso a representantes legales y asociaciones de apoyo en la defensa de derechos y toma de decisiones.

Se recomienda, en el mediano plazo, implementar redes de colaboración con organismos públicos, con el propósito de promover y garantizar el ejercicio del derecho a voto de las residentes.

Se insta, en el mediano plazo, elaborar un protocolo de apoyo al egreso, que permita garantizar que la permanencia en la Clínica esté basada en el consentimiento informado.

Se sugiere, en el mediano plazo, promover la participación de las residentes 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 residentes, además de factores que logren aminorarlas, y determinar sus métodos preferidos de intervención (según Ley N°21.331), además de agregar en la ficha clínica un apartado fácilmente visible que indique sus comentarios y preferencias.

B. Recomendaciones al Instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

1. Régimen y actividades

Se encomienda, en el corto plazo, evaluar el convenio de prestación de servicios con la Clínica psiquiátrica Raquel Gaete, con el propósito que revisar los criterios de ingreso, para que ninguna persona sea derivada a hospitalización por motivos sociales, así como para implementar medidas que eviten la prolongación innecesaria de la hospitalización por falta de redes de apoyo y/o ausencia de oferta residencial en la comunidad.

5. Medidas de protección

Se sugiere, en el corto plazo, entregar orientaciones para la aplicación y adaptación del protocolo de denuncias que posee el establecimiento hospitalario en la Clínica psiquiátrica Raquel Gaete.

7. Gestión del establecimiento y del personal

Se recomienda, en el corto plazo, reforzar las acciones de supervisión orientadas al cumplimiento del convenio, así como limitar su continuidad a un año con el número de personas que ya se encuentran en el recinto, con el propósito de prevenir la institucionalización a largo plazo.

C. Recomendaciones al Ministerio de salud

5. Medidas de protección

Se insta a la Subsecretaría de Salud Pública y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en el mediano plazo, a elaborar un plan de desinstitucionalización para las personas que se encuentran en servicios de larga estadía, con el propósito de resguardar el derecho a la vida independiente y la inclusión en la comunidad, en coordinación con los centros de atención de salud mental de sus lugares de origen.

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 (1995). *Caso Neira Alegría y otros Vs. Perú. Fondo. Sentencia de 19 de enero de 1995. Serie C No. 20*.

Corte Interamericana de Derechos Humanos (2022). *Enfoques diferenciados respecto de determinados grupos de personas privadas de la libertad (Interpretación y alcance de los artículos 1.1, 4.1, 5, 11.2, 12, 13, 17.1, 19, 24 y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de otros instrumentos que conciernen a la protección de los derechos humanos)*. Opinión Consultiva OC-29/22 de 30 de mayo de 2022. Serie A No. 29.

Organización de las Naciones Unidas. Comité contra la Tortura (2008). *Observación General N°2 – Aplicación del artículo 2 por los Estados Parte. CAT/C/GC/2*. 24 de enero de 2008.

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.

Organización de los Estados Americanos (1948). *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*. OEA.