Comité de Prevención contra la Tortura

Informe de Visita al Hogar Protegido Altona – Rostros Nuevos, Hogar de Cristo

Septiembre, 2026

Comité de Prevención contra la Tortura.

Comité de Prevenció contra la Tortura

Índice

Abreviaturas 4
Introducción 5
Presentación del Comité de Prevención contra la Tortura 6
I. Antecedentes 7
1. Marco jurídico 7
1.1. Marco jurídico internacional 7
1.2. Marco jurídico nacional 8
2. Contexto de la visita 9
2.1. Antecedentes sobre Residencias y Hogares Protegidos 9
2.2. Contexto en el que se enmarca la visita 11
II. Objetivos de la visita 12
III. Metodología de la visita 12
1. Recolección de información: estrategias de levantamiento de la información y muestra 13
2. Dificultades y limitaciones de la recolección de información 13
3. Dimensiones y subdimensiones monitoreadas 14
4. Procesamiento y análisis de la información 16
5. Consideraciones éticas 16
IV. Hallazgos de la visita 17
1. Régimen y Actividades 17
1.1. Ingreso, clasificación y segmentación de las personas 17
1.2. Uso del tiempo (régimen de internación, oferta programática, intervención psicosocial) 18
Nivel de cumplimiento dimensión régimen y actividades 20
2. Contacto con el mundo exterior 21
2.1. Contacto con familiares y amigas/os 21
2.2. Contacto con la comunidad 22
Nivel de cumplimiento dimensión Contacto con el mundo exterior 22
3. Condiciones Materiales 22
3.1. Infraestructura: Emplazamiento, edificación y equipamiento 23
3.2. Alimentación y agua 24
3.3. Iluminación, ventilación y calefacción. Higiene y Plagas. 25
3.4. Servicios sanitarios (baños, lavamanos y duchas), ropa y cama. 26
3.5. Privacidad, intimidad y confidencialidad. Seguridad (cuidado, custodia y traslado) 26
Nivel de cumplimiento dimensión Condiciones materiales 27
4. Salud 27
4.1. Acceso a prestaciones y tratamientos de salud 28
4.2. Características y dotación del personal de salud al interior del establecimiento 29
4.3. Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos 30
4.4. Promoción, prevención, control y manejo de enfermedades (transmisibles y no transmisibles) 30
Nivel de cumplimiento dimensión Salud 31
5. Medidas de protección 32

5.1. Acceso a información 33
5.2. Mecanismos de solicitudes y de quejas 34
5.3. Acceso a la justicia y reparación 34
5.4. Egreso 35
Nivel de cumplimiento dimensión medidas de protección 37
6. Trato 38
6.1. Medidas de control, contención y uso de la fuerza (sujeciones físicas/farmacológicas), procedimientos irreversibles, hospitalización o tratamiento sin consentimiento 38
6.2. Aislamiento (uso y motivo de ingreso, régimen, condiciones materiales y acceso a la salud) 39
6.3. Violencia institucional (violencia física, psicológica, sexual, discriminación, extorciones, amenazas, descuido o indicios de tortura o malos tratos, abuso patrimonial entre otros) 39
6.4. Violencia entre usuarias/os (violencia física, psicológica, sexual, discriminación, extorciones, amenazas, descuido o indicios de tortura o malos tratos, abuso patrimonial, entre otros) 40
Nivel de cumplimiento dimensión Trato 40
7. Gestión del establecimiento y del personal 40
7.1. Gestión y organización del establecimiento y condiciones laborales (sobrecarga, turnos, recursos, percepción valoración de su trabajo) 41
7.2. Formación del personal (asimilación protocolos, formación DDHH y temas específicos como grupos vulnerables) 42
Nivel de cumplimiento dimensión gestión del establecimiento y del personal 42
8. Autonomía 43
8.1. Autonomía en el régimen de actividades 43
8.2. Respeto por el ejercicio de su capacidad jurídica 44
8.3. Autonomía en la atención en salud 45
Nivel de cumplimiento dimensión Autonomía 46
V. Evaluación CPT: asignación de niveles de cumplimiento 46
VI. Recomendaciones 47
1. Recomendaciones al Jefe de Unidad San Ignacio de Loyola, Hogar Protegido Altona 47
Régimen y actividades 47
Contacto con el mundo exterior 48
Condiciones materiales 48
Salud 48
Medidas de protección 48
2. Recomendaciones a actores claves 50
VII. Seguimiento 52
VIII. Referencias Bibliográficas 53

Comité de Prevenció contra la Tortura

Comité de Prevención contra la Tortura
Expertas/os

Karen Espínola Solar, Daniel Soto Muñoz, Paula Valenzuela Delpiano, Claudine Litvak Cooper, Rosa Villa Fernández y Javiera Canessa Cordero,

Comisión de Visita

Javiera Canessa Cordero, Juan Carlos Cea Madrid, Karen Espínola Solar, Gonzalo Horstmeier Garote.

Equipo de investigación, análisis y redacción

Javiera Canessa Cordero, Juan Carlos Cea Madrid, Karen Espínola Solar, Gonzalo Horstmeier Garote.

Edición final

Karen Espínola Solar, Gonzalo Horstmeier Garote.

Santiago, xx de Septiembre, 2026

Esta publicación es de uso público, y sus contenidos pueden ser reproducidos total o parcialmente, citando la fuente.

Forma de citación sugerida

Comité de Prevención contra la Tortura [CPT] (2026), *"Informe de visita Hogar Protegido Altona – Rostros Nuevos, Hogar de Cristo"*. Chile

Abreviaturas

CESFAM	Centro de Salud Familiar
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CPT	Comité de Prevención contra la Tortura
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos
MINSAL	Ministerio de Salud
MNPT	Mecanismo Nacional de Prevención Contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes
OIRS	Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPCAT	Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
TEC	Terapia Electroconvulsiva

Introducción

El presente informe expone los hallazgos y resultados de la visita realizada por el Comité de Prevención contra la Tortura (CPT) al Hogar Protegido "Altona", dependiente de línea de discapacidad mental de la Organización social Hogar de Cristo. La visita tuvo lugar el día 29 de julio del año 2025, y su objetivo general fue analizar los factores de riesgo asociados con la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes que afectan a personas con diagnósticos de salud mental en estos recintos. Esta actividad forma parte de la programación anual de visitas preventivas y exhaustivas del CPT a diversos centros de salud mental del país.

Para la elaboración del informe, el Comité recopiló información primaria y secundaria que fue analizada en base a las siguientes dimensiones[1]: (1) Régimen de actividades; (2) Contacto con el exterior; (3) Condiciones Materiales; (4) Salud; (5) Trato; (6) Medidas de protección; (7) Gestión de personal; y (8) Autonomía.

El presente documento está dirigido al Hogar Protegido Altona, a las personas con diagnósticos de salud mental que residen en ella y a sus familiares, a la administración del hogar (Unidad San Ignacio de Loyola), al Servicio de Salud Metropolitana 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).

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

Presentación del Comité de Prevención contra la Tortura

El Comité de Prevención contra 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 se determine libremente.
- Reunirse con las personas que se encuentren en el lugar objeto de su visita y efectuar las entrevistas personales o grupales que estime pertinente.
- Realizar las recomendaciones pertinentes a las autoridades competentes del servicio responsable del lugar de privación de libertad.

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

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

I. Antecedentes

1. Marco jurídico

1.1. Marco jurídico internacional

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

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

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

> *"[…] promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.*
>
> *Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás".*

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

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

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

> *"Hacer cumplir la prohibición de la tortura en todas las instituciones de atención de la salud, tanto públicas como privadas, por ejemplo, entre otras cosas, declarando que los abusos cometidos en el contexto de la atención de la salud equivalen a un trato o pena cruel, inhumano o degradante; regulando las prácticas de atención de la salud con miras a prevenir los malos*

tratos bajo cualquier pretexto; e integrando las disposiciones de la prevención de la tortura y los malos tratos en las políticas de atención de la salud".

1.2. Marco 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 Nº 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención de salud; Ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad; y Ley N° 18.600, sobre deficientes mentales.

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

> *"Esta ley tiene por finalidad reconocer y proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral.*
>
> *El pleno goce de los derechos humanos de estas personas se garantiza en el marco de la Constitución Política de la República y de los tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes. Estos instrumentos constituyen derechos fundamentales y es, por tanto, deber del Estado respetarlos, promoverlos y garantizarlos".*

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

> *"La persona con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual es titular de los derechos que garantiza la Constitución Política de la República. En especial, esta ley le asegura los siguientes derechos:*
>
> 1. *A ser reconocida siempre como sujeto de derechos.*
> 2. *A participar socialmente y a ser apoyada para ello, en caso necesario.*
> 3. *A que se vele especialmente por el respeto a su derecho a la vida privada, a la libertad de comunicación y a la libertad personal.*
> 4. *A participar activamente en su plan de tratamiento, habiendo expresado su consentimiento libre e informado. Las personas que tengan limitaciones para expresar su voluntad y preferencias deberán ser asistidas para ello. En caso alguno se podrá realizar algún tratamiento sin considerar su voluntad y preferencias.*
> 5. *A que para toda intervención médica o científica de carácter invasivo o irreversible, incluidas las de carácter psiquiátrico, manifieste su consentimiento libre e*

informado, salvo que se encuentre en el caso de la letra b) del artículo 15 de la ley N° 20.584.

6. *A que se reconozcan y garanticen sus derechos sexuales y reproductivos, a ejercerlos dentro del ámbito de su autonomía, a que le sean garantizadas condiciones de accesibilidad y a recibir apoyo y orientación para su ejercicio, sin discriminación en atención a su condición.*
7. *A no ser esterilizada sin su consentimiento libre e informado. Queda prohibida la esterilización de niños, niñas y adolescentes o como medida de control de fertilidad. Cuando la persona no pueda manifestar su voluntad o no sea posible desprender su preferencia o se trate de un niño, niña o adolescente, sólo se utilizarán métodos anticonceptivos reversibles.*
8. *A recibir atención sanitaria integral y humanizada y al acceso igualitario y equitativo a las prestaciones necesarias para asegurar la recuperación y preservación de la salud.*
9. *A recibir una atención con enfoque de derechos. Los establecimientos que otorguen prestaciones psiquiátricas en la modalidad de atención cerrada deberán contar con un comité de ética, conforme lo dispone el artículo 20 de la ley N° 20.584.*
10. *A recibir tratamiento con la alternativa terapéutica más efectiva y segura y que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.*
11. *A que su condición de salud mental no sea considerada inmodificable.*
12. *A recibir contraprestación pecuniaria por su participación en actividades realizadas en el marco de las terapias, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que sean comercializados.*
13. *A recibir educación a nivel individual y familiar sobre su condición de salud y sobre las formas de autocuidado, y a ser acompañada durante el proceso de recuperación por sus familiares o por quien la persona libremente designe.*
14. *A que su información y datos personales sean protegidos de conformidad con la ley N° 19.628.*
15. *A no ser discriminado por padecer o haber padecido una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.*
16. *A no sufrir discriminación por su condición en cuanto a prestaciones o coberturas de salud, así como en su inclusión educacional o laboral".*

2. Contexto de la visita

2.1. Antecedentes sobre Residencias y Hogares Protegidos

El programa "Residencias y Hogares Protegidos" del Ministerio de Salud (MINSAL) nace el año 1998, con el objetivo de desinstitucionalizar a las personas con diagnósticos de salud mental que se encontraban al interior de las unidades de larga estadía de hospitales psiquiátricos. Para ello -y en concordancia con el Plan Nacional de Salud Mental del MINSAL (2001)- se crean los Hogares Protegidos y Residencias Protegidas como alternativas de residencia y apoyo social en la comunidad para personas con discapacidad mental (psíquica e/o intelectual). De acuerdo con la norma técnica

Nº53 sobre Hogares Protegidos del año 2000, aún vigente, estas unidades corresponden a *"una instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familias"* (MINSAL, 2000, p.11).

De esta manera, los Hogares Protegidos se configuran como iniciativas habitacionales de residencia permanente para personas con diagnósticos de salud mental (SM), con el fin de "Contribuir a abordar integralmente la salud mental y la discapacidad, mediante políticas públicas que mejoren los servicios a grupos vulnerables" y con el propósito de que "Personas con discapacidad psiquiátrica severa desarrollen habilidades básicas que les permiten integrarse a la vida en comunidad" (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017).

En la evaluación del Programa Residencias y Hogares Protegidos que realiza DIPRES (2020), se señala que, para el año 2019, existían 209 Hogares y Residencias Protegidas distribuidas a nivel nacional, con un total de 1.905 cupos disponibles y 1.867 personas beneficiarias -de estas, 1138 personas residían en Hogares Protegidos y 729 en Residencias Protegidas-. Si bien el número de estos establecimientos ha tenido un aumento creciente en los últimos años, se observa una constante lista de espera y una alta demanda para acceder a esta modalidad de atención residencial, según da cuenta la evaluación mencionada.

Por otro lado, el CPT considera relevante examinar estos centros, dado que -en base al análisis de distintas fuentes de información[2]- no se cuenta con suficientes datos a nivel nacional de las principales vulneraciones a los DD.HH. y los factores de riesgo asociados a la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes al interior de estos recintos. De acuerdo al Informe diagnóstico de caracterización y vulneraciones a los derechos humanos en el área de Salud Mental (CPT, 2021), se pudo recabar una ausencia de reclamos asociados a Hogares y Residencias Protegidas, lo que se puede explicar por ser unidades que se encuentran en la frontera de los servicios sanitarios, como establecimientos de apoyo social en la comunidad. Sin embargo, se observa que existen dos peticiones de usuarias/os en diferentes regiones, que desean egresar de Hogares Protegidos y, en ambas situaciones, se establecen limitaciones para hacer efectiva esta solicitud, vulnerándose el derecho a vivir de forma independiente y, a ser incluida/o en la comunidad (artículo 19 de la CDPD), en el que se establece que los Estados partes deben asegurar que *"las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico"* (NU, 2006).

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

2.2. Contexto en el que se enmarca la visita

El monitoreo -a través de visitas preventivas- a establecimientos en que se encuentran personas bajo cuidado del Estado se configura como una estrategia relevante para la prevención de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, a fin de identificar oportunamente aquellas áreas o factores de riesgo que pueden estar relacionados con su ocurrencia, según el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura (2002). En este mismo sentido, en el Manual de Recursos de la Organización Mundial de la Salud (2006) sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, se especifica que:

> "*el artículo 7 del PIDCP protege contra la tortura y el trato cruel, inhumano o degradante, y se aplica a las instituciones médicas, en especial a las que brindan atención psiquiátrica. La Observación General sobre el artículo 7 requiere que los gobiernos "provean información sobre las detenciones en hospitales psiquiátricos, las medidas para prevenir abusos, los procedimientos de apelación a disposición de las personas admitidas en instituciones psiquiátricas y las quejas registradas durante el período cubierto por el informe"*.

El CPT decidió realizar una visita al Hogar Protegido Altona, como parte de su planificación anual a distintos establecimientos de salud mental, entre ellos, aquellos con modalidad residencial de personas desinstitucionalizadas, ampliando a la información sobre las condiciones en que se encuentran las personas con discapacidad psíquica y/o dependencia en Hogares Protegidos. Se consideró además que este hogar depende de una organización privada sin ánimos de lucro, que permite observar el funcionamiento en este tipo de administración.

El Hogar Protegido Altona se inaugura el año 2013, y depende de la línea de discapacidad mental del Hogar de Cristo, siendo administrada por la Unidad San Ignacio de Loyola, la que cual cuenta con 7 hogares y 1 Programa Ambulatorio Domiciliario (PAFAM). El Hogar cuenta con una capacidad para 8 personas, las que al momento de la visita se desagregaban en 5 mujeres y 3 hombres. Respecto al financiamiento, funciona a partir de un convenio anual con el Servicio de Salud Metropolitano Norte, el cual contrata por 44 plaza Hogares. Según se reporta de la institución, el valor otorgado por personas es de $13.501 pesos diarios. Esta cantidad logra cubrir el 60% de los gastos, por lo que el 40% restante es financiado por el Hogar de Cristo, que se financia de aportes privados.

II. 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 bajo el cuidado y/o custodia estatal en el Hogar Altona.

Como **objetivos específicos** se propuso:

1. Explorar las condiciones de internación a nivel material, laboral e individual de las personas residentes en el establecimiento.
2. Explorar en las rutinas y atenciones en salud que reciben las personas al interior del recinto, identificando si se enmarcan en enfoque de género, ciclo vital y derechos humanos
3. Conocer los tratos que reciben las personas al interior del establecimiento, a través de la identificación de factores protectores y de riesgo.
4. Identificar prácticas institucionales que favorezcan u obstaculicen los procesos de desinstitucionalización de personas con discapacidad psicosocial, a partir del análisis de dispositivos residenciales.
5. Elaborar recomendaciones dirigidas a las diversas autoridades con competencia en la administración y funcionamiento del hogar protegido Altona, que inciden en factores asociados a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

III. 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

(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 del Hogar Altona. Adicionalmente, se realizó una revisión de la normativa internacional y nacional sobre los derechos de las personas con diagnósticos de salud mental, así como también de los protocolos y normativas técnicas nacionales e internacionales existentes en la materia e información específica del centro a visitar.

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

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

Durante la visita, se logró realizar un total de 5 entrevistas individuales y 3 conversaciones informales individuales o grupales con personas con diagnósticos de salud mental, así como la revisión de 4 fichas clínicas. A su vez, se realizó un total de 5 entrevistas individuales 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°1. Instrumentos aplicados y muestra lograda en el marco de la visita

Actor	**Tipo de instrumento**	**Total**
Personas con diagnósticos de SM	Entrevista individual	5
	Conversación informal	3
	Revisión de documentación clínica	4
Funcionarias/os del recinto	Entrevista individual	5
Observación de campo	Pauta de observación	1
TOTAL DE INSTRUMENTOS		**18**

Fuente: Elaboración propia

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 relaciona con la escasa información pública disponible de los Hogares Protegidos en general, lo que dificulta conocer sus condiciones actualizadas de manera previa a la visita.

3. Dimensiones y subdimensiones monitoreadas

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

Tabla N°2 Dimensiones y subdimensiones monitoreadas

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

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

Fuente: Elaboración propia

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 cumplimiento de cada dimensión, se utilizó una rúbrica de 5 niveles, la cual se divide en: (i) destacado; (ii) bueno; (iv) parcial; *y,* (v) insuficiente. La descripción de las evaluaciones aparece en la tabla 5.

Tabla N°3 Niveles de cumplimiento de las dimensiones

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

Fuente: Elaboración propia.

5. Consideraciones éticas

Durante el trabajo de campo, se le explicó la función del CPT y el objetivo de la visita a cada persona entrevistada y/u observada. Se utilizó una pauta de consentimiento informado, en la que se explicitó -entre otros elementos - el carácter voluntario, anónimo y confidencial de la entrevista, lo cual implica que en cualquier etapa la persona pudiese solicitar su término -sin ninguna repercusión-, como también que toda la información compartida en este proceso será únicamente conocida por las/os

profesionales del CPT que realizaron la visita, sin ser divulgada información de carácter personal y sensible. Asimismo, se especificó que, de utilizar citas en el presente informe, estas siempre son anonimizadas, a fin de disminuir posibles individualizaciones de su persona y así evitar efectos iatrogénicos y/o represalias hacia ellas/os.

IV. Hallazgos de la visita

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

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

1. Régimen y Actividades

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

1.1. Ingreso, clasificación y segmentación de las personas

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

El ingreso de las personas con diagnósticos de salud mental al Hogar, se realiza mediante derivaciones del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN). Se describe que este proceso consiste en que desde los centros de salud (COSAM, Hospitales, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak) envían una solicitud de ingreso a la referente del SSMN, adjuntando un informe médico y social de la persona derivada. La referente, una vez que toma la decisión de ingreso a un Hogar Protegido, según disponibilidad de cupos, envía la solicitud de ingreso al jefe de operación social territorial del Hogar de Cristo, quien junto al coordinador de la Unidad San Ignacio de Loyola, deciden en qué Hogar será derivada la persona según perfil, necesidades y requerimientos.

De acuerdo a lo informado, el Hogar Protegido Altona, mantiene un perfil de ingreso de personas con menos autonomía que el resto de los Hogares. Entre los criterios de inclusión, se considera que las personas manifiesten su voluntad para el ingreso, que sea mayor de edad, que mantenga autonomía en sus actividades cotidianas, que su discapacidad mental sea hasta moderado (no puede ser severo), compensado psiquiátricamente y que no presente consumo de sustancias al momento del ingreso. Otra forma de ingreso al Hogar es por traslados desde otros Hogares de la Unidad San

Ignacio de Loyola. Esta información contrasta con lo señalado por algunas/os de las/os residentes que fueron trasladados de unidades hospitalarias, quienes señalan desconocer el motivo de ingreso, mientras quienes fueron cambiados de Hogar, saben los motivos de sus cambios y son asociados a autonomía, necesidades de atención y cuidados.

Si bien, esta situación de cambio de hogares de las personas según surgen necesidades de cuidados, se comprende dado que los recursos económicos son limitados y un hogar determinado no puede asumir más gastos, se debe velar por la voluntad de las personas, en concordancia con lo señalado de manera explícita en la Norma Técnica Sobre Hogares Protegidos (MINSAL,2000), en su punto 3.5, que señala "No podrá egresarse a los residentes puesto que se trata de una instancia residencial. Todo cambio debe hacerse por voluntad del residente interesado".

En la misma línea, de las distintas fichas de ingreso revisadas en carpetas, no todas contaban con la firma de las/os residentes. Es de relevancia mencionar que no existen motivos arbitrarios de exclusión para el ingreso de las personas, tales como etnia, religión, entre otras.

En el hogar, las piezas se segmentan por género, existiendo 5 habitaciones, en la que 3 de ellas se comparte entre 2 personas y 2 habitaciones son individuales. Respecto a los baños, las/os residentes mencionan que estos son mixtos y son usados según disponibilidad, sin embargo, las/os funcionarias/os mencionan que esto se encuentran segmentados por sexo.

Relevante mencionar, que la casa se maneja cerrada con llave, por tanto el ingreso y egreso se realiza a través de autorización de la monitora. No obstante, una de las personas residentes más antiguas, mantiene llaves para cuando la monitora no está, organizar las salidas previa información entregada al respecto.

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.

En el Hogar las personas pueden interactuar en los distintos espacios, contando con un espacio de living con dos sillones de dos cuerpos y dos sillones individuales, en el cual existe un televisor, en el cual las/os residentes se ponen de acuerdo para decidir qué ver. En el patio posterior, existen algunas sillas para que los residentes puedan tomar el sol, sin embargo, este lugar se usa también para colgar ropa, por lo que gran parte del espacio se encontraba ocupado. Esto, acorde a lo informado por el Equipo de la Unidad San Ignacio, se explicaría por el modelo de intervención y las actividades propias de la vida cotidiana. Además, se señala que en la dependencias donde se encuentra ubicada la Unidad San Ignacio de Loyola, existe un amplio espacio comunitario, con una programación

permanente, a la cual acuden los residentes de distintos hogares y residencias, incluidos los del Hogar Altona. Por estas razones, se señala que el patio posterior del Hogar no constituye el principal espacio destinado a recreación.

Se destaca que, el espacio de la Unidad San Ignacio de Loyola, se encuentra a pocos minutos del Hogar, ofertando talleres de danza, karaoke, ejercicios, a los cuales acuden 3 veces a la semana las/os residentes del Hogar. Si bien estos son voluntarios, se estimula para que puedan ir todas/os. A este espacio concurren caminando, dada la cercanía en que se encuentra. Además, existen distintas funcionarias/os que realizan talleres para las/os residentes de todos los Hogares, entre ellos cine, danza terapia, entre otros. Así, este espacio cumple una función socializadora, que según lo reportado en las entrevistas promueve un sentido de pertenencia entre las personas con diagnósticos de salud mental.

Foto N°1: Unidad San Ignacio de Loyola



Fuente: Archivo interno Comité de prevención contra la tortura

Se destaca también que concurren voluntarios desde colegios a ejecutar actividades de recreación y personas que por motivación propia acuden para establecer acciones de espiritualidad, talleres de poesía, cortes de pelo y barbería. También acuden practicantes de distintas carreras universitarias de pregrado y estudiantes de la formación de post grado de arteterapia de la Universidad Finis Terrae, para realizar talleres afines. Es de relevar que se reporta una actividad de inclusión para personas con diversas discapacidades, realizadas por la Municipalidad de Conchalí, denominada “La voz de la inclusión”, la cual se encuentra abierta para aquellas/os que quieran participar. Además, existen grupos de personas y empresas cercanas al Hogar de Cristo que prestan servicios voluntarios para pintar las casas de Hogares y Residencias.

Otra de las actividades destacadas, se relaciona a los paseos que en ocasiones realizan de manera autónoma las residentes, concurriendo a plazas, parques, museos, entre otras; se reporta que para ello, utilizan aplicaciones de transporte y cada uno pone un monto de dinero para los gastos que se realicen. Además, se realizan celebraciones de cumpleaños organizadas y financiadas por ellos/as mismos/as y festividades en general.

Si bien se destaca la existencia de una gran diversidad de actividades, existe desconocimiento entre las/os residentes sobre la programación de estas, ya que solo son informadas uno o dos días ante a la monitora/or del Hogar, quién transmite la información a todas/os. En las asambleas se les ha pedido a las/os residentes sus opiniones y sugerencias respecto a qué tipo de talleres les gustaría participar, entre los cuales han surgido ideas relacionadas a que se realicen actividades en que ellas/os mismas/os pueden ser las/os monitoras/es, de acuerdo a sus habilidades y conocimientos, lo cual no se ha concretado. Asimismo, los días en que no existen estas actividades, la rutina en el hogar se torna poco estimulante. Además, de lo reportado, no se observaron actividades que permitieran generar apresto laboral.

Considerando lo anterior, en general las rutinas están marcadas principalmente por los horarios de comida y las tareas dentro de la casa; en cuanto a esto, en el Hogar se realizan asambleas todos los lunes, donde además de plantear temas de relevancia para las/os residentes (conflictos entre ellas/os, solicitudes, entre otras), las/os monitoras/es designan distintas funciones relacionadas con el aseo. De acuerdo a ello, los horarios establecidos para que las personas se levanten en las mañanas es entre las 07:00 y 07:30, momento en el cual toman desayuno, a las 09:00 realizan aseo de la casa, de acuerdo a lo designado en la asamblea. A las 13:00 horas se sirve el almuerzo, el cual es preparado por dos residentes que tienen a cargo esta función de manera permanente, según lo recabado, esto se realiza por voluntad de las personas y en consideración a que saben cocinar distinto alimentos, siendo ellas/os quienes deciden la minuta. A las 18:00 horas toman once y a las 21:00 ya se acuestan. La entrega de medicamentos se realiza tres veces al día, a las 09:00, 15:00 y 21:00 horas. En general, se plantea que los horarios se deben respetar.

También, como aspecto a mejorar, se pesquisa que los materiales lúdicos son escasos, contando solo con una televisión en el living de la casa y radios que poseen algunas/os residentes. No cuentan con otras alternativas de entretenimiento, entre ellos libros, revistas, juegos de mesa, entre otros.

Nivel de cumplimiento dimensión régimen y actividades

En síntesis, y atendiendo a los estándares referidos previamente, el CPT **evalúa esta dimensión como "bueno"**, en la cual se cumplen con la mayor parte de los estándares evaluados. Es de destacar que en el proceso de ingreso, existe un perfil claro respecto a las personas que son postuladas, así como la inexistencia de motivos arbitrarios para prohibir el ingreso de algunas personas.

Si bien se plantea la voluntariedad del ingreso, se observaron algunas fichas de ingreso en las que no estaba la firma de las personas, situación que debe ser revisada por el Hogar. Se permite y facilita la interacción entre todas las personas, contando con los espacios suficientes para que ello se produzca. Se destaca la existencia de distintas actividades realizadas fuera del Hogar, contando con el apoyo de la Unidad San Ignacio de Loyola y que este espacio permita un encuentro entre las/os residentes de otros Hogares, generando un sentido de pertenencia a este lugar. Asimismo, se destaca

que las personas puedan sugerir y realizar actividades de forma espontánea y que les permita organizarse y gestionar sus intereses, como por ejemplo, salir a parques, museos, entre otras.

Como aspectos que deben ser observados, son las rutinas que pueden ser poco estimulantes aquellos días que no acuden los talleres o para aquellas personas que deciden no ir. En este sentido se debe poner atención en el material lúdico con el que cuentan al interior del Hogar, ya que estos son escasos y en la programación de actividades que propendan al desarrollo de otras habilidades para la autonomía, como por ejemplo, apresto laboral. Asimismo, se debe poner especial atención en que los cambios de hogar, debe ser bajo el consentimiento explícito e informado de las personas.

2. Contacto con el mundo exterior

Esta dimensión está en correspondencia con los derechos humanos que les asisten a las personas con diagnósticos de salud mental, específicamente sus derechos de accesibilidad (ART. 9 de la CDPD) y en el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad (ART. 19 de la CDPD), y Artículo 11, título III de la Ley 21.331 "Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental".

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

2.1. Contacto con familiares y amigas/os

Según relatan entrevistadas/os, al ingreso, el coordinador de los hogares, al recibir la solicitud de ingreso revisa la ficha social que se envía desde los dispositivos de salud para verificar si existen redes. Una vez ingresadas/os, se les pide su consentimiento para que estas/os sean contactadas/os, lo que es evaluado por CPT como una buena práctica a mantener. Al momento de la visita, se reporta que solo 3 de las 8 de las personas residentes tienen un contacto con familiares; es de relevar que en su mayoría las personas que acuden a visitas o mantienen el vínculo con las personas del Hogar son mujeres. Se informa que el trabajador social intenta potenciar el vínculo, promoviendo las visitas, que se involucren en el proceso de recuperación o que establezcan algún tipo de contacto, pero en general esto no sucede.

Tanto los días como los horarios de visitas son libres, de lunes a domingo, solo se solicita que puedan avisar con anticipación (por lo menos un día) para que se encuentre alguna/un funcionaria/o para que pueda facilitar la entrada. Pueden ocupar cualquiera de los espacios de la casa para recibirlas y se les da privacidad. Está permitido el ingreso de comidas, excepto café, bebidas cola y cigarros. Según las/os residentes entrevistadas/os, algunas familias comparten con todas/os las comidas que llevan. También pueden salir del hogar para ocasiones especiales, siendo las mismas familias que van a buscar a las/os residentes y se encargan de llevarlos nuevamente a casa.

Respecto a otras formas de comunicación, el Hogar cuenta con teléfono fijo, en el cual pueden recibir llamadas sin restricciones. Para poder realizar llamados, deben solicitarlo a una/un monitora/or de la casa, pero este aparato no tiene salida a teléfonos celulares; si alguna/un residente necesita llamar a un teléfono móvil, la/el funcionaria/o a cargo presta su propio teléfono. Tres residentes cuentan con su propio celular.

2.2. Contacto con la comunidad

Se menciona que las personas pueden salir a realizar compras al mall, comercios cercanos, caminar a la plaza, lo cual deben realizar siempre acompañadas/os, excepto dos residentes que tienen autorización para salir solos, ya que estos mantienen mayor autonomía en sus funciones, lo que realizan con previo aviso a la/el monitora/or, señalando su destino y hora de regreso. También acuden a misa y estudiantes en práctica de distintas carreras han acudido al Hogar.

Las/os funcionarias/os entrevistadas/os, señalan que en la Unidad San Ignacio de Loyola se han realizado encuentros con las/os vecinas/os de las distintas casas de los Hogares que administran, incluyendo Altona, prestando sus instalaciones para que se realicen jornadas de conversación relativos a temas barriales -de seguridad, gestiones con el municipio, entre otros- lo que promueve que desde el barrio conozcan a las/os residentes.

Respecto a establecer contacto con la comunidad en temas relacionados con salud, se menciona que en una ocasión acudieron desde CESFAM para realizar un taller de hábitos saludables. No se reportan apoyos para temas económicos, empleabilidad u otros servicios comunitarios.

Se logra pesquisar que las personas se mantienen conectadas a la contingencia nacional y mundial, siendo la principal fuente de información los noticieros de la televisión.

Nivel de cumplimiento dimensión Contacto con el mundo exterior

En resumen, de lo observado y recogido en la visita, y atendiendo los estándares referidos a esta dimensión, el CPT **evalúa este componente como "bueno"**. Existen facilidades para que las personas puedan establecer contactos con sus familias, manteniendo una búsqueda inicial por parte del trabajador social e intentos de que las personas puedan ser apoyadas en su recuperación. Asimismo, cuentan con teléfonos fijos y celulares para poder establecer contacto, a pesar que sean pocas las personas que sostienen un apoyo de familias. Las visitas son libres en días y horarios, contando con privacidad para poder realizarlas. Se les permite a las/os residentes salir con estas. Se destaca los esfuerzos para mantener conectada a las personas con las contingencias e incluirlas en actividades comunitarias, permitiendo con ello una integración.

En este sentido, se resaltan las buenas prácticas del Hogar Altona, sumadas a las ya mencionadas, se agrega que se respeta el consentimiento de los residentes para definir a qué familiares contactar y/o vincular. Con ello, se insta a mantener la práctica en que los residentes pueden salir del Hogar ya sea de manera supervisada y/o individual según nivel de autonomía. Asimismo, se recomienda mantener la flexibilidad de días y horarios de visitas a residentes por parte de sus familiares.

Como ámbito a reforzar se requiere una mayor gestión en temas relacionados con apoyos a la integración de empleos, otros apoyos económicos además de las pensiones, entre otros.

3. Condiciones Materiales

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

La CDPD señala en su ART. 28 el derecho a un nivel de vida adecuado, en el que se expone que:

> "*los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad*".

3.1. Infraestructura: Emplazamiento, edificación y equipamiento

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

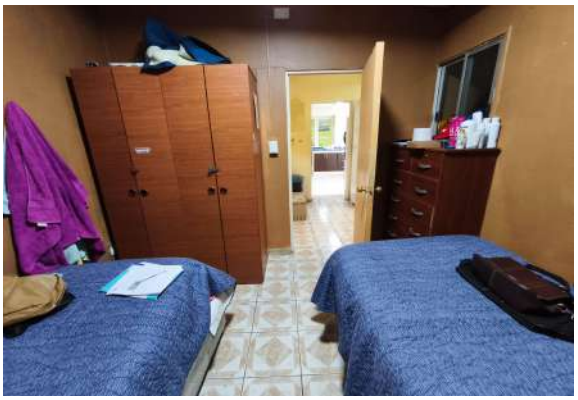
Respecto a la infraestructura, el Hogar Protegido Altona se encuentra ubicado en una comuna del sector norte de la ciudad de Santiago, en una casa de un piso, en la cual existen 5 habitaciones; 3 de ellas son ocupadas por dos personas y 2 piezas son individuales. Existe un comedor con espacio para los 8 residentes y un sector más pequeño de sillones con televisor. Si bien estos ambientes son poco espaciosos, se encuentran bien distribuidos.

Cuentan con un espacio de ante jardín, al cual acceden solo acompañadas/os por una/un monitora/or y un patio posterior amplio, al que pueden acceder cuando lo desean. Si bien en este lugar hay sillas, como ya fue mencionado anteriormente, en general está ocupado como tendedero de ropa.

En general las paredes se observan bien mantenidas, según se informa habrían sido pintadas recientemente. Han tenido problemas de filtración de lluvias, especialmente en uno de los baños, el cual fue reparado.

Foto N°2: Fachada hogar protegido Altona y habitación





Fuente: Archivo interno Comité de prevención contra la tortura

Las habitaciones, mantienen espacio suficiente y las/os residentes pueden decorarla según sus gustos. Cuentan con armarios y veladores. Una situación que llama la atención, es que una de las piezas individuales, ubicada al interior de la casa, se encuentra con hongos en el techo y en la pared. El Equipo del Hogar de Cristo, informa que la humedad es algo característico de la comuna y presente en todos los Hogares de la Unidad San Ignacio, razón por la que la Unidad desarrolla anualmente trabajos de pintura y recuperación de espacios interiores a través de diferentes estrategias como participación sociocomunitaria y voluntariado corporativo, sin embargo, la reaparición de humedad se ha transformado en algo permanente, por tanto, más que tratarse de una condición de ausencia de mantención, se vincula a una condición estructural que reconocen requiere de gestiones periódicas. Destaca en los trabajos de mantención el vínculo con la empresa Edenred, con quienes mantienen voluntarios que participan en dichos trabajos.

Las piezas que se encuentran en la zona posterior, cercana al patio, mantienen poca luz natural; una de ellas cuenta con una ventana que da hacia otra habitación, y la otra mantiene una ventana que da hacia un pasillo techado.

Foto N°3: Cielo de habitación con hongos y habitación exterior con poca luz natural



Fuente: Archivo interno Comité de prevención contra la tortura

3.2. Alimentación y agua

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

Respecto a la alimentación, se aprecia que es preparada en espacios limpios, contando con una cocina amplia y bien implementada. Según la distribución de labores, 2 residentes son los encargados permanentes de la preparación de las comidas, ya que es una labor que les gusta y la realizan bien, reportándose un adecuado manejo de los implementos de cocina y la elaboración de una dieta equilibrada, esta función es agradecida y valorada por el resto de los/as residentes. El comedor cuenta con una mesa larga donde caben las 8 sillas, donde si bien las personas suelen ocupar un puesto de manera habitual, no existen restricciones si quieren cambiar entre ellos . Según sea la distribución semanal, una/o de las/os residentes se encarga de la limpieza de este espacio.

Los horarios de comidas están definidos, entregándose tres comidas diarias -desayuno, almuerzo y cena- y dos colaciones. Esta es suficiente en cantidad y de buena calidad nutricional.

El agua es potable, contando con accesos permanente a ella.

Foto N°4: Cocina y alimentación





Fuente: Archivo interno Comité de prevención contra la tortura

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

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

En general todos los espacios están limpios y ordenados, sin la presencia de plagas o vectores, realizándose aseo de todas las dependencias en distintos momentos del día, lo cual se encuentra a cargo de las/os residentes. Respecto a la ventilación, existen ventanas suficientes en las zonas comunes, que permite una adecuada temperatura cuando en días calurosos. No obstante, como ya fue señalado, las piezas posteriores, ubicadas en exterior de la casa (ampliación), no cuentan con una adecuada ventilación dada las condiciones ambientales de humedad propias de la comuna.

Para la calefacción usan solo una estufa a gas, lo cual se reporta que no sería suficiente en invierno. Contaban con otra estufa que no funcionaba. Desde el equipo de la Unidad San Ignacio, informan que posterior a la visita se habría gestionado la incorporación de nuevos calefactores fortaleciendo el confort pero también cumpliendo criterios de seguridad y prevención de riesgo. Si bien el equipo CPT no ha constatado la implementación de esto, se destaca la proactividad y atención a las recomendaciones emitidas por el Comité, siendo una de las observaciones que se tendrán en cuenta en el proceso de seguimiento.

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

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

Respecto a los baños, estos se encuentran limpios y funcionan adecuadamente, permitiendo el acceso de todas/os las/os residentes. Ambos baños cuentan con apoyo de barra y silla de ducha. Estos son de uso mixto. Cuentan con agua caliente durante todo el día. Respecto a los útiles de aseo personal, se compran con las pensiones de las personas.

Respecto a la ropa, también son compradas con la pensión de cada residente, y cada uno puede vestirse según sus preferencias. Mantienen ropa adecuada para cada estación. Para la limpieza, cuentan con una lavadora y una secadora, teniendo turnos por día para que cada persona lave su ropa. Además, la ropa de cama es suficiente, cómoda y las sábanas son cambiadas una vez a la semana.

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

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

Respecto a la privacidad e intimidad, las/os residentes entrevistadas/os refieren que en sus piezas se sienten a gusto y pueden mantener privacidad en caso de que lo requieran. Las personas que comparten habitación en general mantienen acuerdos para vestirse o permanecer solas/os. Asimismo, se observa que cada una/o cuenta con un armario para resguardar sus pertenencias.

En cuanto a las medidas de seguridad, existe un “Plan de emergencia y evacuación” adaptado al hogar Altona, aprobado por un prevencionista de riesgos del Hogar de Cristo, en el que se describen los pasos a seguir frente a distintos siniestros. En este plan, destaca la necesidad de reducir los riesgos potenciales y los daños derivados de una emergencia en la estructura del edificio, las vías de escape y los lugares de reunión, así como fomentar hábitos de conductas seguras y autocontrol en todas las personas mediante la práctica del plan de evacuación. Se logró observar implementos y señalética necesaria para una posible evacuación, contando con extintores en el pasillo (tipo A) y cocina (tipo B). No obstante, a pesar de las indicaciones y detalle del plan, ni las/os funcionarias/os ni las/os residentes lo conocían ni tenían claridad de sus roles, aún cuando reconocían el patio interior como zona de seguridad.

Nivel de cumplimiento dimensión Condiciones materiales

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a las condiciones materiales, el CPT **evalúa este componente como "parcial"**. Se destaca que la casa en que se encuentra el hogar se encuentra bien distribuida y es cómoda para las/os residentes. Existe una adecuada mantención de las paredes y se han renovado algunos mobiliarios el espacio de patio es amplio, sin embargo, se ocupa como tendedero lo que interfiere para su uso con fines recreativos.

Las habitaciones cuentan con el espacio suficiente para las/os residentes y tienen muebles para guardar sus pertenencias. En general, las personas manifestaron agrado con este espacio, teniendo incluso la posibilidad de mantener privacidad cuando lo desean. Sin embargo, respecto a la habitabilidad, una habitación ubicada en el interior del inmueble, se encontraba con alto nivel de humedad, identificada por la cantidad de hongos en la pared y techo. Si bien la Unidad San Ignacio ya había identificado este problema y habrían intentado subsanar en el pasado, este ha sido reiterativo, lo cual explican que se debe a las condiciones ambientales de la comuna, por lo que la soluciones intentadas siguen siendo insuficientes para el problema de humedad .

En general el espacio se encuentra limpio y ordenado, con adecuada ventilación de los espacios comunes. No obstante, llama la atención la poca ventilación y escasa entrada de luz natural de las habitaciones posteriores. Otro aspecto a mejorar se relaciona con la calefacción del lugar. Esta última, según se informa desde el Hogar, se habría avanzado post visita mediante la incorporación de calefactores, situación que será monitoreada en el proceso de seguimiento.

Respecto a la alimentación esta es balanceada y adecuada tanto en cantidad como en lo nutricional. La comida es preparada por dos residentes que les agrada realizar esta labor.

En cuanto a la seguridad del lugar, cuentan con un plan de emergencia y evacuación muy completo, el que, sin embargo, tanto funcionarias/os como residentes desconocen.

Entre los hallazgos, se relevan prácticas que favorecen el respeto de los derechos de las/os residentes, entre ellas la distribución de dormitorios individuales según criterios de autonomía y necesidades de residentes. También es muy importante lo observado respecto a la individualización de los dormitorios, lo cual permite dar mayor identidad y sentido de pertenencia al espacio. Asimismo, se aconseja mantener la planificación de turnos para aseo de casa y lavado de ropa, brindando responsabilidades a residentes y con ello aumentando su autonomía.

4. Salud

La CDPD, señala en Salud (ART. 25):

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

4.1. Acceso a prestaciones y tratamientos de salud

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

Respecto al acceso a prestaciones de salud, tales como controles de patologías crónicas, exámenes, curaciones, entre otras, todas/os las/os residentes se encuentran inscritos en CESFAM Juanita Aguirre, donde se reporta que las atenciones en general son expeditas y mantienen una buena coordinación. Las consultas y controles de salud mental, la mayor parte de residentes se atiende en el Instituto Psiquiátrico Horwitz, donde acuden de forma mensual, reportándose que el trato y la calidad de atención son adecuados. En este lugar las/os residentes valoran especialmente las atenciones en terapia ocupacional, trabajo social y consejería familiar.

Tres residentes se atienden a COSAM de la comuna, sin embargo, en estas se reportan atenciones menos frecuentes. En general se señala que las atenciones en salud mental se centran en un modelo biomédico y solicitan poca información a las/os monitoras/es que acompañan a las/os residentes. Una situación que llama la atención de las/os funcionarias/os, es que en general, las personas ingresan con un esquema de medicamentos que sólo aumenta con el tiempo, según lo identificado en fichas y registros.

Frente a situaciones de urgencias, son derivadas/os al SAR u hospital San José. En estos lugares, las/os entrevistadas/os señalan que los tiempos de espera son demasiado largos, situación que en ocasiones genera agudización de los síntomas por los cuales acuden.

En cuanto a la documentación de salud, cada residente mantiene una historia médica que se mantiene adecuadamente resguardada en la oficina de las/os funcionarias/os. En cada archivo, las personas cuentan con una adecuada identificación de sus antecedentes personales (nombre, RUT, fecha de nacimiento, nacionalidad, estado civil y entidad que deriva), datos de familiares de contacto (nombre, teléfono, horarios de llamadas).

Existe también, un apartado de diagnóstico, el que incluye las categorías de salud física y mental; respecto a esto último, llama la atención en cada una de las fichas revisadas que las/os residentes mantienen una alta cantidad de medicación recetada. Se incluyen información de las/os médicos y/o otros profesionales tratantes de los distintos servicios - CESFAM, Instituto psiquiátrico Horwitz- incorporando en alguna de ellas, las indicaciones de terapeutas ocupacionales, consejeros familiares y asistente social. Se incluyen además los exámenes que se han tomado en las distintas instancias las/os residentes. Llama la atención que, si bien en las carpetas revisadas existe un documento de consentimiento para el ingreso al hogar protegido, estos se encuentran sin las firmas de las personas.

Cada persona cuenta con un Plan Individual de Trabajo (PIT), el que se encuentra a cargo de las monitoras. En este se estipulan objetivos acorde a las posibilidades para desarrollar al interior del hogar, basados en el fortalecimiento de habilidades cotidianas (duchas, rutinas de la casa, colaboración en el aseo, etc). Sin embargo, ninguno presenta la firma de las/os residentes. Este plan, según lo referido por las/os funcionarias/os, debería ser actualizado cada 6 meses, no obstante, esto no se encuentra registrado y al ser consultado a las personas, estas desconocen su plan. En el mismo sentido, no existe registro de opiniones o sugerencias de las mismas personas sobre su PIT.

Equipo de Unidad de San Ignacio, menciona que dicha observación ha sido acogida en tanto una oportunidad de fortalecimiento institucional. A la vez indica que, el perfil de las personas acogidas por el Hogar Protegido Altona, presentan distintos niveles de apoyo asociados a su discapacidad mental, al envejecimiento y, en algunos casos, a procesos de deterioro cognitivo u otras condiciones que pueden limitar temporal o permanentemente la comprensión de determinados procesos de planificación. En estos casos, el servicio procuraría implementar los apoyos necesarios para favorecer la participación de la persona en la mayor medida posible, adecuando la información, los tiempos y las estrategias de comunicación a sus características individuales, evitando que dichas limitaciones se traduzcan en una exclusión de la toma de decisiones.

En este sentido, cuando determinadas condiciones personales dificultan la formulación explícita de objetivos o la expresión formal de preferencias, el equipo orienta su intervención priorizando siempre el bienestar integral, la dignidad, la protección de derechos y el respeto por la individualidad de cada persona, procurando que las acciones desarrolladas respondan a sus necesidades, historia de vida, preferencias conocidas y procesos de recuperación. Todo esto acorde a la Ley N°21.331.

4.2. Características y dotación del personal de salud[3] al interior del establecimiento

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

Respecto al personal, el hogar cumple con la norma técnica respecto a la disponibilidad de cuidadores de acuerdo a las necesidades de cuidados de las/os residentes. Ante ello, el Hogar cuenta con 5 monitoras/es por turno, además del equipo técnico de la Unidad San Ignacio de Loyola, quienes realizan las labores administrativas y profesionales en todos los hogares de su territorio.

[3] Para el CPT, el personal de salud de los establecimientos incluye a todas/os las/os funcionarias/os que realizan acciones para mejorar la salud -tanto física como mental- de las personas que tienen bajo su cuidado y/o custodia.

Tabla N°4 del personal disponible

Cargo	Nº	Jornada	Sistema turno
Trabajadoras/es sociales	1	Completa	No
Monitores	5	Completa	Turno especial
Asistente administrativa	1	Completa	No
Jefe de Unidad	1	Artículo 22	No

Fuente: Elaboración propia

Según lo informado por la Unidad San Ignacio, pesquisado, las/os funcionarias/os del Hogar de Cristo, cuentan con una escuela de formación, que se encarga de los procesos formativos internos de la institución. Esta instancia ofrece capacitaciones permanentes durante todo el año, en modalidad presencial, online y sincrónica, todas con certificación oficial. Entre los temas que se encuentran en programación, se señalan; patologías de salud mental, manejo seguro de medicamentos, enfoque de reducción de daño, enfoque de derechos, herramientas de computación (nivel básico e intermedio), contención ambiental en situaciones de crisis, gerontología, acompañamiento en actividades de la vida diaria con personas con discapacidad mental, entre otras. Se señala que las/os monitoras/es de los hogares Protegidos tienen acceso permanente a estas instancias formativas durante todo el año, previa solicitud y autorización de su jefatura directa, de modo de garantizar su participación sin afectar los turnos de supervisión.

Sin embargo, esta información contrasta con lo referido por las/os funcionarias/os entrevistadas/os, quienes mencionan desconocimiento respecto a estas instancias formativas, por lo que mencionan que no han participado en capacitaciones durante los últimos años.

4.3. Infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos médicos

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

Respecto al suministro de medicamentos para tratamientos por diagnósticos de salud mental, estos son entregados por los centros de atención de cada residente, que en su mayoría se encuentran bajo control médico en el Instituto psiquiátrico Horwitz. En este lugar, acuden con monitores/as, pero en general ingresan solas/os la atención. Retiran sus medicamentos en el mismo Instituto, siendo guardados por las/os cuidadoras/es en un estante con llave, y diferenciados en casilleros por cada persona.

Los/as residentes han recibido su medicación de manera ininterrumpida, destacando además que no se han presentado equivocaciones en la administración de estos.

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.

Respecto a los exámenes y controles de salud, estos son determinados por los centros tratantes, y según lo observado en fichas clínicas, las personas han mantenido atenciones y derivaciones periódicas. Destaca además que ante la solicitud de exámenes que no se puedan realizar en los centros de atención en salud mental, el Hogar de Cristo cuenta con un convenio con la clínica UC Christus, a la cual acuden cuando necesitan. En cuanto a las derivaciones para tratamientos de salud general, se reporta que existe una adecuada gestión.

Respecto a la promoción y al derecho a vida afectiva y sexual, se señala que son temas que deben ser abordados en CESFAM. En el hogar no se trabaja ni se ha llegado a acuerdos en torno a ello. Las/os funcionarias/os señalan que en el caso de que alguna/un residente exprese sus deseos de tener una vida sexual activa en pareja, se les conmina a que lo hagan fuera del hogar. Respecto a las personas con diagnósticos de salud mental entrevistadas, mencionan que las actividades sexuales se encuentran prohibidas.

En relación a este punto, el equipo de la Unidad San Ignacio de Loyola, menciona que la percepción manifestada por algunas personas residentes dice relación, principalmente, con las normas de convivencia propias de un dispositivo residencial compartido, donde conviven varias personas que poseen derecho a la privacidad, al descanso, a la intimidad y al uso respetuoso de los espacios comunes. En aquellos casos en que existen relaciones de pareja consentidas entre las/os residentes, el equipo realiza acompañamiento, orientación y apoyo para el ejercicio responsable de su vida afectiva y sexual, promoviendo alternativas que permitan resguardar tanto su intimidad como la convivencia del hogar.

Se señala que todas las residentes se encuentran esterilizadas (lo que habrían realizado varios años antes del ingreso al hogar, mayoritariamente en contextos hospitalarios). Según relata una/o de las/os funcionarias/os, una residente, a quien no identifica con su nombre, le habría señalado que previo a su ingreso al Hogar, fue esterilizada sin su consentimiento, situación de la cual no habría dado más detalles. Si bien el objetivo principal de este informe es dar cuenta de lo observado en el Hogar Altona y analizar los factores de riesgo asociados a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, es importante relevar que estas prácticas que vulneratorias, se inscriben en un patrón ampliamente documentado por organismos internacionales, según el cual las mujeres con discapacidad psicosocial o intelectual han sido históricamente consideradas “incapaces” de tomar decisiones respecto de su cuerpo, sexualidad y reproducción, lo que ha derivado en prácticas de esterilización forzada o coercitiva (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [CDPD], 2014, 2017).

Ante esta situación, este Comité enfatiza en que la esterilización sin consentimiento constituye una violación grave de los derechos humanos y se encuentra expresamente prohibida por el derecho

internacional, al vulnerar los derechos a la integridad personal, a la salud, a la vida privada y a la no discriminación. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que los Estados deben reconocer la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones, garantizar el acceso a apoyos para la toma de decisiones y asegurar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, prohibiendo toda práctica basada en sustitución de la voluntad (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006; CDPD, 2014). Asimismo, el Comité ha sido enfático en señalar que la esterilización forzada de niñas, adolescentes y mujeres con discapacidad puede constituir tratos crueles, inhumanos o degradantes, e incluso tortura, cuando se realiza sin consentimiento libre e informado (CDPD, 2017; Relator Especial sobre la tortura, 2013).

Nivel de cumplimiento dimensión Salud

En síntesis, y atendiendo los estándares referidos a salud, el CPT **evalúa esta dimensión como "parcial".** Se destaca la adecuada coordinación con centros de salud y especialmente en las atenciones de salud mental, donde mantienen controles periódicos con el COSAM y el Instituto psiquiátrico Horwitz. Sin embargo, la atención en estos lugares se centra en un modelo biomédico, con poca integración de objetivos psico sociales.

Otro de los aspectos relevantes, se relaciona con que el hogar no cuenta con errores en la administración de medicamentos, por lo que se reconoce el trabajo de las/os monitoras/es a cargo. Además, se reconoce la importancia de las gestiones realizadas para mantener convenios con la clínica UC Christus para acceso a exámenes y otros requerimientos.

Cada persona cuenta con un plan individual de trabajo (PTI), el que contiene metas relacionadas a la funcionalidad y autonomía de las personas. Si bien se indica que este es trabajado con cada residente, las historias clínicas revisadas no cuentan con la firma de aprobación ni tampoco espacios para que las/os residentes puedan opinar o integrar objetivos que deseen alcanzar.

En cuanto al personal, existen funcionarias/os suficientes para apoyar las labores del hogar, lo cual se complementa con la supervisión e intervención de las/os profesionales de la Unidad San Ignacio de Loyola. Si bien existe una oferta programática proporcionada por la plataforma el Hogar de Cristo, que las/os funcionarias/os pueden acceder de manera permanente, se observa como necesaria la socialización constante a las/os funcionarias/os para que puedan acceder a estas. Ante ello, se destaca y el trabajo en base a la escuela de formación en el centro comunitario para funcionarios/as, por lo que es muy necesario que se fortalezca la difusión de los mismos, incluyendo diversidad horaria según las labores y funciones que desarrollan.

Respecto a la promoción en salud, se señala que son los distintos espacios de salud en que se encuentran las personas los encargados de establecer campañas preventivas en distintas áreas. Uno de los temas que genera preocupación se relaciona con la salud sexual y reproductiva; si bien la sexualidad en personas con diagnósticos de salud mental es tema poco abordado y con lineamientos difusos, en el hogar se tiende más bien a controlar mediante la prohibición. De gran preocupación son aquellas situaciones de esterilización forzada, que si bien no se relaciona con la gestión directa del hogar -y por ende no interfiere en el nivel de logro estipulado por el CPT- es de relevancia visibilizar estas prácticas con el fin de que sean erradicadas.

5. Medidas de protección

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

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

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

5.1. Acceso a información

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

En cuanto a las reglas del hogar, son socializadas con las/os residentes al ingreso de estas/os, donde se les explicita las obligaciones que deben cumplir, por parte de monitores así como desde residentes más antiguos. Algunas de las principales reglas son que no pueden comer en dormitorios, no fumar dentro de casa y mantener las buenas relaciones con las/os otras/os residentes y funcionarias/os. Sobre sus derechos, las personas mantienen un desconocimiento general. Se desconoce si en los recintos de salud (COSAM, Instituto psiquiátrico) se fortalece el ejercicio de derechos.

Relacionado a lo anterior, según las/os funcionarias, los equipos tratantes explican a las/os residentes sobre sus diagnósticos y efectos de la medicación, no obstante, las/os residentes no logran integrarlos del todo. En este sentido, las personas mantienen en general un discurso relacionado con conocer sus diagnósticos, bajo una idea de que estos son irreversibles, por lo cual deben tomar su medicación de manera permanente.

Ante ello, se observa que las personas no realizan cuestionamientos o no tienen acceso a evaluar alternativas al tratamiento farmacológico, sin embargo, reconocen sus medicamentos (especialmente por las formas y colores que tienen), advirtiendo cuando estos son cambiados y solicitando explicaciones al ser modificados. Como se mencionó en párrafos anteriores, en general, los objetivos terapéuticos se basan en lo biomédico, sin la integración de objetos psicosociales, y si

bien en el hogar se establecen objetivos en el PIT relacionados a la mantención de rutinas, habilidades y autonomía, estos podrían verse complementados en un trabajo conjunto con los centros de salud.

En cuanto a sus fichas médicas, las personas pueden acceder a estas, pero las/os entrevistadas/os desconocen que las pueden pedir.

Al respecto el equipo de Unidad San Ignacio, menciona que las carpetas individuales constituyen registros de trabajo de libre acceso para las personas acogidas, conforme a los principios de transparencia, participación y respeto por sus derechos. En ningún caso existe una restricción institucional que impida a las personas acceder a la información contenida en sus carpetas individuales. En el caso particular del Hogar Protegido Altona, las carpetas individuales se resguardan en la oficina administrativa del hogar, medida que responde exclusivamente a criterios de organización, confidencialidad y protección documental. No obstante lo anterior, se reconoce que existe una oportunidad para fortalecer la difusión de este derecho, informando de manera más explícita a las personas residentes.

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.

Según refieren las/os residentes, cuando tienen alguna queja o situación de molestia, se lo mencionan directamente a las monitoras/es y en caso que necesiten, pueden hablar con alguna persona del equipo profesional de la Unidad San Ignacio, quienes acuden de manera frecuente al hogar. En este sentido, no existía un medio anónimo ni protegido para que las personas puedan expresar sus quejas y/o realizar denuncias frente a eventos de mayor gravedad; a modo de ejemplo, se reporta que en una situación un monitor fue acusado de un hecho de vulneración grave, ante lo cual se optó como medida de protección cambiarlo de Hogar.

Una situación que llama la atención de los referido por las/os residentes es que cada vez que existe una situación de descompensación, intentan solucionarlo entre ellas/os, con el fin de que esto no escale y sea resuelto por los monitores, ya que de lo contrario frente a estas situaciones, las persona son derivadas de inmediato al Instituto psiquiátrico Horwitz, donde reciben contención farmacológica. Ante ello, algunas/os residentes ocupan un rol de contención y mediador de los conflictos entre ellas/os.

Lo anterior es concordante con lo señalado por las/os funcionarias/os entrevistadas/os, mencionando que en general logran anticiparse a situaciones de mayor conflicto, debido a que conocen los cambios que experimentan las/os residentes, sin embargo, una vez que ya se han descompensado, los llevan a la urgencia del Instituto Psiquiátrico Horwitz.

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

5.3. Acceso a la justicia y reparación

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

Según lo informado, han existido situaciones de vulneración en distintos ámbitos, las que han sido denunciadas y resguardadas con medidas como se mencionó en párrafos previos, donde el monitor acusado habría sido trasladado de hogar. Se menciona que a las personas afectadas se les ha prestado apoyo en la instancia de denuncia.

En general las/os funcionarias/os entrevistadas/os señalan que ante situaciones que puedan ser constitutivas de delitos, las informan a la Unidad San Ignacio de Loyola, desde donde mantienen claridad respecto al "Protocolo de prevención y acción frente a maltrato hacia personas atendidas adultas por parte de equipos", desarrollado por el Hogar de Cristo. Este protocolo, señala que frente a una situación de maltrato, la persona responsable de la ejecución de este es la jefatura de Programa, quien debe investigar oportunamente y proteger y resguardar, adoptando las medidas necesarias para la protección y resguardo de las personas atendidas.

Asimismo, se señala que todas las acciones, desde la detección hasta las medidas adoptadas, deben quedar registradas en el libro de novedades o símil. En este documento, se señala de manera explicita que la persona que es testigo o recibe información y/o denuncia sobre maltrato y/o cualquier tipo de abuso informa de manera inmediata a Jefa/Jefe de Programa, trabajador o trabajadora que realiza la denuncia a jefatura debe hacerlo a través de una declaración por escrito debidamente firmada y que en caso de acciones que constituyen delito (abuso sexual o maltrato físico) o flagrancia denunciar de inmediato y constatar lesiones -en los organismos competentes para ello- ("Protocolo de prevención y acción frente a maltrato hacia personas atendidas adultas por parte de equipos", Hogar de Cristo).

5.4. Egreso

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

Se destaca que la residencia no prohíbe el egreso a las personas por motivos arbitrarios -tales como etnia, género, religión u opinión política, entre otras-, lo que queda supeditado a la disponibilidad de redes de apoyo. Sin embargo, se señala que los únicos egresos que se han producido desde la creación del hogar, han sido por fallecimiento o por traslado hacia otro hogar o residencia protegida. En este sentido, existe coherencia con lo planteado en la Norma Técnica sobre hogares protegidos

(MINSAL, 2000), se señala que *No podrá egresarse a los residentes puesto que se trata de una instancia residencial. Todo cambio debe hacerse por voluntad del residente interesado.*

En general no se realizan actividades para que las personas desarrollen habilidades laborales y puedan vivir de manera autónoma. Solo un residente, proveniente de otro hogar de la misma red de Hogar de Cristo, ha mantenido labores remuneradas y debido a una agudización de su cuadro clínico debió suspenderlas, pero en caso de que este decida reiniciar sus labores, sería apoyado por el hogar. Otra de las personas, ha manifestado intereses en actividades que le permitan más autonomía (por ejemplo acceder a empleos, vivir de forma autónoma), pero señala que no ha sido tomado en cuenta.

Llama la atención que según las/os residentes entrevistadas/os, señalan que en caso de querer egresar del hogar, la única alternativa es volver a la internación psiquiátrica. Ello explicado en su mayoría por la falta de redes comunitarias y/o familiares con quienes proyectar un egreso.

El equipo de la Unidad San Ignacio, indica que resulta pertinente considerar que este dispositivo corresponde al hogar residencial de mayor nivel de apoyo de la Unidad San Ignacio de Loyola, acogiendo principalmente a personas con discapacidad mental que, por sus características funcionales, cognitivas, sociales y de salud, requieren un acompañamiento de mayor intensidad para el desarrollo de su vida cotidiana y la mantención de su estabilidad biopsicosocial.

En este sentido, el ingreso al Hogar Protegido Altona responde a un proceso de evaluación efectuado por la red de salud mental y por el propio Servicio, determinándose la necesidad de una modalidad residencial con supervisión permanente y apoyos continuos para favorecer la permanencia en la comunidad en condiciones de seguridad, dignidad y bienestar. Por ello, los objetivos de intervención priorizados en este dispositivo se orientan principalmente al mantenimiento y fortalecimiento de la autonomía posible, la rehabilitación psicosocial, la estabilidad clínica, la participación comunitaria y la mejora de la calidad de vida, más que a procesos inmediatos de transición hacia modalidades de vida con menor nivel de apoyo.

Respecto de la percepción manifestada por algunas personas acogidas sobre una eventual reinstitucionalización, se estima que esta responde, principalmente, a experiencias previas de institucionalización prolongada y a la representación histórica que muchas de ellas mantienen respecto de los dispositivos residenciales de salud mental.

5.5. Supervisión independiente. Medidas de Prevención

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

Según lo recabado, entrevistadas/os relatan que han recibido visitas y orientación del Servicio de Salud Metropolitano Norte. De manera frecuente acuden desde el Instituto psiquiátrico Horwitz y desde la coordinación social del Hogar de Cristo.

En cuanto al establecimiento de medidas de protección, existe una serie de protocolos, entre ellos;

- Prevención y acción frente a maltrato hacia personas atendidas adultas por parte de equipo
- Acción frente a maltrato, abuso o acoso de personas atendidas hacia equipos.
- Detección y acción frente a maltrato entre personas participantes.
- Acción frente a maltrato, abuso o acoso entre personas trabajadoras.
- Acción en caso de fallecimiento de participante en programa.
- Acción en caso de síndrome de abstinencia en participantes de programa (Aplica a adultos/participantes en general).
- Acción para la derivación de participantes frente a urgencias y emergencias de salud general.
- Prevención y acción frente a Emergencias de Salud Mental y derivación de participantes.
- Apoyo en la ingesta y administración de fármacos en participantes.

En el "Protocolo de prevención y acción frente a maltrato hacia personas atendidas adultas por parte de equipos", que tiene como objetivo *prevenir e investigar oportunamente situaciones que den indicio de maltrato físico, psicológico, acoso o abuso sexual cometidas por trabajadores/as hacia personas atendidas adultas, adoptando las medidas necesarias para la protección y resguardo,* como principales medidas de prevención, se señala que;

- El equipo completo debe internalizar y ser capacitado anualmente en el protocolo, además de revisar el "Manual de uso maltrato, acoso y abuso hacia personas adultas" (Manual que define cada forma de maltrato, entre ellas maltrato físico, sexual, entre otros).
- El equipo debe organizarse para mantener supervisión visual y presencial permanente de las personas y supervisar recurrentemente todos los espacios, con especial énfasis en baños y dormitorios (cuyo uso es exclusivo para las personas atendidas).
- Reglas de conducta, prohibiendo mantener relaciones fuera del marco estrictamente profesional (incluyendo relaciones amorosas) y cometer abusos de conciencia en contra de los participantes.
- Control de acceso de personas externas, las que deben ser autorizados y registrados en el libro de novedades.

En cuanto a las funcionarias/os del hogar, señalan conocer este este último protocolo, así como el de prevención y acción frente a Emergencias de Salud Mental y derivación de participantes, siendo reconociendo cómo aplicarlo en caso de requerirlo.

Nivel de cumplimiento dimensión medidas de protección

En síntesis, y atendiendo los estándares ya referidos, el CPT **evalúa este componente como "bueno".** Una de las prácticas que se valora y se debe mantener en el hogar, se relaciona con que al ingreso de cada residente, se les informa las reglas del espacio, manteniendo un refuerzo de estas durante el tiempo, por lo que las personas mantienen claridad de estas. Sin embargo, no existen referencias de que hayan sido informadas/os respecto a sus derechos.

Respecto a los diagnósticos de salud mental de las personas, se señala que han sido informadas/os respecto a manifestaciones sintomática, sin embargo las personas tienen una visión más bien asociada a la irreversibilidad de estas lo que afecta en su comprensión completa y con ello las alternativas de terapias que puedan presentar. Si bien cuentan con un plan individual de trabajo en el hogar, estos objetivos no están necesariamente alineados con los objetivos en los centros de salud.

Respecto a los mecanismos de solicitudes y quejas, no existen medios anónimos que protejan a las personas que quieran realizar un reclamo. Respecto a los conflictos que se suscitan dentro del hogar, las personas han desarrollado estrategias para resolverlo y con ello evitar que las situaciones de descompensación escalen, ya que se acostumbra a llevar a las/os residentes al Instituto psiquiátrico Horwitz, donde son contenidos farmacológicamente.

Se destaca la existencia del Protocolo de prevención y acción frente a maltrato hacia personas atendidas adultas por parte de equipos, con el cual existen pasos claros al momento de que se presenten situaciones de malos tratos. Asimismo, ante este tipo de experiencias, se ha prestado apoyo a las/os denunciantes.

Respecto a los egresos, se señala que no se han producido del hogar y si bien la Norma técnica sobre hogares protegidos refiere explícitamente que un egreso solo se debe realizar por voluntad de las/os residentes, existe una baja preparación para que las personas logren mayor autonomía y con ello poder solicitar un posible egreso.

Se destaca que desde el Hogar de Cristo han desarrollado una serie de protocolos que permiten resguardar el derecho de las personas, entre los más destacados se encuentra el "Protocolo de prevención y acción frente a maltrato hacia personas atendidas adultas por parte de equipos" y el de "Prevención y acción frente a Emergencias de Salud Mental y derivación de participantes".

6. Trato

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

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

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

Se destaca que, en general, se pudo observar un trato digno y afectuoso hacia las personas, en el cual las funcionarias/os se muestran cercanas/os a las/os residentes. Las buenas relaciones y confianza al interior del hogar, favorecen que las personas puedan sentirse agradadas y apropiadas

del espacio. Con ello pueden resolver de manera más autónoma situaciones domésticas, distribuir adecuadamente las tareas y anteponerse a los conflictos.

No se reportan contenciones físicas con las/os residentes y solo se administra contención farmacológica prescritas por la/el médico tratante y con autorización de las personas. Sin embargo, algunas/os residentes mencionan la existencia de amenazas de expulsión en caso de que no se acaten las normas -cambio de residencia- o ser derivados al Instituto psiquiátrico Horwitz, donde en general aplican contención farmacológica. Si bien, en general las personas se muestran tranquilas y seguras en el espacio, esta situación se configura como amenazante para ellas/os.

Las/os funcionarias/os mantienen información respecto a contención ambiental, conociendo las preferencias de las personas para favorecer su tranquilidad, por lo que logran evitar crisis, aunque en la documentación clínica no existen indicaciones respecto a las estrategias utilizadas para ello, lo que afecta en la transmisión de estos procedimientos hacia otras/os funcionarias/os.

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

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

El CPT destaca que en el hogar no existe aislamiento y que la mayor parte del tiempo se actúa de manera oportuna para evitar escaladas en las crisis que se puedan presentar. En este sentido, se observó una relación de confianza entre las/os funcionarias/os y residentes, situación que permite anticipar descompensaciones y que se mantenga un clima armonioso, predominando las contenciones ambientales y emocionales. Además, la figura de algunas/os residentes que actúan como mediadores, favorece la estabilidad en las relaciones.

6.3. Violencia institucional (violencia física, psicológica, sexual, discriminación, extorciones, amenazas, descuido o indicios de tortura o malos tratos, abuso patrimonial entre otros)

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

Si bien, lo observado y reportado por las/os entrevistadas/os, da cuenta de un trato amable y afectuoso, han existido situaciones de malos tratos en el pasado que han afectado a las/os residentes. Se reporta que en una ocasión, una cuidadora que acudía como reemplazo agredía verbalmente a algunas personas y en ocasiones ejercía tratos bruscos con ellas. Se reporta que como esta funcionaria sólo acudía de manera temporal (reemplazo ante licencias, vacaciones u otras necesidades), y ante reclamos se optó por no llamarla más. Se observa que si bien el

"Protocolo de prevención y acción frente a maltrato hacia personas atendidas adultas por parte de equipos", se señala frente a situaciones de malos tratos se debe reportar a las jefaturas, las/os funcionarias/os desconocen si esta situación se realizó de esta manera.

Existe otra situación de abuso patrimonial, donde una/un funcionaria/o sacaba el dinero de las/os residentes para fines personales. Esta situación fue detectada y la persona involucrada fue desvinculada. Finalmente, se reporta una denuncia por una vulneración grave, que como fue señalado en párrafos anteriores, se denunció ya que el relato fue recibido por un vecino que llamó a Carabineros; se desconoce en qué se encuentra dicha denuncia.

6.4. Violencia entre usuarias/os (violencia física, psicológica, sexual, discriminación, extorciones, amenazas, descuido o indicios de tortura o malos tratos, abuso patrimonial, entre otros)

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

El trato entre residentes se observa amable y respetuoso, incluso se señala que tienden a apoyarse y buscar estrategias de contención ante desajustes conductuales. En este sentido, dos residentes se configuran como claves a la hora de enfrentar conflictos, quienes asumen un rol de mediadores entre sus compañeras/os. No obstante, según lo informado se generan conflictos por situaciones cotidianas, que en general son resueltas por las/os monitores/as.

Nivel de cumplimiento dimensión Trato

Atendiendo los estándares referidos a esta dimensión, es evaluada por el CPT como **"Bueno"**, donde se destaca un trato digno y respetuoso de las/os funcionarias hacia las/os residentes, lo que les permite conocer sus preferencias y mantener confianza general en lo cotidiano. Cuando una/un residente se encuentra más agitada, en general se usa contención farmacológica indicada por las/os médicos tratantes y con el consentimiento de la persona. Sin embargo, algunas/os residentes reportaron que se han usado amenazas de expulsión o traslado al Instituto psiquiátrico Horwitz como medida de control conductual, situación que es de preocupación para este Comité.

Se reportan algunas situaciones de vulneración, en que las personas involucradas fueron alejadas del hogar. El trato entre residentes es en general bueno, pero se producen situaciones de conflictos propias de las convivencia que son solucionados de manera oportuna.

7. Gestión del establecimiento y del personal

La gestión, formación y bienestar de las/os funcionarias/os es preponderante en la atención hacia las personas con diagnósticos de salud mental. La CDPD exige a los Estados Partes "*promover la formación de los profesionales y el personal que trabajan con personas con discapacidad respecto de los derechos reconocidos en la presente Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos"* (ART. 4, letra i);

"*Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado*" (ART. 25, letra d);

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

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

Estándares evaluados: (1) El establecimiento cuenta con las autorizaciones y otros documentos necesarios para poder funcionar adecuadamente (autorización sanitaria, políticas que rigen la convivencia y protocolos de seguridad, entre otros). (2) El ambiente laboral es agradable y respetuoso de las/os trabajadoras/es y no existen problemas laborales tales como hechos de maltrato o acoso laboral; (3) La carga laboral es adecuada; (4) Las/os trabajadoras/es tienen una remuneración coherente con sus funciones; (5) El personal se siente valorado en su trabajo, por la jefatura y por la comunidad.

Respecto al funcionamiento del hogar, es relevante mencionar que según norma técnica, no es necesaria autorización sanitaria. Según reporta la dirección, a través de respuesta a cuestionario institucional enviado posterior a la visita, el hogar Altona cuenta con un presupuesto 70.365.000, lo que cubriría un 60% de los gastos de funcionamiento, situación que genera que el restante 40% sea asumido por el Hogar de Cristo.

En relación a las condiciones laborales del centro, se destaca que las/os funcionarias/os entrevistadas/os mencionan un clima laboral agradable, reconociendo el apoyo institucional para un desarrollo óptimo de sus labores, sintiendo respaldo de la coordinación directa y de la institución en general. En cuanto a la carga laboral, las/os monitoras/es realizan turnos de 12 horas (día- día- libre- noche- noche- libre – libre) y si deben realizar horas extras, estas son pagadas. Se destaca también que en horarios de almuerzo, las/o funcionarias/os pueden acudir al espacio de la Unidad San Ignacio de Loyola, donde comparten con monitoras/es y profesionales de otros hogares y residencias, situación que es altamente valorada por las/os trabajadoras/es.

A pesar del fuerte compromiso y dedicación por parte de las/os funcionarias/os de ambos hogares y de la administración de estos, es posible advertir remuneraciones insuficientes, alcanzando un total de 600.000 pesos mensuales para las/os monitoras/es.

Respecto a instancias de auto cuidado, existen instancias formales que se realizan al menos dos veces por semestre, totalizando cuatro actividades anuales, orientadas al bienestar, la contención emocional y el fortalecimiento del vínculo laboral. Además, las/os funcionarias/os pueden participar en las actividades recreativas y celebraciones institucionales impulsadas por el Hogar de Cristo para sus trabajadores, tales como el aniversario institucional, fiestas patrias, navidad, entre otras, que también contribuyen al reconocimiento y bienestar del equipo. CPT destaca las acciones de cuidado de equipo favorecidas por el Hogar de Cristo.

Otro aspecto a destacar es que dentro de los protocolos desarrollados por la institución, existe el "Protocolo de acción frente a maltrato, abuso o acoso entre personas trabajadoras", el que tiene como objetivo abordar adecuadamente situaciones de maltrato físico, psicológico o violencia sexual que afecten a trabajadoras y trabajadores por parte de otra persona que trabaje en la Fundación. Se señala en este que la jefatura de programa es la persona responsable de la ejecución del protocolo, pudiendo delegar acciones y frente a situaciones acoso o maltrato, establece 5 actividades principales con sus responsables y plazos; A) Intervenir en la situación de agresión, lo que implica detener la agresión, separar a los involucrados, acoger a la persona afectada e indagar los hechos. B) Constatación de lesiones, donde la persona afectada debe asistir a un centro asistencial (ACHS) o al Servicio Médico Legal. C) Realizar denuncia de lo ocurrido la que implica evaluar si se llama a Carabineros y denunciar ante la autoridad competente. D) Informar de lo ocurrido y evaluar mecanismos de resguardo, lo cual incluye elaborar un informe, evaluar el plan de trabajo o desvinculación de la persona agresora, y determinar la falta y sanciones. E) Elaborar situación de crisis (evaluación de consecuencias psicológicas y sociales), indiciación que permite intervenir en las consecuencias y evaluar el reintegro de la persona agredida.

El CPT destaca la existencia de este tipo de protocolos y que existan procedimiento claros y estandarizados para la protección de sus trabajadores, y con ello evitar situaciones que les puedan afectar y que exista intervención oportuna frente a escenarios maltratantes.

7.2. Formación del personal (asimilación protocolos, formación DDHH y temas específicos como grupos vulnerables)

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

En relación con la formación del personal, si bien el Hogar de Cristo cuenta con una plataforma de formación a la cual pueden acceder todas/os las/os funcionarias/os, de acuerdo a sus cargos. Entre los cursos a los cuales pueden acceder, según lo informado en el Cuestionario Institucional, enviado por la jefatura del hogar posterior a la visita, se destacan los cursos en: Patologías de salud mental, manejo seguro de medicamentos, enfoque de reducción de daño, enfoque de derechos, primeros auxilios, herramientas de computación (nivel básico e intermedio), contención ambiental en situaciones de crisis, gerontología y acompañamiento en actividades de la vida diaria con personas con discapacidad mental

Sin embargo, las personas entrevistadas desconocen qué cursos se encuentran disponibles y cómo acceder a estos. Frente a ello, se hace necesario una mayor difusión de estos cursos y valorar la formación de cada integrante.

Nivel de cumplimiento dimensión gestión del establecimiento y del personal

Atendiendo a los estándares referidos a esta dimensión, el CPT la evalúa **como "bueno"**. Se reporta un clima laboral agradable que permite un desarrollo adecuado de las funciones de sus trabajadores. Sin embargo, se reporta un sueldo bajo en relación a la cantidad de trabajo que realizan.

Otro aspecto a destacar es la realización de actividades de cuidado de equipos y las instancias que le permiten reunirse con otras/os trabajadoras/es de hogares y residencias protegidas. Además se cuenta con un "Protocolo de acción frente a maltrato, abuso o acoso entre personas trabajadoras", que resguarda las acciones a seguir frente a situaciones de acoso o maltrato laboral. En este sentido, se destaca que estas prácticas deben mantenerse, ya que favorecen el bienestar de las/os funcionarias/os y con ello un adecuado desarrollo de sus funciones, enmarcadas en un trato digno y centrado en los derechos de las personas.

Respecto a la formación, se destaca que existe una amplia oferta formativa desde el Hogar de Cristo. No obstante, los trabajadores no están bien informados de esto ni de cómo acceder.

Es de relevancia mencionar que el hogar es financiado en un 60% por la subvención del servicio de salud metropolitano norte, mientras que el otro 40% es asumido por el Hogar de Cristo, lo cual puede generar situaciones complejas de sustento a futuro.

8. Autonomía

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

8.1. Autonomía en el régimen de actividades

Estándares evaluados: (1) Las personas son libres de elegir cuándo despertarse y acostarse; (2) Cuándo ir a la sala de baño; (3) Cuándo circular por el recinto; (4) Las personas pueden comunicarse en el idioma de su elección; (5) El establecimiento aporta los recursos necesarios para ello (por ejemplo: intérprete o facilitador intercultural); (6) Las personas pueden ejercer su derecho a la vida afectiva y sexual.

Respecto a los horarios de levantarse y acostarse, se observa que estos son fijos, las personas deben mantener estas rutinas, exigiéndoles que mantengan sus horarios. En cuanto al uso del baño es libre, incluso pueden ducharse en distintos horarios y las veces que lo necesiten. En relación con las rutinas, se destaca que las personas tienen una circulación libre por los espacios de la casa, aunque se tiene un resguardo especial en el espacio de cocina y con las salidas al ante jardín.

Como se mencionó en párrafos anteriores, las rutinas al interior del hogar se encuentran definidas por aquellas relacionadas con las tareas domésticas, que se definen en asamblea qué le corresponderá a cada una/o de manera semanal, estas actividades son obligatorias. Respecto a las

actividades recreativas en las cuales pueden participar, si bien se les incentiva a que participen, estas son de libre elección.

Un aspecto que llama la atención, es que en el hogar las personas solo pueden salir acompañadas de la/el monitora/or , por lo que deben organizarse de manera previa si alguien desea salir.

Se destaca que en términos generales, se respeta la vida afectiva de las personas, lo cual si bien no se aborda ni conversa en espacios formales, se permite la mantención de vínculos afectivos. En cuanto a la posibilidad de decidir sobre su vida sexual, esta se encuentra prohibida al interior del hogar, se plantea que si alguien quiere mantener actividad sexual, debe hacerlos fuera (moteles por ejemplo).

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

Es de relevancia señalar que en el punto 3.13, la Norma Técnica sobre Hogares Protegidos señala “Los residentes dispondrán de libre acceso a la casa - habitación y a las dependencias de uso común” y en el 3.14, menciona “Los residentes podrán salir y entrar del Hogar sin más restricciones que las acordadas por ellos mismos”. En este sentido, las/os residentes no tienen llaves y solo tres de ellas/os pueden salir cuando quieran, situación que si bien se justifica como medida de resguardo de las personas, ya que algunas han presentado desorientación o conductas disruptivas en la calle, es necesario fortalecer su autonomía para tener mayor disponibilidad de salidas.

Esto es explicado por Unidad San Ignacio, en relación con los distintos niveles de apoyo que requieren las personas de Altona, existiendo una importante heterogeneidad en sus capacidades funcionales, cognitivas y de orientación. En este sentido, las medidas adoptadas respecto de las salidas del hogar no responden a una restricción generalizada de la libertad ambulatoria, sino a evaluaciones individualizadas que consideran las capacidades, necesidades de apoyo y condiciones de seguridad de cada persona

Destaca áreas y/o decisiones vinculadas al funcionamiento interno y organización del hogar, donde residentes poseen mayor autonomía para la toma de decisiones y organización interna, lo cual es promovido por tutores.

8.2. Respeto por el ejercicio de su capacidad jurídica

Estándares evaluados: (1) Las personas son libres para tomar decisiones en el ámbito de su vida personal y patrimonial (véase por ejemplo contraer matrimonio, vender bienes, entre otros); (2) Las personas pueden decidir de forma libre aquellas personas que le brinden asistencia legal o jurídica, y pueden reunirse con ellos de forma confidencial; (3) A las personas que reciban tratamiento o sean ingresadas en un establecimiento sin su consentimiento, se les informa acerca de los procedimientos para apelar (y/o accionar judicialmente) sobre su tratamiento o internación; (4) Todo caso de tratamiento y/o ingreso a un establecimiento sin el consentimiento libre e informado se documenta y se informa rápidamente a una autoridad legal; (5) El establecimiento apoya el acceso de las personas a procedimientos de apelación y representación legal cuando se les da tratamiento o se les mantiene en el establecimiento sin su consentimiento informado; (6) Las/os usuarias/os pueden designar y consultar con una persona o red de personas de apoyo de su propia y libre elección en la toma de

decisiones sobre la hospitalización, tratamiento y asuntos personales, legales, financieros u otros, y las personas seleccionadas serán reconocidas como tales por el personal; (7) El personal respeta la autoridad de la persona o red de personas de apoyo que han sido designadas por la/el usuaria/o para comunicar sus decisiones con apoyo; (8) La toma de decisiones con apoyo es el modelo predominante, y se evita la toma de decisiones sustitutivas; (9) Cuando una/un usuaria/o carece de una persona o una red de personas de apoyo y desea designar una, el establecimiento ayudará al usuario a acceder al apoyo adecuado; (10) Se apoya el derecho de las/os usuarias/os a participar en la vida política y pública y en el ejercicio de la libertad de asociación.

Respecto a la toma decisiones, se observaron diferencias entre las/os residentes en cuanto a quienes pueden tomar sus propias decisiones respecto a sus bienes. Solo 3 personas manejan su dinero y eligen cómo usar sus recursos económicos, las/os cuales destacan que pueden tener el control íntegro de su pensión y que en caso de requerirlo, las/os funcionarias/os pueden ayudarles en el uso de sus dineros. El resto de los residentes, mantienen sus pensiones pero sus compras y uso de este monto es manejado desde el hogar, siempre con un registro de los gastos para evitar situaciones de abuso patrimonial. Si bien se indica que las personas pueden elegir a sus representantes, las escasa redes de los residentes limitan esta opción.

Equipo de Unidad San Ignacio, señala al respecto que la administración de los recursos económicos en el Hogar Protegido Altona no responde a una medida uniforme para todas las personas, sino que se encuentra determinada por evaluaciones individualizadas que consideran las capacidades funcionales, el nivel de autonomía, las necesidades de apoyo y los factores de riesgo presentes en cada caso.

En cuanto a los planes de salud, según indican las/os funcionarias/os se les piden opiniones a cada residente sobre los objetivos y actividades que desean realizar, sin embargo ninguno de los PIT revisados contaba con la firma de las personas.

En cuanto a ingresos sin consentimiento, se indaga que en Altona no han recibido casos por vía judicial.

8.3. Autonomía en la atención en salud

Estándares evaluados: (1) La hospitalización y el tratamiento se basan en el consentimiento libre e informado de las personas, y se les comunican de forma clara y entendible; (2) Las preferencias de las personas tienen prioridad en todas las decisiones sobre sus planes de tratamiento y "recuperación"; (3) Como parte de sus planes de "recuperación", se motiva a las personas a desarrollar instrucciones anticipadas que especifique las opciones de tratamiento y de "recuperación" que desean tener, así como aquellas que no, las que se utilizarán si se encuentran incapacitadas/os de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro; (4) El personal respeta las instrucciones anticipadas de las/os usuarias/os cuando proveen el tratamiento; (5) Las/os usuarias/os tienen el derecho a rechazar el tratamiento; (6) Las personas pueden decidir de forma libre a aquellas personas que le brinden la atención en salud; (7) Las personas pueden agregar información escrita, opiniones y comentarios a sus fichas médicas sin censura; (8) A las personas se les proporcionan servicios de salud general, mental, sexual y reproductiva con el consentimiento libre e informado.

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

sugerencias de las/os residentes en su documentación de salud. De acuerdo a ello, las/os funcionarias/os entrevistadas/os mencionan que en las atenciones de salud, tampoco los incorporan a ellas/os para poder dar cuenta de la rutina y estado general de las personas.

No existe información respecto a posibilidades de tratamientos alternativos a los medicamentos. Del mismo modo, preocupa el escaso abordaje de un plan integral de cuidado, predominando un modelo biomédico, dejando de lado objetivos psicosociales.

Otro aspecto que genera preocupación es la nula información relacionada con el uso de voluntades anticipadas, y según las personas entrevistadas.

Nivel de cumplimiento dimensión Autonomía

En síntesis, y atendiendo los estándares ya descritos, el CPT **evalúa el componente como "parcial"**, si bien existen horarios fijos para levantarse o acostarse, se permite flexibilidad en las actividades que desean participar las personas. En cuanto a la vida sexual y afectiva, se autorizan vínculos amorosos, sin embargo la actividad sexual está prohibida.

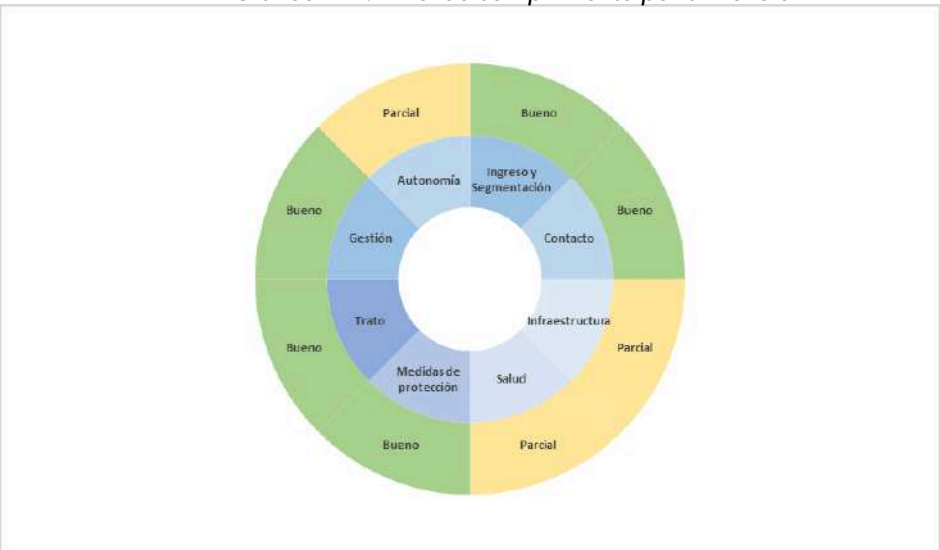
Se observó diferencias entre las/os residentes en cuanto al manejo de dinero y el uso de patrimonio en general; a mayor parte de ellas/os son apoyados por las/os funcionarias/os en la utilización del dinero y en la toma de decisiones.

Es de preocupación la escasa participación que tienen las personas en sus planes de salud y si bien se menciona que en los PIT del hogar las/os residentes pueden opinar, no existe registro de ellos ni tampoco firma de aprobación. No existe información respecto a posibilidades de tratamientos alternativos a los medicamentos.

V. Evaluación CPT: asignación de niveles de cumplimiento

Los hallazgos se organizan de acuerdo a ejes temáticos, que se nutren de los relatos e información obtenida en la visita, a través de la implementación de los instrumentos de levantamiento de la información, buscando dar cuenta de los diversos factores de riesgo que podrían incidir en ocurrencia de tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes que afectan actualmente a las personas con diagnósticos de salud mental que residen en el centro visitado.

Gráfico N°1: Nivel de cumplimiento por dimensión



Fuente: Elaboración propia

VI. Recomendaciones

El presente apartado expone las recomendaciones elaboradas por el CPT al hogar protegido Altona del Hogar de Cristo, a la luz de los hallazgos obtenidos durante la visita realizada el día 29 de julio del año 2025, los cuales ya han sido expuestos a lo largo del presente informe.

Las recomendaciones se organizan según las diversas dimensiones y subdimensiones definidas por el CPT en sus instrumentos y pautas aplicadas en el área de salud mental, que a su vez recogen y reflejan aquellas variables de riesgo asociadas a la mayor probabilidad de tortura y/o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Tabla N°5 Plazos de cumplimiento de recomendaciones

Categoría	**Tiempo estimado**
Urgente	1 mes
Corto plazo	6 meses
Mediano plazo	1 año
Largo plazo	3 a 5 años

Fuente: Elaboración propia en base a plazos definidos por la DDN (2022)

1. Recomendaciones al Jefe de Unidad San Ignacio de Loyola, Hogar Protegido Altona

Régimen y actividades

1. Se insta, a corto plazo, a reforzar e informar los criterios de ingreso a residentes trasladados de unidades hospitalarias.
2. Se insta, a corto plazo, a promover la realización sistemática de actividades que favorezcan los procesos de recuperación e integración psicosocial, y prevengan procesos de deterioro en las personas con diagnósticos de salud mental. Se sugiere incluir talleres informativos y de orientación laboral, acceso a recursos sociales, comunitarios y económicos, promoviendo la utilización de estos.
3. Se recomienda, a corto plazo, contar con una programación de las actividades para las/os residentes, que esté visible para todas/os y se pueda informar con una semana de anticipación en las asambleas.
4. Se sugiere, a corto plazo, disponer de mayor cantidad de materiales recreativos, didácticos y de lectura, acorde a las preferencias de las personas.
5. Se recomienda, a corto plazo, considerar las opiniones, preferencias y sugerencias de las personas con diagnósticos de salud mental en las actividades desarrolladas en el hogar.
6. Se recomienda, a corto plazo, incorporar las opiniones, preferencias y sugerencias de las personas con diagnósticos de salud mental en las actividades desarrolladas en el espacio comunitario.

Contacto con el mundo exterior

7. Se recomienda , a corto plazo, implementar un teléfono institucional con salida a celular, para que residentes puedan hacer llamados a través de teléfonos institucionales y no de celulares de funcionarios/as.
8. Se recomienda, a mediano plazo, aumentar la generación de convenios con redes de apoyo local.

Condiciones materiales

9. Se insta, a corto plazo, mejorar y optimizar el espacio disponible en el patio, para que este sea ocupado en actividades recreativas y de ocio.
10. Se insta a corto plazo, limpiar y eliminar hongos de paredes y techos de las habitaciones.
11. Se recomienda, a corto plazo, renovar el sistema de calefacción, en el que se vea resguardada la integridad de las/os residentes y que permita resguardarse del frío.
12. Se sugiere, a corto plazo, socializar plan de emergencia y ejecutar simulacros para situaciones de emergencia.
13. Se recomienda, a mediano plazo, mejorar la luminosidad y ventilación de piezas que se encuentran en la zona posterior de la casa.

Salud

14. Se insta, a corto plazo, socializar con las/os residentes los Planes de Trabajo Individual (PTI), y que estas/os los puedan firmar y adjuntar una columna de opinión y sugerencias.
15. Se recomienda, a corto plazo, informar a las/os residentes, cada vez que sea necesario, sobre el propósito de los medicamentos y sus posibles efectos adversos, y con ello trabajar en la adherencia a los tratamientos. Asimismo, se insta a informar en los centros de salud de cada persona para que queden registro en sus fichas clínicas.
16. Se urge, a corto plazo, a desarrollar actividades periódicas de educación, prevención y promoción en salud, tanto individuales como colectivas, que recojan e incorporen las preferencias de las personas (por ejemplo: estilos de vida saludables, ejercicio físico, lavado de dientes, salud sexual y reproductiva, entre otros), con el apoyo de la atención primaria de salud.
17. Se insta, a mediano plazo, establecer canales de coordinación con SAR y urgencias de Hospital San José, con el fin de mejorar los flujos de atención de las personas del hogar protegido

Medidas de protección

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

Trato

24. Se insta, de manera urgente, a erradicar el uso de coacciones para controlar las conductas de las/os residentes, como por ejemplo, el uso de amenazas sobre expulsiones o internaciones en instituciones de salud.

25. Se insta, en el corto plazo, a incorporar en la documentación de cada persona un apartado fácilmente visible, que contenga información sobre los factores gatillantes y las medidas efectivas para aminorar las situaciones de crisis en ellas.

Gestión del establecimiento y del personal

26. Se recomienda, a corto plazo, realizar un levantamiento de brechas en las remuneraciones del personal y socializarlas con el Servicio de Salud de la región.
27. Se insta, a corto plazo, socializar el plan de capacitaciones para funcionarias/os del hogar y cómo pueden acceder a estas.

Autonomía

28. Se recomienda, a mediano plazo, establecer actividades que fortalezcan la autonomía de todas las personas, ya sea a través de uso de dinero, salidas frecuentes por el barrio, instruir en el uso de llaves de la casa, entre otras.
29. Se insta, a mediano plazo, a considerar el desarrollo de las *voluntades anticipadas,* que especifiquen la identificación de posibles gatillantes de crisis por parte de las/os residentes, además de factores que logren aminorarlas y determinar sus métodos preferidos de intervención (Según Ley 21.331).
30. Se sugiere, a mediano plazo, mapear y articular posibles actores que otorguen recursos sociales, comunitarios y económicos a los que pueden acceder las personas con diagnósticos en salud mental, para promover su integración en la vida cotidiana, laboral y/o educacional.
31. Se recomienda, a mediano plazo, incorporar en el plan de cuidado el ejercicio de la vida afectiva sexual, reproductiva de las personas, con resguardo de los espacios e intimidad.
32. Se recomienda, a mediano plazo, incluir en la oferta actividades de capacitación de apresto laboral y/u otros temas de interés con proyección de inserción laboral de residentes.
33. Se insta, a corto plazo, a mantener los espacios existentes de autonomía de residentes para tomar decisiones domésticas de distribución de roles y/o incorporar actividades autogestionadas como las salidas de domingo.

2. Recomendaciones a actores claves

Régimen y actividades

1. Al **Servicio de Salud Metropolitano Norte,** se insta, a corto plazo, a gestionar los recursos necesarios para diversificar la oferta de actividades de recuperación y recreativas para las personas de los hogares.
2. Al **SEREMI de la región Metropolitana**, junto con los **SEREMIS de Educación, Vivienda, Trabajo y Desarrollo Social**, se urge, en el mediano plazo, a fortalecer y promover sistemas y redes de apoyo intersectorial, que garanticen el acceso a recursos financieros, oportunidades de educación, vivienda y empleo, participación en la vida política y social a las/os usuarias/os en los hogares, con el objetivo de garantizar el derecho a la vida independiente y la inclusión en la comunidad.

Contacto con el mundo exterior

3. Al **Municipio de Conchalí**, se insta, a corto plazo, a generar espacios, actividades comunitarias o estrategias de vinculación con actividades, tanto al interior como al exterior de los hogares, a fin de promover el contacto de las personas con diagnósticos de salud mental con el mundo exterior.
4. Al **Municipio de Conchalí**, se insta, a corto plazo, la generación de convenios entre los hogares protegidos y redes de apoyo local, que puedan contribuir a una mejor calidad de vida y que permitan oficializar las instancias señaladas en la recomendación anterior.

Salud

5. Al **MINSAL**, se insta, a mediano plazo, a promulgar los reglamentos de la Ley 21.331 publicada el 11 de mayo de 2021, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental.
6. Al **MINSAL**, especialmente a la **Subsecretaría de Salud Pública**, se insta, a mediano plazo, a elaborar y posteriormente socializar orientaciones técnicas que aborden la vida afectiva, sexual y reproductiva de las personas con diagnósticos de salud mental y bajo cuidado del Estado, desde un enfoque de derechos y respetando su autonomía.

Medidas de protección

7. Al **Servicio de Salud Metropolitano**, se insta, a corto plazo, a incorporar el enfoque de derecho en sus supervisiones periódicas, adecuando sus pautas de supervisión y elaborando un plan de trabajo colaborativo junto a los hogares examinados, a fin de visualizar las necesidades y favorecer procesos de cambio en la materia.

Trato

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

Gestión del establecimiento y del personal

9. Al **MINSAL**, especialmente a la **Subsecretaría de Salud Pública**, se insta, a mediano plazo, a actualizar la Norma Técnica sobre Hogares Protegidos del año 2000, según los estándares internacionales de DD.HH. vigentes, así como promover su estricto cumplimiento; realizando constantes supervisiones y monitoreo en su aplicación.
10. Al **MINSAL**, específicamente a la **Subsecretaría de Redes Asistenciales**, se insta a establecer, a mediano plazo, un programa de capacitación y educación en temas de derechos humanos dirigido a personal de establecimientos de atención psiquiátrica, incluidas las Residencias y Hogares Protegidos, que promueva un acercamiento integral a la CDPD, poniendo énfasis en el ejercicio de consentimiento libre e informado, la elaboración de planes de recuperación

participativos, el diseño de instrucciones anticipadas, implementación de alternativas al aislamiento y contención, intervención en crisis, y prevención del maltrato.

11. Al **Servicio de Salud Metropolitano Norte**, se recomienda, a corto plazo, gestionar los recursos financieros para mejorar las condiciones laborales de las/os funcionarias/os de la residencia, así como el financiamiento del funcionamiento del Hogar, evitando brechas que puedan poner en riesgo el funcionamiento de este.

Autonomía

12. A los **COSAM y al Instituto Psiquiátrico Horwitz**, en que se atiende cada residente, se insta, a mediano plazo, a promover la participación activa de las/os usuarias/os en la construcción de sus planes de cuidado, orientado a garantizar el ejercicio de su capacidad jurídica. Del mismo modo, incluir los proyectos de vida independiente en las áreas de educación, trabajo y participación en la comunidad.

VII. Seguimiento

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

En segundo lugar, se busca impulsar instancias de difusión de los resultados de visita con actores estratégicos que interfieran e interactúen con la residencia, tales como el Servicio de Salud Metropolitano Norte, a fin de generar un trabajo en conjunto a mediano y largo plazo y que se puedan mantener aquellos aspectos destacados en la nueva licitación y a la vez se puedan reforzar aquellos aspectos más débiles.

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

VIII. Referencias Bibliográficas

Asociación para la Prevención de la Tortura [APT] (2004). *Detention Focus.* https://www.apt.ch/es/centro-de-conocimiento/detention-focus-database

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

Comité de Prevención contra la Tortura [CPT] (2021). *Primer Informe Anual 2020 "Prevención de la tortura y situación de las personas privadas de libertad en Chile"*. Chile

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2018). Observación General N° 6: Sobre la igualdad y la no discriminación, párr. 56. CRPD/C/GC/6.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2020). Lista de cuestiones previa a la presentación de los informes periódicos segundo a cuarto combinados de Chile, párr. 12 letra a). CRPD/C/CHL/QPR/2-4. Ibíd., párr. 34.

Decreto 201 (25 de agosto de 2008). Promulga la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Diario Oficial de la República de Chile. https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=278018

DIPRES (2020). Evaluación Programa Residencias y Hogares Protegidos. Informe Final. División de Control de Gestión Pública. Santiago, Chile.

Hogar de Cristo. (s.f.). "Protocolo de prevención y acción frente a maltrato hacia personas atendidas adultas por parte de equipos". Santiago, Chile.

Hogar de Cristo. (s.f.). "Manual de uso maltrato, acoso y abuso hacia personas adultas". Santiago, Chile.

Hogar de Cristo. (s.f.). "Protocolo de acción frente a maltrato, abuso o acoso entre personas trabajadoras". Santiago, Chile.

Ley N° 18.600 (30 de enero de 1987). Establece normas sobre deficientes mentales. Diario Oficial de la República de Chile. https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=29991&idVersion=2018-04-01&idParte=

Ley N° 20.422 (3 de febrero de 2010). Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Diario Oficial de la República de Chile. https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903

Ley Nº 20.584 (13 de abril de 2012). Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Diario Oficial de la República de Chile https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348

Ley N°21.154 (25 de abril de 2019). Designa al Instituto Nacional de Derechos Humanos como el Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Diario Oficial de la República de Chile

https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1130871&idVersion=2019-10-26&idParte=10018047

Ley 21.331 (11 de mayo de 2021). Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. Diario Oficial de la República de Chile. https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383

Ministerio de Desarrollo Social [MIDESO] (2017). Informe de Seguimiento de Programas Sociales. Programa Residencias y Hogares Protegidos. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud [MINSAL] (2000). *Norma técnica sobre hogares protegidos*. MINSAL.

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

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

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

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002). Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura. https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/optional-protocol-convention-against-torture-and-other-cruel#:~:text=El%20objetivo%20del%20presente%20Protocolo,penas%20crueles%2C%20inhumanos%20o%20degradantes.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental. Derechos Humanos y Legislación*. WHO ebrary collections. https://biblioteca.corteidh.or.cr/adjunto/16221