



Comité de Prevención
contra la Tortura

Resumen Ejecutivo

5 Quinto Informe anual

A cinco años del establecimiento del
Mecanismo Nacional de Prevención
contra la Tortura y otros Tratos o Penas
Cruelles, Inhumanos o Degradantes en Chile
2025



Índice

Prólogo	1
Capítulo I: La creación e instalación del Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes en Chile	3
Capítulo II: Monitoreo realizado por el Comité de Prevención contra la Tortura de Chile a recintos de cuidado y/o custodia del Estado	9
Conclusión: Balance y desafíos	31

Prólogo



Juan Pablo Vegas

**Miembro del Subcomité para la Prevención
de la Tortura de las Naciones Unidas**

Nueva York, 29 de septiembre de 2026.

Quisiera agradecer, en primer lugar, a los miembros del Comité de Prevención contra la Tortura de Chile por brindarme la oportunidad de escribir estas líneas a modo de prólogo.

Como relator para Chile del Subcomité de las Naciones Unidas para la Prevención de la Tortura (SPT) y debido a mis responsabilidades profesionales he sido testigo de excepción de la historia así como del proceso de concepción y establecimiento, primero a nivel de legislación y luego en la práctica, del Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes de Chile (MNP), hoy Comité de Prevención contra la Tortura (CPT).

La creación del CPT se sustenta en las disposiciones del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes (OPCAT, por sus siglas en inglés). El OPCAT es el primer tratado que desarrolla la prevención como una obligación internacional mediante un enfoque tripartito entre los Estados Parte, el SPT y los mecanismos nacionales de prevención (MNP).

Bajo este prisma, los mecanismos nacionales -el CPT en el caso chileno- cumplen un papel fundamental para

el cumplimiento de la citada obligación de prevención a través de visitas periódicas a todos los lugares de privación de libertad, de la misma naturaleza que las que realiza el Subcomité. No obstante, los MNP, a diferencia del SPT, tienen la capacidad de supervisar los lugares de privación de libertad de manera más directa y permanente. Además, los MNP conocen bien la situación nacional de sus respectivos Estados y, por tanto, están en mejores condiciones para evaluar qué medidas deben adoptarse para fomentar la prevención de la tortura a escala nacional. Solo a través de la supervisión continua y periódica de los centros de privación de libertad es posible identificar las causas de la tortura o los malos tratos y prevenirlos.

Con este fin, los gobiernos y todas las autoridades involucradas en la administración de los diferentes centros de privación de libertad deben garantizar a los MNP el mismo acceso que tiene el SPT a la información, a las instalaciones de detención y a las personas privadas de libertad, así como la posibilidad de realizar entrevistas confidenciales.

Mediante sus informes y recomendaciones, los MNP deben impulsar los cambios necesarios en diversos

ámbitos: condiciones de reclusión, procedimientos, legislación y políticas, así como prácticas y cultura institucional. Los Estados deben publicar y difundir ampliamente los informes anuales de los mecanismos nacionales y garantizar que se presenten y se pueda producir un debate público. Este quinto informe del CPT tiene, justamente, este objetivo.

El presente informe hace, en primer lugar, un recuento pormenorizado y objetivo de la historia del CPT. Del mismo modo, realiza un balance de las distintas visitas que ha efectuado desde que se instaló hace cinco años (más de 340) a diferentes lugares de privación de libertad -cárceles, unidades policiales, residencias de protección de niñas, niños y adolescentes, establecimientos de larga estadía para personas mayores, dispositivos de salud mental y centros de justicia juvenil, entre otros- tal como lo establecen las obligaciones internacionales asumidas por el Estado chileno. Este valioso trabajo ha permitido identificar avances, pero también persistentes dificultades estructurales que requieren atención urgente: hacinamiento, deficiencias en infraestructura, violencia institucional, brechas en salud mental y limitaciones en el acceso a mecanismos de denuncia y protección.

Del mismo modo, a través de los primeros capítulos se puede constatar que la consolidación del CPT ha ocurrido de forma gradual y paulatina, enfrentando contratiempos normativos, institucionales y culturales en un país cuya historia reciente ha estado marcada por importantes desafíos en materia de derechos humanos.

Como ha sido el caso en otros países de la región que son Estados Parte del OPCAT, el diseño institucional y posterior puesta en funcionamiento del CPT no estuvo ausente de tropiezos. En particular en lo que se refiere al inicio real de sus funciones -más allá de su ley de creación-, a su relación con el Instituto Nacional de Derechos Humanos, a la independencia del mecanismo, así como a la dotación de los recursos necesarios para cumplir con su mandato. No obstante, me consta que desde su creación, el CPT ha asumido la misión de prevenir la tortura y los malos tratos mediante un enfoque profesional, basado en el monitoreo técnico, el diálogo interinstitucional y la formulación de recomendaciones orientadas a la mejora continua de las condiciones de vida de las personas privadas de libertad bajo custodia del Estado.

Comprensiblemente, la agenda política chilena actual tiene como una de sus prioridades principales hacer

frente a la inseguridad ciudadana y al crimen organizado mediante una estrategia integral. Dicha estrategia, para ser exitosa, debe aprender las lecciones del pasado y hacer uso de las herramientas que el derecho internacional de los derechos humanos pone a disposición de los Estados. La prevención de la tortura y los malos tratos no debe ser considerada como un obstáculo al combate contra la inseguridad. Al contrario, debe comprenderse como un elemento esencial de la lucha contra la inseguridad, y la arquitectura tripartita de prevención de la tortura y los malos tratos dispuesta por el OPCAT es uno de sus instrumentos esenciales. Hoy más que nunca, Chile requiere de un Comité de Prevención contra la Tortura sólido institucionalmente, independiente, visible y con la autonomía financiera necesaria para cumplir cabalmente con sus principales funciones, en particular la de realizar visitas inopinadas en cualquier lugar de privación de libertad del país, a fin de formular recomendaciones atinadas y constructivas a las autoridades concernidas.

Este valioso trabajo ha permitido identificar avances, pero también persistentes dificultades estructurales que requieren atención urgente: hacinamiento, deficiencias en infraestructura, violencia institucional, brechas en salud mental y limitaciones en el acceso a mecanismos de denuncia y protección.

CAPÍTULO I

La creación e instalación del Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes en Chile

1.1. La instalación de una nueva institucionalidad en derechos humanos: principales aprendizajes y desafíos

Desde el retorno a la democracia, Chile ha construido gradualmente mecanismos y una institucionalidad de derechos humanos destinada a fortalecer su garantía, protección y promoción: la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación (1990), la Mesa de Diálogo de Derechos Humanos (1999), la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (2004), la creación del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) (2010), la creación de la Subsecretaría de Derechos Humanos dentro del Ministerio de Justicia (2016) y la creación de la Defensoría de la Niñez (2018).

A pesar de los avances alcanzados en Chile y en el plano internacional, las violaciones a los derechos humanos continúan produciéndose pese a los esfuerzos en materia de promoción y protección judicial. Ante este panorama, el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT) introduce un nuevo enfoque, centrado en prevenir la tortura y los malos tratos hacia personas que permanecen privadas de libertad al estar bajo el cuidado o la custodia del Estado. Chile ratifica este instrumento mediante la Ley N° 21.154 (2019), designando al INDH como Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura (MNPT) y definiendo que

dicha tarea sea ejercida exclusivamente por el Comité de Prevención contra la Tortura (CPT), mediante una estrategia centrada en el monitoreo no anunciado de recintos y el diálogo interinstitucional.

La ley estableció un diseño institucional singular: el CPT está alojado en el INDH, pero cuenta con garantías explícitas de autonomía funcional. Define su propio plan de visitas y metodología, dispone de personal de dedicación exclusiva que depende funcionalmente del Comité, sus informes y recomendaciones no requieren aprobación del Consejo del Instituto, y la información que recaba es reservada incluso frente al propio INDH. Es un órgano colegiado de siete integrantes, seleccionados mediante Alta Dirección Pública, con perfiles en derechos humanos, sistema penitenciario, función policial, salud y ámbito social.

La ubicación institucional del Mecanismo fue uno de los principales debates de la tramitación legislativa.

Organizaciones de la sociedad civil advirtieron que radicarlo en el INDH podía generar una subordinación incompatible con la independencia que exige el OPCAT; el Poder Ejecutivo, el propio Instituto y la mayoría de los parlamentarios sostuvieron, en cambio, que el

INDH era la única institución con autonomía legal, estabilidad orgánica y mandato en derechos humanos capaz de albergarlo sin crear una nueva entidad pública, posición respaldada por el SPT siempre que existan garantías efectivas de autonomía operativa, personal propio y un órgano especializado.

El diálogo constituye el centro del enfoque preventivo del OPCAT y, por tanto, del CPT. Los MNP son comprendidos como “magistraturas de convencimiento” (BCN, 2019, p. 25), que apuntan a concretar avances mediante el diálogo con las autoridades y la disuasión que emerge de las visitas de monitoreo, subrayando un propósito que no es sancionar, sino identificar riesgos y promover mejoras (BCN, 2019, p. 25). Este enfoque explica la regulación excepcional del deber de denuncia del CPT, pensada para resguardar la vocación de diálogo propia de las entidades preventivas: las visitas no tienen un fin sancionatorio, sino que permiten observar prácticas, formular recomendaciones técnicas y exigir respuestas fundadas de los hallazgos observados en las instituciones visitadas.

La instalación del Comité implicó dar a conocer un mandato nuevo y poco conocido, así como el desafío extraordinario de la pandemia por COVID-19, que retrasó procesos administrativos y dificultó los primeros

monitoreos, aunque también impulsó el desarrollo de protocolos y capacidades de adaptación. Fue precisamente durante este período que comenzaron las primeras visitas del CPT, en 2021.

Entre los principales aprendizajes de estos primeros años destaca la importancia de sostener una difusión constante del mandato preventivo -distinto de la fiscalización o de la investigación de denuncias puntuales- como condición para construir confianza con las instituciones visitadas y con las personas bajo cuidado o custodia. El proceso de instalación ilustró, además, la importancia de la continuidad y coherencia institucional. Dado que el mandato de las y los comisionados expertos es de cuatro años y sus entradas y salidas no necesariamente coinciden en el tiempo, el equipo profesional permanente cumple un rol central en resguardar los aprendizajes, la coherencia metodológica y el diálogo con las contrapartes. A ello se suma el carácter interdisciplinario del equipo –con miradas del derecho, las ciencias sociales y la salud– y el valor estratégico de la autonomía funcional del CPT respecto del INDH, que le ha permitido resguardar su independencia técnica y sostener un diálogo con el Estado con matices, tiempos y focos propios.



Vista desde el interior de Complejo Penitenciario de Arica. Fotografía CPT.

Desde el retorno a la democracia,
Chile ha construido gradualmente una institucionalidad de derechos humanos:



El OPCAT promueve la prevención de la tortura mediante visitas no anunciadas. En Chile, la Ley N.º 21.154 (2019) designó al INDH como MNPT, ejercido técnica y autónomamente por el **Comité de Prevención contra la Tortura (CPT).**



Principales hitos de la creación del CPT:



1.2. Construyendo una red global y regional hacia la prevención de la tortura: la vinculación con el SPT y los MNP de la región

La implementación del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT, por sus siglas en inglés) establece un sistema de prevención que contempla, a nivel internacional, la creación de un Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT) y, a nivel nacional, la designación o establecimiento de mecanismos nacionales de prevención (MNP) en los Estados Partes.

En América Latina existen 14 países que han ratificado el OPCAT y que cuentan con Mecanismos Nacionales de Prevención designado a la fecha de cierre de este informe. Los MNP tienen una gran heterogeneidad institucional: la mayoría están alojados en defensorías del pueblo o instituciones nacionales de derechos humanos y, si bien todos gozan de autonomía funcional, solo unos pocos cuentan con autonomía financiera y administrativa. Suelen estar liderados por entre cinco y siete comisionadas/os y visitan entre 19 y 175 recintos al año.

El monitoreo realizado por los distintos países permite visualizar hallazgos comunes en los recintos de cuidado y custodia de la región, entre los que se encuentran el populismo punitivo -que agudiza las vulneraciones en cárceles y en justicia juvenil-, la criminalización de las mujeres en el sistema penal, las vulneraciones de derechos por parte de las policías durante la aprehensión, problemáticas estructurales en materia de salud mental relacionadas con la cobertura y con el uso de contenciones físicas y farmacológicas, y la tendencia a que las decisiones judiciales no contemplen criterios de salud a la hora de determinar reclusiones prolongadas de personas con condiciones de salud mental.

Frente a este diagnóstico compartido, la región ha impulsado una respuesta institucional colectiva: la creación de la Red Latinoamericana para la Prevención de la Tortura (RELAPRET), orientada a fortalecer el intercambio de metodologías, buenas prácticas y aprendizajes de los MNP de la región. Esta red se creó en mayo de 2024 en Costa Rica, con la adopción de la

Declaración de San José. En julio de 2025, junto a la Asociación para la Prevención de la Tortura (APT), la Red organizó su primer encuentro regional presencial en la sede del CPT en Santiago de Chile.

Este espacio de coordinación ha impulsado instancias de cooperación regional, tal como encuentros para abordar los avances y desafíos de la implementación del OPCAT en América Latina, o sobre temas como el uso de la fuerza, la detención policial y las condiciones de custodia, o los desafíos de la integridad y el buen gobierno de las cárceles en América Latina. La Red ha impulsado también proyectos conjuntos como la Guía de monitoreo de la corrupción en cárceles (2025) —iniciativa del CPT junto al Banco Interamericano de Desarrollo y el Centro de Estudios Justicia y Sociedad de la Universidad Católica— o la Guía sobre salvaguardas para las personas privadas de libertad por condiciones de salud mental (2025).

La experiencia comparada en la región muestra que el buen funcionamiento de un MNP depende de condiciones que no siempre están garantizadas: una autonomía funcional efectiva y no solo formal, un presupuesto suficiente y estable que permita cubrir la diversidad y el volumen de recintos bajo su mandato, y equipos interdisciplinarios con dedicación exclusiva. Abordar estos desafíos comunes es parte del trabajo de la red, que fortalece a su vez la democracia en cada uno de los países que la integran.

En América Latina existen 15 países que han ratificado el OPCAT y cuentan con un MNP operativo (...) la mayoría están alojados en defensorías del pueblo o instituciones nacionales de derechos humanos y, si bien todos gozan de autonomía funcional, solo unos pocos cuentan con autonomía financiera y administrativa.

1.3. ¿Qué significa monitorear desde la prevención?

La institucionalidad de derechos humanos en Chile ha operado fuertemente desde una lógica reactiva: documentar hechos y perseguir responsabilidades una vez ocurrida una vulneración. El mandato preventivo introduce una lógica distinta, centrada en identificar riesgos, condiciones estructurales que están detrás de ellos y medidas que permitan evitar su materialización, recurrencia o agravamiento.

El mandato preventivo se basa en tres decisiones metodológicas que distinguen su monitoreo de otras formas de supervisión estatal: (1) las visitas no se anuncian, salvo excepciones puntuales; (2) la selección y el orden de los recintos a visitar no dependen de que exista una denuncia, sino de criterios de riesgo de maltrato y/o profundización de temáticas específicas; y (3) el vínculo con las instituciones se sostiene en el tiempo a través del diálogo, el seguimiento de los avances y la identificación de los distintos actores e instituciones interpeladas a actuar para prevenir efectivamente las distintas formas de maltrato hacia las personas bajo cuidado o custodia del Estado.

Bajo el mandato del CPT existen más de mil recintos a nivel nacional, que albergan a alrededor de 450.000 personas bajo cuidado o custodia del Estado. El equipo del Comité, con sede en Santiago, está compuesto por cerca de 25 personas, lo que obliga a establecer criterios claros de priorización, entre ellos: la gravedad de las prácticas observadas, su magnitud o extensión, su evolución en el tiempo y el nivel de invisibilización del recinto o población frente a otros organismos de monitoreo. A fin de resguardar el carácter no anunciado de las visitas, la planificación anual siempre es confidencial.

Cada visita implica una preparación previa que puede tomar semanas o meses, mantener el resguardo del consentimiento libre e informado de las personas entrevistadas, y una atención permanente al principio de no hacer daño —incluidas acciones para apuntar a prevenir las represalias contra quienes conversan con el equipo—. Los protocolos del monitoreo del CPT se articulan en torno a 15 principios rectores (ONU, 2001), que se traducen en criterios concretos de actuación, antes, durante y después de una visita. Dentro de ellos destacan: (i) **el principio de no hacer**

daño, que exige que ninguna acción de monitoreo genere un riesgo mayor al que se busca prevenir y es el que orienta las decisiones sobre consentimiento informado, confidencialidad, no individualización de las/os entrevistadas/os y prevención de represalias frente a quienes entregan información al Comité; (ii) **el principio de objetividad**, que obliga a sostener los hallazgos en fuentes trianguladas y verificables, evitando que una impresión aislada se traduzca en una conclusión institucional; (iii) **el principio de respeto hacia las personas bajo cuidado o custodia, hacia el personal y hacia las autoridades del recinto**, que favorece el despliegue en terreno y el diálogo posterior. Dado que en muchos casos las entrevistas se realizan en un contexto de asimetría, el consentimiento libre e informado es la base de la interacción y exige explicar con claridad el mandato del CPT, el uso de la información y los límites de lo que el Comité puede hacer para no generar expectativas que no puedan cumplirse. Por último, se procura el desarrollo de orientaciones metodológicas que contemplen (iv) **el principio de seguridad de las personas entrevistadas y del equipo de monitoreo frente a los riesgos inherentes a los recintos de cuidado o custodia**. El monitoreo preventivo es un oficio que se aprende y que requiere discernir en cada caso cuándo acercarse, cuándo mantener distancia profesional y cuándo indagar sin poner en riesgo a la persona ni a quien realiza la visita.

Además de los lineamientos transversales, el CPT ha desarrollado pautas metodológicas diferenciadas para cada tipo de recinto, reconociendo que cada población requiere una aproximación propia y evitando asimilar, por ejemplo, la lógica penitenciaria adulta a la de la justicia juvenil, o la lógica de custodia a la atención en salud mental.

En el ámbito de **niñez y adolescencia**, se incorporan los diferentes estándares internacionales en la materia, distinguiéndose según corresponda al ámbito proteccional y de justicia juvenil, incorporándose en el monitoreo un enfoque basado en el ciclo vital y en el interés superior, por lo cual se adaptan el lenguaje, los tiempos y las técnicas de levantamiento de información según las características y necesidades de cada una/o de ellas/os, con el propósito de garantizar entornos seguros y evitar prácticas que incurran en victimización secundaria y efectos iatrogénicos. Esto incluye la voluntariedad para ser entrevistado, el uso del asentimiento informado, metodologías de apro-

ximación adaptadas a la edad, revisión documental, la realización de espacios de triangulación de información y exigencias específicas para la composición del equipo que conduce las entrevistas.

En los **establecimientos de larga estadía para personas mayores** la metodología combina entrevistas individuales y grupales con personas mayores y el personal de trato directo, profesional y directivo. Además, se realiza una revisión documental de los protocolos de funcionamiento del recinto y el día del monitoreo preventivo, se realiza una observación de las actividades de las personas mayores con foco en el régimen de actividades, formas de cuidado y uso de sujeciones y contenciones.

En **hospitales y recintos psiquiátricos** la metodología toma como referencia los estándares de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la iniciativa Quality Rights de la Organización Mundial de la Salud, con un análisis que pone énfasis en las internaciones involuntarias, los criterios de ingreso, la existencia de controles judiciales y la duración de las hospitalizaciones. Otro de los aspectos centrales del monitoreo en esta área se relaciona con el trato que reciben las personas, por lo cual se examina la proporcionalidad, el registro y la supervisión del uso de contenciones físicas y farmacológicas. Asimismo, se evalúa el respeto de la autonomía de las personas usuarias, su participación en las decisiones relacionadas con la atención y las acciones destinadas a mantener sus vínculos y favorecer su inclusión comunitaria.

En **unidades policiales**, el monitoreo se adapta a un contexto de encierro diferente: alta rotación de personas detenidas, tiempos breves de encierro, espacios reducidos y funciones de custodia muy distintas a las experimentadas en establecimientos de encierro diseñados para una larga estadía. Durante el monitoreo, las entrevistas se realizan a todas las personas privadas de libertad o, cuando ello no resulta posible, se prescinde de realizarlas, con el fin de proteger de eventuales represalias y resguardar el anonimato. Se procura analizar las condiciones asociadas a las primeras horas de la detención, incluyendo las condiciones materiales, el respeto a las salvaguardas legales y el trato que entrega cada una de las agencias que participan durante este período, por ser uno de los momentos de máxima asimetría de poder entre el Estado y la persona detenida.

En **recintos penitenciarios** la visita despliega un equipo interdisciplinario de entre tres y ocho integrantes sobre una gran cantidad de unidades de observación, con registros institucionales, entrevistas a personas privadas de libertad, el personal civil y uniformado, familiares o visitas, y la observación de las instalaciones. Se ha puesto especial foco en adaptar instrumentos de levantamiento de la información acorde a situaciones específicas del contexto penitenciario, como lo son los distintos tipos de regímenes de encierro, la consideración de la calidad procesal de las personas privadas de libertad, consideraciones específicas para grupos de especial protección como mujeres gestantes y/o con hijas/os lactantes, personas de la diversidad sexogenérica, personas migrantes, entre otros. Dado el alto nivel de asimetría entre la población y la autoridad penitenciaria, se ha puesto especial foco en el abordaje de represalias y el consentimiento informado.

Tras cada visita, la triangulación de las distintas fuentes de información —observación, entrevistas y revisión de registros— permite validar los hallazgos y formular recomendaciones mediante el método Double-SMART (específicas, medibles, alcanzables, realistas y delimitadas en el tiempo). El diálogo posterior con las autoridades se sostiene mediante oficios, reuniones bilaterales, mesas de trabajo e informes de seguimiento.

El mandato preventivo introduce una lógica centrada en identificar riesgos, condiciones estructurales que están detrás de ellos y medidas que permitan evitar su materialización, recurrencia o agravamiento

CAPÍTULO II

Monitoreo realizado por el Comité de Prevención contra la Tortura a recintos de cuidado y/o custodia del Estado

Este capítulo presenta los hallazgos del monitoreo del CPT entre 2021 y 2025, organizados por tipo de población bajo cuidado o custodia del Estado. Cada sección resume el contexto institucional, el monitoreo realizado y los principales hallazgos y desafíos identificados.

1. Introducción

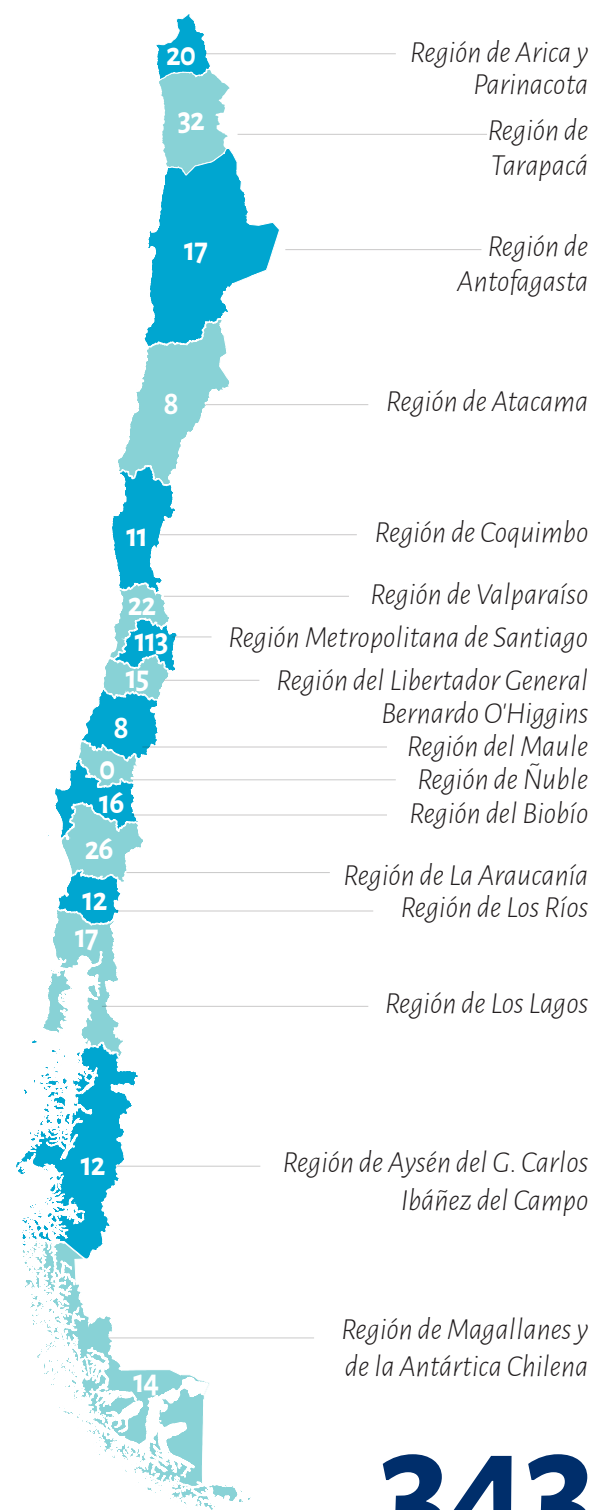
Entre 2021 y 2025, el CPT realizó 343 visitas a 227 recintos distintos, cubriendo 15 de las 16 regiones del país.

La cobertura territorial creció de seis regiones en 2021 a 15 en 2025. La Región Metropolitana concentra el mayor número de visitas, dada la alta concentración de recintos de cuidado y custodia de la región y la ubicación de la sede del Comité. Se ha procurado conocer la realidad del cuidado y la custodia en las distintas regiones del país, buscando cubrir áreas urbanas, semiurbanas y rurales para tener un panorama representativo de la realidad nacional. La macrozona norte —Tarapacá, Arica y Parinacota y Antofagasta— ha concentrado el monitoreo de la situación de personas migrantes, mientras que la presencia sostenida en La Araucanía se ha vinculado al trabajo del CPT sobre la situación de personas mapuche en contacto con la justicia y bajo custodia del Estado.

El crecimiento del monitoreo ha sido no sólo de volumen sino también de diversidad en poblaciones y tipos de recintos: en 2021, el terreno se concentró en unidades policiales, establecimientos penitenciarios, centros de justicia juvenil, residencias de protección de niñez, hospitales y clínicas psiquiátricas y establecimientos de larga estadía para personas mayores. A partir de 2022 se sumaron las residencias y hogares protegidos de salud mental, las unidades hospitalarias de cuidados intensivos en psiquiatría (UHCIP), residencias para personas con consumo problemático y unidades forenses; en 2023, residencias familiares para personas en situación de calle, dispositivos de custodia migratoria y dispositivos humanitarios; en 2024, las escuelas de formación de Gendarmería de Chile (GENCHI) y Carabineros; y en 2025, las unidades de camas sociosanitarias.

FIGURA 2

Cantidad de visitas realizadas por el CPT entre 2021 y 2025, por región.



343

Visitas realizó el CPT a recintos que albergan a personas bajo cuidado o custodia del Estado.

Fuente: Elaboración propia.

2.1. Niñas, niños y adolescentes bajo cuidado y custodia del Estado de Chile

Desde 1979, el SENAME concentraba tanto el sistema de protección como el de justicia juvenil. En 1990, Chile ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño, por lo que debió adecuar su legislación interna, y en 2005 se promulgó la Ley N° 20.084, que establece un régimen especializado y diferenciado de responsabilidad penal adolescente.

Sin embargo, fue la investigación del Comité de los Derechos del Niño de la ONU —que en 2018 constató una violación grave y sistemática de derechos en los centros residenciales, atribuible al Estado incluso cuando la administración era delegada a organismos colaboradores— la que gatilló la actual reforma institucional. De ahí surgieron la Defensoría de los Derechos de la Niñez y la Subsecretaría de la Niñez (2018), la Ley N° 21.430 de Garantías y Protección Integral (2022), y la separación definitiva del SENAME en dos servicios: el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (SPE) (desde 2021, bajo el Ministerio de Desarrollo Social) y el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil (SNRSJ) (creado por la Ley N° 21.527 de 2022, bajo el Ministerio de Justicia, implementado de forma gradual por macrozonas entre 2024 y 2026) y, permitiendo culminar el cierre progresivo del anterior SENAME. La instalación del SPE ha presentado dificultades, asociadas principalmente a su implementación uniforme en el territorio nacional y no de forma gradual, y al rol de los tribunales de familia, que no siempre aplican el principio de última ratio.

Entre 2021 y 2025, el CPT realizó 58 visitas a 47 recintos del ámbito de niñez y adolescencia, concentradas mayoritariamente en residencias de protección y centros de justicia juvenil, seguidas de UHCIP infanto-juveniles en hospitales y al interior de centros de justicia juvenil, complejos fronterizos con foco en niñez migrante, residencias para personas con consumo problemático de alcohol y/o drogas, y recintos penitenciarios, dispositivos humanitarios y residencias familiares para personas en situación de calle.

Principales hallazgos

En las **residencias de protección**, destaca la transformación impulsada por el SPE desde residencias masivas hacia residencias más pequeñas enfocadas en cada ciclo vital, lo que permite una mayor especialización en la atención según las necesidades particulares de cada etapa. Las regiones que más han avanzado en este cambio de paradigma coinciden con aquellas donde se ha observado mayor apoyo del Servicio en el proceso de implementación. Asimismo, se identifica que el perfil de ingreso presenta complejidades asociadas a historias de traumas complejos, consumos problemáticos de alcohol y vinculación a dinámicas de explotación sexual de niñas, niños y adolescentes (ESNNA), lo que supone un desafío mayor para el Servicio en cuanto a la especialización de modelos de atención y profesionales.

Un hallazgo relevante que se pudo conocer a través del monitoreo es que, en algunas residencias, al momento del ingreso se realiza un proceso de bienvenida en el que se entrevista a la niña, al niño o adolescente y se le explica el funcionamiento y las normas del centro, lo que permite una primera acogida individualizada y progresiva. Asimismo, existen residencias que mantienen procesos de despedida para el egreso, ya sea con familia externa o extensa, adopción y/o derivación a otra residencia.

Se mantienen brechas en las áreas educativas, en tanto persisten prejuicios y sesgos asociados a la institucionalización por parte de la comunidad educativa. Asimismo, se evidencia que, en ocasiones, niñas, niños y adolescentes permanecen meses sin ingreso escolar, debido a que el ingreso a la residencia se realiza en meses en que los procesos de postulación se encuentran cerrados, sin que exista priorización para ello. Un aspecto positivo es la posibilidad de que aquellos adolescentes que continúen sus estudios superiores puedan permanecer en la residencia hasta los 24 años, si cumplen con lo establecido por el Servicio, permitiendo así extender su permanencia en el sistema proteccional.

Destaca también la experiencia de la Región de Arica y Parinacota, donde se estableció un convenio con el MIDESO y el Servicio de Vivienda y Urbanismo (SERVIU), lo cual permitió gestionar una casa para adolescentes mayores de 18 años que se encontraban en la residencia, favoreciendo con ello el inicio de

una vida independiente fuera del centro, pero aún acompañados y monitoreados desde la residencia.

En salud, sigue siendo un desafío la falta de priorización de niñas, niños y adolescentes a nivel intersectorial en el sistema de salud respecto de atenciones de urgencia, especialidades médicas —especialmente en psiquiatría— y tratamiento de enfermedades crónicas, entre otros. Se apreció que, en general, las condiciones materiales eran adecuadas. Sin embargo, esta situación difería en las RLP, donde las habitaciones se encontraban sobrepobladas, con hasta 10 cunas. En cuanto al proceso de transformación de SENAME al SPE, uno de los ámbitos destacados refiere al mayor acompañamiento técnico por parte de este a los equipos de las diferentes residencias, especialmente luego de eventos críticos, tanto a nivel de supervisores como del área de asistencia técnica.

Preocupa la existencia de prohibiciones grupales que afectan directamente la autonomía y el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes, especialmente cuando se mantienen en el tiempo y quedan incorporadas en las reglas de funcionamiento de la residencia. Algunos ejemplos son la prohibición de espacios comunes sin la presencia de alguna/o funcionaria/o y la restricción del contacto corporal —como abrazos— entre niñas, niños o adolescentes o con sus hijas/os fuera del horario de lactancia.

Se conocieron experiencias de malos tratos físicos y/o psicológicos a residentes de parte de funcionarias/os, que, en algunos casos, se advierte que sólo habrían sido trasladadas/os a una nueva residencia para cumplir las mismas funciones. Es necesario fortalecer mecanismos únicos de detección y procesos de investigación interna ante vulneraciones de derechos, que culminen en medidas claras a fin de evitar la sensación de impunidad en adolescentes y funcionarias/os.

Sigue siendo un desafío la falta de priorización de niñas, niños y adolescentes a nivel intersectorial en el sistema de salud respecto de atenciones de urgencia, especialidades médicas —especialmente en psiquiatría— y tratamiento de enfermedades crónicas.



Residencia de Madres Adolescentes (RMA), Navidad Temuco. Región de la Araucanía

También son motivo de preocupación las largas permanencias y trayectorias en el sistema proteccional residencial, especialmente en el caso de la primera infancia, respecto de la cual las/os funcionarias/os perciben que los egresos se ven obstaculizados por la expectativa de los tribunales de contar con familias altamente funcionales, lo que da cuenta de una mirada estigmatizadora, especialmente hacia la pobreza y las personas extranjeras. Esta mirada estigmatizadora también se aprecia en los ámbitos de la educación y la salud respecto de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran bajo el sistema de protección. En cuanto al uso del tiempo, preocupa la existencia de salidas no autorizadas, especialmente aquellas asociadas a la ESNNA. Por otra parte, preocupa el bajo número de recintos para el tratamiento del consumo de drogas a nivel nacional, lo que aumenta las derivaciones a centros privados ubicados fuera de las regiones de origen e incrementa el desarraigo respecto de sus familias y comunidades.

Entre 2021 y 2025, el CPT visitó 14 **centros de justicia juvenil**, donde se advierte una especial preocupación por el uso extendido de la internación provisoria, los cuales pasaron de 1.057 en 2020 a 1.545 en 2024 y, entre enero y agosto, los de 2025 (963) superaron a los del mismo período de 2024 (928). Su peso relativo en el

total de ingresos pasó de 76,8% en 2020 a 83,4% en 2024 y se ha mantenido sobre el 81% desde 2022. A ello se suma que la segmentación en los centros se realiza principalmente por género, muchas veces debido a la falta de espacio y/o de dotación de personal.

GENCHI, como institución encargada de la seguridad de los centros, registró durante 2025 un total de 2.435 procedimientos en los centros de justicia juvenil del país¹. Generan especial preocupación las situaciones de maltrato y la actuación de GENCHI durante procedimientos de seguridad, entre ellas, el uso desproporcionado de la fuerza, las amenazas, las revisiones corporales incompatibles con la normativa vigente y el uso de espacios sin vigilancia donde se ejercerían agresiones. Estas situaciones se intensificarían cuando es la Unidad de Servicios Especiales Penitenciarios de GENCHI la que realiza los procedimientos, pudiendo incurrir en tratos crueles, inhumanos o degradantes durante su actuación. A ello se suma que las/os funcionarias/os de Gendarmería no siempre portan sus identificaciones personales de forma visible ni cámaras corporales al momento de ingresar al centro, lo que dificulta su reconocimiento por parte de las/os jóvenes.

¹ Información entregada al CPT por Gendarmería de Chile en respuesta al Oficio CPT N° 0306/2025.

En los procedimientos disciplinarios derivados de conflictos entre pares o con funcionarias/os, preocupa la aplicación de sanciones no contempladas en el reglamento, como la restricción de visitas, de llamadas telefónicas y de uso del patio; la imposición de rutinas diferenciadas; y el despojo de mobiliario, como sillones o televisores. Si bien el SNRSJ ha procurado fortalecer un cambio de paradigma, la Unidad de Separación de Grupo continúa utilizándose con una lógica de sanción o castigo ante situaciones de conflicto, muchas veces por un período superior al establecido en el reglamento —siete días— y aplicando una reducción de jornada y de visitas. El ingreso de drogas es un problema transversal en los recintos visitados. Según lo relatado por funcionarias/os y adolescentes, este se produciría principalmente por tres vías: (i) mediante «pelotazos» —lanzamientos desde el exterior—; (ii) a través de visitas de familiares; y (iii) por la acción de funcionarias/os del SENAME, el SNRSJ y/o GENCHI.

Como práctica positiva, se aprecia el establecimiento de videollamadas especialmente en el caso de jóvenes extranjeros o cuyas familias no se encuentran». en la región y/o en el territorio nacional, a fin de favorecer la vinculación familiar.

Según la información entregada al CPT por GENCHI en respuesta al Oficio CPT N° 0306/2025, la institución cuenta con 700 gendarmes destinados a los 18 centros de justicia juvenil del país, cifra que disminuye en la práctica debido a las licencias médicas, las cuales alcanzaron 1.774 durante 2025, casi el doble de las registradas en 2020 (938). Los gendarmes no cuentan con formación especializada sobre adolescentes en conflicto con la ley, lo que dificulta el adecuado ejercicio de sus funciones, propicia su desgaste profesional y, con ello, la ocurrencia de prácticas maltratantes hacia las/os adolescentes.

El CPT también ha monitoreado siete Unidades Hospitalarias de Cuidados Intensivos en Psiquiatría destinadas a la atención de niñas, niños y adolescentes, dos de ellas al interior de hospitales y cinco al interior de IP - IRC. Como nudos críticos se han identificado tratos degradantes asociados al uso de sobrenombres relacionados a sus diagnósticos de salud mental, a asustarlos al momento del descanso y aumentar sus diagnósticos. Asimismo, se ha visualizado la utilización de estas unidades como medidas de protección o castigo y no por necesidades de salud mental y la utilización de

altas administrativas sin que se haya logrado el cumplimiento de los objetivos de la intervención. También es de preocupación la frecuencia del uso de contenciones farmacológicas y mecánicas, las cuales excederían el tiempo establecido y no serían registradas adecuadamente. Dado que solo existen cinco UHCIP al interior de centros de justicia juvenil a nivel nacional, se observan situaciones de desarraigo en las/os jóvenes y adolescentes, pues estas unidades cubren amplias zonas que no siempre permiten un proceso de vinculación efectiva y presencial con las familias.

Análisis final

En el ámbito de la protección especializada, se valora positivamente el tránsito desde grandes residencias hacia modelos familiares y de menor tamaño, lo que evidencia avances hacia un cambio de paradigma orientado a una atención más individualizada y garante de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Lo observado durante el monitoreo evidencia que el SPE continúa enfrentando importantes dificultades para cumplir su mandato debido a la ausencia de una respuesta oportuna y prioritaria por parte de las demás instituciones del Estado, situación que se aleja de los principios de corresponsabilidad y coordinación establecidos en la Ley N° 21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Esta falta de soporte institucional repercute directamente en las trayectorias de vida de niñas, niños y adolescentes, prolongando su permanencia en el sistema de protección, limitando sus posibilidades de restitución de derechos y aumentando su exposición a nuevas vulneraciones.

En el sistema de justicia juvenil, la implementación gradual del SNRSJ ha permitido recoger aprendizajes relevantes para su instalación nacional. Se observan avances en la organización de rutinas, la promoción de trayectorias educativas, el fortalecimiento de vínculos familiares y la coordinación con la red de salud. Sin embargo, los datos del SNRSJ evidencian un aumento de los ingresos a internación provisoria —de 1.057 en 2020 a 1.545 en 2024—, lo que obliga a revisar críticamente el cumplimiento del principio de excepcionalidad que debe regir toda privación de libertad de adolescentes. En este contexto, resulta indispensable fortalecer la coordinación intersectorial

entre los sistemas de protección, justicia, salud, educación y seguridad; consolidar políticas permanentes de formación y cuidado de los equipos; robustecer los mecanismos de supervisión y denuncia; y asegurar el acceso oportuno a prestaciones especializadas. La prevención de la tortura requiere comprender que los riesgos no se limitan a actos explícitos de violencia física, sino que también se expresan mediante prácticas institucionales normalizadas, omisiones, respuestas insuficientes del Estado y condiciones estructurales que afectan la dignidad, el bienestar y el ejercicio efectivo de los derechos de niñas, niños y adolescentes bajo su cuidado o custodia.

2.2. Cuidados de larga estadía para personas mayores: ELEAM y camas sociosanitarias

Chile enfrenta un envejecimiento poblacional progresivo y acelerado, con un 19,8% de personas de 60 años o más, cifra que alcanzará el 36,5% hacia 2050. En este escenario, el CPT advierte una profunda brecha en la oferta residencial pública para personas mayores que se volverá cada vez más crítica.

En materia de protección de los derechos de las personas mayores, el país cuenta hoy con un marco normativo más robusto que hace una década —la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, el Decreto N° 20, la Ley Integral de las Personas Mayores y la Ley N° 21.805—, pero su implementación está aún en curso.

La oferta residencial pública para personas mayores se organiza en torno a las directrices que establece el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), el que dispone de una oferta propia de 22 Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), con 1.248 cupos, administrados por entidades públicas o privadas sin fines de lucro, y del Fondo Subsidio ELEAM, que en 2025 benefició a 157 establecimientos con 5.436 cupos. Para ingresar a un ELEAM del SENAMA se requiere pertenecer al 60% más vulnerable de la población. Entre noviembre de 2024 y noviembre de 2025 ingresaron 266 personas, de las cuales el 62,8% lo hizo por violencia intrafamiliar o por derivación judicial. A noviembre de 2025, 547 personas se encon-

traban en lista de espera, el 61,4% de ellas por casos de abandono o maltrato.

Las camas sociosanitarias, por su parte, responden a una realidad distinta pero relacionada. El programa de camas sociosanitarias creado por el Ministerio de Salud (MINSAL) en 2015 está destinado a personas que, tras recibir el alta médica, no pueden egresar del hospital por falta de redes familiares u otras problemáticas sociales, y busca brindarles cuidados integrales y un plan de reinserción que permita también liberar camas de atención hospitalaria. Su oferta es muy inferior a la demanda: cuenta con 33 unidades y 206 cupos a nivel nacional, frente a 1.122 personas con perfil sociosanitario registradas en 2025 como usuarias de la red de hospitales, más de cinco veces la capacidad del programa. Esta población tiene una edad promedio de 68,3 años, está compuesta en un 72,6% por personas mayores (en un 70,8% por hombres), y presenta principalmente cuadros neurológicos, neuroquirúrgicos no traumáticos y psiquiátricos.

Entre 2021 y 2025, el CPT realizó 19 visitas a residencias para personas mayores y unidades sociosanitarias, de las cuales el 73,7% se concentró en ELEAM y el 26,3% restante, en camas sociosanitarias, abarcando 17 recintos en total. La presentación de los hallazgos se organiza en torno al régimen de actividades, la rutina y los cuidados; el trato y los medios de protección de las personas mayores; y las condiciones laborales del personal.

Principales hallazgos

En los ELEAM monitoreados la rutina cotidiana combina actividades de cuidado, terapéuticas y recreativas —alimentación, aseo, cuidados de enfermería, talleres y atenciones profesionales— organizadas en torno a un Plan de Atención Integral que se actualiza periódicamente. A partir del monitoreo, el CPT observa que esta oferta tiende a ser monótona y con escasa diversidad de estímulos: es habitual encontrar a grupos de personas mayores en salones comunes, frente al televisor, sin mayor interacción. A mayor grado de dependencia o deterioro cognitivo, menores es la posibilidad efectiva de participar en las actividades que se ofrecen. La baja concurrencia de familiares a las visitas evidencia la soledad y el aislamiento social de buena parte de esta población.

En materia de salud, la composición de los equipos profesionales varía fuertemente según el tamaño del establecimiento: los ELEAM más pequeños suelen contar con mayor diversidad de profesionales pero en jornadas fragmentadas, mientras que los más grandes concentran equipos menos diversos con jornadas más extensas; una minoría presenta un déficit serio de dotación. La articulación con la red pública de salud suele estar operativa pero su calidad depende, en la práctica, de gestiones y voluntades locales, con dificultades frecuentes para acceder a especialistas y traslados.

Respecto del trato, el CPT valora que, en general, el personal es bien evaluado por las y los residentes. La mayor parte de los relatos de malos tratos se refiere a situaciones en las que el personal se dirige a las/os residentes de manera brusca, con insultos o alzando la voz, y generalmente se asocian a funcionarios específicos y no a una práctica generalizada. Se observa una tendencia hacia los tratos infantilizantes y actitudes edadistas —diminutivos, respuestas paternalistas— que, aun cuando se enmarquen en códigos de cariño, pueden menoscabar la condición adulta de las personas mayores. El CPT ha observado también negligencias de cuidado vinculadas a la demora en los procesos de aseo, alimentación o atención de requerimientos, vinculados por lo general a la alta carga física y emocional del personal de trato directo. Este personal es mayoritariamente femenino, lo que refleja una naturalización del cuidado como un rol femenino; muchas cuidadoras son, a su vez, personas mayores y/o jefas de hogar, y enfrentan agotamiento físico y afecciones musculoesqueléticas, junto con una carga emocional sostenida.

Chile enfrenta un envejecimiento poblacional progresivo y acelerado, con un 19,8% de personas de 60 años o más, cifra que alcanzará el 36,5% hacia 2050. En este escenario, el CPT advierte una profunda brecha en la oferta residencial pública para personas mayores que se volverá cada vez más crítica.

En materia de contenciones y sujeciones, la mayoría de los ELEAM visitados cuenta con protocolo, las aplica por orden médica y contempla medidas previas para evitar su uso. Sin embargo, algunos protocolos carecen de un plan de supervisión o no precisan el tiempo máximo de aplicación. Preocupa especialmente que el número de contenciones autorizadas varía notablemente entre recintos con perfiles de dependencia similares y que el personal recibe escasa formación a este respecto. Los mecanismos de queja, por su parte, son informales y no permiten reclamar de manera anónima y confidencial. Ante eventuales delitos se identifican tres problemas principales: la ausencia o insuficiencia de protocolos, la baja judicialización —la denuncia suele supeditarse a una evaluación previa de la dirección— y la sustitución ocasional de la denuncia por la desvinculación de la persona presuntamente responsable.

En cuanto al Programa de Camas Sociosanitarias, un elemento de alta criticidad es la prolongación de las estadías. Aunque el programa establece que la permanencia no debiera exceder los tres meses, en muchos casos las estadías se extienden incluso por más de tres años, y cuando una persona es derivada a otra unidad su permanencia vuelve a contabilizarse desde cero, por falta de trazabilidad. Los hospitales no cuentan con mecanismos que les faculden para administrar los recursos de las/os usuarias/os, por lo que las pensiones de quienes no tienen tutoras/es tienden a acumularse sin que puedan disponer de ellas; y la situación es especialmente compleja para las personas menores de 60 años, para quienes no existen dispositivos específicos de egreso.

Análisis final

Pese a que el marco de protección de las personas mayores bajo cuidado del Estado es hoy sustancialmente más robusto que hace una década, el país no ha definido con claridad qué órgano asume la fiscalización y supervisión de los ELEAM. SENAMA cuenta con competencias de asistencia técnica y las SEREMI de Salud realizan fiscalizaciones sanitarias, pero ninguna alcanza las dimensiones que el monitoreo identifica como críticas: el trato, el ejercicio de derechos y la calidad de vida de las personas mayores. Mientras no se consolide un marco de fiscalización con enfoque de derechos, cobra mayor relevancia el monitoreo de instituciones independientes como el CPT como

complemento que interpela a la fiscalización estatal. El CPT identifica cuatro problemas transversales que requieren una respuesta articulada: (1) la sobrecarga y precariedad del personal de cuidado; (2) la necesidad de transitar desde cuidados básicos hacia cuidados integrales; (3) la judicialización creciente de los ingresos; y (4) la institucionalidad del cuidado de las personas mayores y su supervisión.

Las camas sociosanitarias no constituyen una respuesta efectiva; son, por el contrario, el resultado de una profunda brecha en la oferta residencial pública. Garantizar el cuidado supone una política integral que amplíe sustantivamente la oferta, fortalezca la institucionalidad y despliegue alternativas graduales—apoyo domiciliario, dispositivos comunitarios, soluciones intermedias—, reservando la institucionalización para cuando sea estrictamente necesaria.

2.3. Personas con discapacidad psicosocial²

La Ley N° 21.331 (2021) reconoce a las personas con diagnósticos de salud mental como sujetos plenos de derechos y garantiza su dignidad, libertad personal, integridad física y psíquica, autonomía, no discriminación e inclusión social y laboral. Exige que toda intervención se base en la voluntad, las preferencias y el consentimiento libre e informado de la persona, con apoyos para la toma de decisiones cuando sea necesario, y orienta la atención hacia la alternativa terapéutica menos restrictiva. Además, prohíbe la creación de nuevos establecimientos psiquiátricos asilares. Su Reglamento sobre Hospitalización Psiquiátrica (Decreto N° 9 de 2025) define la hospitalización como una medida excepcional y temporal, que no puede usarse para resolver problemas sociales o de vivienda.

También distingue entre hospitalización voluntaria e involuntaria, establece la revisión de esta última por los tribunales de familia e incorpora resguardos específicos para niñas, niños y adolescentes.

Sin embargo, la implementación de la ley ha presentado algunas deficiencias que han limitado su aplicación efectiva. Su reglamento se publicó recién en octubre de 2025, lo que generó incertidumbre e interpretaciones disímiles sobre la aplicación de sus disposiciones. Además, las normas sobre hospitalización involuntaria no recogen plenamente los estándares de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y diversas organizaciones han advertido que las medidas coercitivas, como la contención física o el aislamiento, están insuficientemente reguladas. También persisten diferencias entre el acceso efectivo a la salud mental y a la salud física. Por su parte, los Planes Nacionales de Salud Mental han promovido un modelo comunitario, pero su implementación se ha visto limitada por déficits presupuestarios, escasez de especialistas, disparidades regionales y una articulación intersectorial parcial.

El mandato del CPT en este ámbito es especialmente amplio, ya que la Ley N° 21.154 considera lugar de privación de libertad toda internación, sea voluntaria o forzosa, por vía administrativa o judicial. El Comité ha catastrado una red heterogénea de 408 establecimientos de atención psiquiátrica cerrada y residencial a nivel nacional, de los cuales un 45% se concentra en la Región Metropolitana. Esta red incluye 60 UHCIP para población adulta e infantojuvenil y cuatro hospitales psiquiátricos públicos que, al momento del monitoreo, aún mantenían unidades de larga estadía, en tensión con la meta de desinstitucionalización. Comprende también una red de psiquiatría forense con cerca de 333 plazas y 135 centros de tratamiento por consumo de alcohol y drogas, un número relevante de estos centros opera bajo administración privada con financiamiento estatal, y 126 hogares y 60 residencias protegidas, varios de los cuales superan la capacidad máxima fijada por su normativa técnica.

El tránsito de una persona entre estos dispositivos depende de decisiones de gestores de red, equipos clínicos, tribunales y GENCHI, pero no existe un registro centralizado que permita seguir su trayectoria. La supervisión se reparte entre los Servicios de Salud, las SEREMI, la Superintendencia de Salud, la CONAPREM y el SENDA, sin que ninguna de estas instituciones tenga

² La expresión "personas con discapacidad psicosocial" se utiliza en este capítulo como una categoría de derechos humanos, conforme a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada por Chile en 2008, y no como una categoría clínica o diagnóstica. El capítulo comprende las visitas a recintos psiquiátricos, hogares y residencias protegidas, unidades forenses, así como a determinados centros de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas. La inclusión de estos últimos responde, por una parte, a la posible concurrencia de personas con discapacidad psicosocial entre quienes son atendidas en dichos centros y, por otra, a que estos pueden implicar situaciones de privación de libertad o restricciones sustantivas a la libertad ambulatoria y a la autonomía, lo que los sitúa dentro del mandato preventivo del CPT/OPCAT con independencia de la calificación diagnóstica individual de cada persona. El consumo de alcohol y/o drogas no determina, por sí solo, la existencia de una discapacidad psicosocial.

una visión completa del recorrido de cada persona ni de las condiciones en que este se desarrolla.

Los tiempos de permanencia en los recintos visitados por el CPT abarcan un espectro extremadamente amplio, desde un promedio de 17 días en una unidad de desintoxicación para adolescentes hasta cerca de 3,7 años en una unidad de larga estadía de un hospital psiquiátrico y más de 11 años en una residencia protegida. Esto ilustra cómo el hospital psiquiátrico cumple funciones de muy distinta naturaleza, desde la atención de crisis agudas hasta la de residencia de facto para personas que carecen de alternativas de egreso. En el caso de la unidad de larga estadía de mujeres del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, se avanzó formalmente en la desinstitucionalización del hospital mediante la compra de camas en clínica privada, pero las mujeres continúan internadas en un recinto clínico cerrado.

El Plan Construyendo Salud Mental (MINSAL, 2024) contempla Residencias de Alta Intensidad de Apoyos para externalizar a aproximadamente 160 personas y fija metas de expansión de la red al año 2026. Sin embargo, el propio MINSAL reconoce que el número de personas en situación de institucionalización de larga data continúa siendo difícil de determinar con precisión, y el CPT identifica como uno de los principales obstáculos para el egreso la insuficiencia de hogares, residencias protegidas y otras alternativas habitacionales.

El CPT realizó 35 visitas a 27 establecimientos entre 2021 y 2025, distribuidos entre hospitales y recintos psiquiátricos, unidades y residencias forenses, residencias y hogares protegidos, establecimientos para consumo problemático y UHCIP.

Principales hallazgos

Los hallazgos del monitoreo dan cuenta de una brecha importante entre el enfoque comunitario reconocido en la normativa y las condiciones observadas en la atención de salud mental. La concentración de personas en hospitales psiquiátricos, las hospitalizaciones prolongadas, la insuficiencia de alternativas residenciales y las dificultades para concretar los egresos reflejan la continuidad de prácticas institucionalizantes.

En la mayor parte de los recintos visitados, el CPT constató un trato cercano y respetuoso de las personas

cuidadoras y los equipos clínicos. Sin embargo, la vida cotidiana tendía a organizarse en torno a rutinas fijas y poco estimulantes, por falta de recursos técnicos para apoyar procesos de recreación, rehabilitación o recuperación. **Un aspecto de mayor preocupación es la ausencia de registros sobre las preferencias de las personas respecto de los apoyos que requieren ante crisis o descompensaciones y sobre los factores que las desencadenan.** Ante esta carencia, persisten contenciones mecánicas y farmacológicas que pueden emplearse en sustitución de la contención emocional y ambiental que los estándares internacionales exigen priorizar.

El informe reporta datos de 19 de los 27 establecimientos visitados, que permiten contar con algunas nociones sobre patrones y factores de riesgo asociados a las contenciones. En ocho de ellos, la contención farmacológica estaba normalizada como primera respuesta frente a alteraciones conductuales. En varios recintos, los fármacos se administraban por indicación directa del personal de enfermería, sin evaluación médica, y se documentaron casos en que la medicación se utilizaba como amenaza frente a los reclamos de las personas usuarias o se suministraba sin orden médica.

El 32,0% de los recintos con datos aplicaba contenciones mecánicas de manera frecuente o habitual, en varios casos durante períodos que excedían los protocolos, con casos de sujeción continua por más de cuatro horas e incluso durante el día y la noche. Las personas afectadas describieron estos procedimientos como experiencias violentas. En las unidades forenses, cuando la inmovilización no abarcaba todo el cuerpo, se la denominaba "sujeción" en lugar de "contención", y como consecuencia los episodios no se registraban ni se informaban a las autoridades de salud.

Según el relator especial sobre la tortura, toda inmovilización de personas con discapacidad, incluso por un breve período, puede constituir tortura y malos tratos. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad recomendó a Chile prohibir las contenciones en establecimientos psiquiátricos, y la Ley N° 20.584, la Ley N° 21.331 y la iniciativa QualityRights de la OMS refuerzan estos estándares. El CPT vincula la aplicación de estas medidas con una gestión inadecuada de las salvaguardias, la falta de registros sobre los factores desencadenantes y atenuantes de las crisis y la ausencia de una comprensión integral de las necesidades y preferencias de las personas.

En contraste, en la gran mayoría de las residencias y hogares protegidos, así como en algunas unidades forenses o de evaluación, estas prácticas no se aplicaban o habían sido erradicadas casi por completo.

Respecto a la prevención y respuesta frente a malos tratos, la mayoría de los establecimientos visitados presentan vacíos o insuficiencias críticas en esta materia. La normalización de las prácticas de contención coexiste frecuentemente con la ausencia de mecanismos adecuados de control y denuncia. Se observó que no existían protocolos específicos para prevenir los malos tratos, los mecanismos de queja carecían de garantías de anonimato y confidencialidad, o el personal desconocía cómo proceder ante hechos posiblemente constitutivos de delito. Sólo algunos disponían de herramientas formalizadas, como protocolos de prevención y actuación, manuales para situaciones de crisis o procedimientos de denuncia.

El monitoreo da cuenta de una serie de desafíos relacionados a la desinstitucionalización de la salud mental. En Chile, la Ley N° 21.331 dispone que la atención de salud mental se preste preferentemente de forma ambulatoria o domiciliaria y reserva la hospitalización psiquiátrica como recurso excepcional y transitorio. Sin embargo, aún permite la hospitalización involuntaria y no recoge todas las obligaciones derivadas de la Convención. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha recomendado a Chile revisar estos criterios.

El CPT ha observado que la autonomía es la dimensión con mayores dificultades en la mayoría de los recintos visitados. No se desarrollan actividades suficientes para fortalecer la toma de decisiones con apoyo, persisten prácticas de sustitución de la voluntad y son pocas las instituciones con acciones sustantivas orientadas a proyectar el egreso y fortalecer la vida independiente, la inclusión social, el acceso al empleo y la vivienda. El trabajo con las redes de apoyo también resulta insuficiente, lo que puede generar una carga considerable para las familias, considerando que el 71,7% de las personas en situación de dependencia recibe cuidados de una mujer. El CPT ha insistido en que el tránsito hacia la desinstitucionalización requiere la articulación de distintos ministerios, municipios, servicios y otros actores.

En la red de salud mental forense, la fragmentación de la atención adquiere características particulares. Las demoras en las evaluaciones de inimputabilidad, la

permanencia de personas con necesidades de atención psiquiátrica en establecimientos penitenciarios, la falta de dispositivos especializados y las dificultades para acceder a alternativas residenciales producen interrupciones en los tratamientos y prolongan situaciones de privación de libertad o institucionalización.

El tránsito de las personas con discapacidad psicosocial por el cuidado y la custodia del Estado presenta riesgos desde las primeras horas de la detención, ya que el personal policial puede no contar con la formación ni las herramientas para identificar condiciones de salud mental o situaciones de crisis. Estos riesgos aumentan cuando se suman diagnóstico dual, situación de calle y falta de redes de apoyo. En las audiencias de control de detención no suele disponerse de antecedentes clínicos que permitan identificar a tiempo indicios de inimputabilidad. Ante la falta de cupos en la red pública de salud, estas personas pueden permanecer en recintos penitenciarios, en contraste con el artículo 464 del Código Procesal Penal. Los prolongados tiempos de espera para los peritajes psiquiátricos las mantienen, además, en una situación de indeterminación procesal.

Dentro del conjunto de unidades visitadas por el CPT, la psiquiatría forense presenta algunos casos de permanencia muy prolongada y concentra las mayores brechas entre el propósito declarado del dispositivo y

En la red de salud mental forense, la fragmentación de la atención adquiere características particulares. Las demoras en las evaluaciones de inimputabilidad, la permanencia de personas con necesidades de atención psiquiátrica en establecimientos penitenciarios, la falta de dispositivos especializados y las dificultades para acceder a alternativas residenciales producen interrupciones en los tratamientos y prolongan situaciones de privación de libertad o institucionalización.

el tiempo que las personas permanecen efectivamente en él. Un caso extremo se observó en la UCMS del Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente, que atendía a 18 hombres: 12 por medidas de seguridad y seis en internación provisional. Mientras estos últimos registraron permanencias promedio de cuatro meses en 2022 y ocho meses en 2023, quienes cumplían medidas de seguridad promediaron casi seis años en 2022 y 2,3 años en 2023. Estas estadías se explican por las demoras judiciales, la escasez de especialistas en psiquiatría forense y las barreras sociales para el egreso, como la falta de redes de apoyo o de dispositivos intermedios. A ello se suma un número insuficiente de plazas, que ha derivado en traslados a otras regiones y en el ingreso de personas imputadas a unidades clínicas generales no diseñadas para atenderlas.

GENCHI informa vía Oficio N° 14.00.00.256/2026 que, a diciembre de 2025, había 191 personas en evaluación de inimputabilidad privadas de libertad en recintos penitenciarios. Durante el monitoreo, el CPT documentó situaciones especialmente preocupantes que afectaban a estas personas, entre ellas, agresiones físicas; uso recurrente del aislamiento; aplicación de medidas de contención inadecuadas, como grilletes

en manos y pies; deficiencias críticas en la continuidad de los tratamientos farmacológicos; y fallecimientos ocurridos mientras se encontraban bajo custodia del Estado en recintos penitenciarios.

Avanzar hacia el egreso enfrenta, además, barreras fuera de los recintos. **El estigma asociado a la salud mental y a la discapacidad psicosocial continúa obstaculizando el acceso a la vivienda, el empleo, la educación, las relaciones sociales y los espacios de participación.** Asimismo, los planes de atención y egreso deben elaborarse con la participación efectiva de cada persona, mediante información accesible, apoyos para la toma de decisiones y respeto por su voluntad y preferencias. Los procesos de recuperación también deben considerar los objetivos definidos por la propia persona en ámbitos como la vida cotidiana, las relaciones afectivas, la educación, el trabajo, la vivienda y la participación social. La consolidación de este enfoque depende del fortalecimiento de una red territorial que disponga de atención ambulatoria intensiva, equipos móviles, respuestas oportunas frente a las crisis, viviendas con diferentes niveles de apoyo, centros diurnos y programas de rehabilitación e inclusión sociolaboral.



Salud. Hospital Penitenciario de C.D.P. Santiago Sur

En esa línea, el Plan Construyendo Salud Mental fija metas de expansión de la red hacia 2026. La de mayor magnitud relativa corresponde a las camas UHCIP para población infantojuvenil, con un incremento proyectado de 113 camas, equivalente al 50,0% de la oferta disponible en 2021, que alcanzaba las 226 camas. Le siguen la ampliación de los hospitales de día para personas adultas, con 132 nuevas plazas respecto de las 803 existentes en 2023, y el aumento de las camas UHCIP para población adulta, con 115 camas adicionales, equivalentes a un incremento del 12,0%. En paralelo, se proyecta la construcción o habilitación de al menos 15 nuevos Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), además de otros 23 proyectos que se encontrarían en distintas etapas de ejecución hacia 2026. Sin embargo, en su diagnóstico de 2024, el MINSAL reconoce que el número total de personas en situación de institucionalización de larga data continúa siendo variable y difícil de determinar con precisión, debido a las distintas modalidades administrativas bajo las cuales se configuran estas estadías, que incluyen hospitales generales y clínicas privadas que operan mediante convenios con el Estado.

Sin embargo, en su diagnóstico de 2024, el MINSAL reconoce que el número total de personas en situación de institucionalización de larga data continúa siendo variable y difícil de determinar con precisión, debido a las distintas modalidades administrativas bajo las cuales se configuran estas estadías, que incluyen hospitales generales y clínicas privadas que operan mediante convenios con el Estado.

Análisis final

El monitoreo de estos cinco años muestra una brecha persistente entre el enfoque comunitario reconocido en la normativa y las condiciones observadas en la atención de salud mental, donde continúan prácticas institucionalizantes que afectan los procesos de recuperación, debilitan los vínculos sociales y reducen las posibilidades de ejercer la autonomía. Esta brecha se expresa también en la formación de funcionarias y funcionarios, una brecha transversal que puede favorecer intervenciones centradas en el control de la conducta y la sustitución de decisiones, en lugar de respuestas construidas con las propias personas. Asimismo, si bien las medidas coercitivas se encuentran reguladas, persisten brechas en su prevención, registro, supervisión y revisión posterior.

En cuanto a la desinstitucionalización, persisten condicionantes estructurales que impiden su implementación efectiva, como lo muestran los traslados desde un hospital psiquiátrico hacia una clínica, que constituyen una nueva institucionalización.

Superar estas brechas exige que la hospitalización conserve un carácter excepcional y transitorio y que el egreso se prepare desde el momento del ingreso, abordando los determinantes sociales que incidieron en ella. Un plan nacional de desinstitucionalización permitiría organizar este proceso mediante metas, plazos, responsabilidades, financiamiento e indicadores públicos, mientras que una política nacional de salud mental forense permitiría definir rutas de derivación, plazos y mecanismos de continuidad terapéutica entre salud, justicia y Gendarmería. Ambos requieren una coordinación estable entre sectores que no traslade a las familias, especialmente a las mujeres, responsabilidades estatales sin los apoyos necesarios. Las recomendaciones del CPT se han trabajado con una parte importante de los establecimientos visitados, pero persisten dificultades para obtener respuestas articuladas desde el nivel central, especialmente del Ministerio de Salud, lo que limita la implementación de medidas que dependen de decisiones normativas, presupuestarias o intersectoriales.

2.4. Personas detenidas en unidades policiales

Las primeras horas de la detención constituyen un momento crítico, caracterizado por la marcada asimetría de poder entre el Estado y la persona privada de libertad. En esta etapa intervienen distintas instituciones y agentes, que desempeñan funciones a lo largo de todo el proceso de custodia hasta que la persona detenida es puesta a disposición de un tribunal.

Luego de la crisis social de octubre de 2019, en medio de las movilizaciones masivas, se utilizó el estado de emergencia para desplegar a personal del Ejército en labores de control del orden público y resguardo de infraestructura crítica. En paralelo, a partir de febrero de 2022 se utilizó el estado de excepción constitucional de emergencia para restringir derechos de la ciudadanía y desplegar a las Fuerzas Armadas en la macrozona norte. En suma, de los más de 2.200 días transcurridos desde la crisis social de octubre de 2019, solo ha habido 109 días libres de estados de excepción constitucional. Las situaciones descritas evidencian que, aun cuando la Constitución Política de la República reconoce como Fuerzas de Orden y Seguridad exclusivamente a Carabineros de Chile y a la Policía de Investigaciones de Chile (PDI), en la práctica, tanto las Fuerzas Armadas como otras instituciones ejercen activamente funciones policiales en distintos territorios del país.

Entre 2021 y 2025, el CPT realizó 140 visitas a 101 recintos vinculados a la función policial. Un 95,7% de estas visitas fueron a unidades policiales; el 3,6% a dispositivos de custodia migratoria; y el 0,7% a la Escuela de Suboficiales de Carabineros de Chile. Dentro de las unidades policiales, Carabineros de Chile concentró la mayor parte del trabajo de monitoreo, con 113 de las 134 visitas realizadas a 77 recintos. El 90% del monitoreo a estos recintos se realizó de manera programada.

Principales hallazgos

En las unidades policiales se avanzó progresivamente en la eliminación de los baños tipo placa turca ubicados dentro de las celdas. En cuanto al mantenimiento de los espacios, se observó un uso cada vez más frecuente de pinturas de colores claros y de alto tráfico,

que facilitan su conservación, generan una mayor sensación de amplitud y mejoran la visibilidad de las celdas mediante los sistemas de videovigilancia. En particular, los complejos más nuevos de Carabineros de Chile y la PDI evidenciaron avances en materia de videovigilancia, amplitud de los calabozos y mantenimiento regular de las dependencias.

Uno de los aprendizajes más significativos del período fue comprender las primeras horas de la detención como un proceso complejo, en el que intervienen distintas instituciones públicas y se generan riesgos para las personas detenidas. La experiencia acumulada mediante el monitoreo muestra que los malos tratos, la tortura o el uso desproporcionado de la fuerza no se producen de manera aislada, sino que se insertan en contextos organizacionales específicos, donde confluyen deficiencias estructurales, presiones operativas, amplios márgenes de discrecionalidad y mecanismos de control insuficientes.

Existe la Circular N° 1883, que imparte instrucciones sobre las acciones que debe adoptar el personal de Carabineros de Chile ante la descompensación o autolesión de una persona detenida. Sin embargo, durante algunas entrevistas, el personal encargado de la custodia manifestó desconocer el contenido de la circular, lo que afectaba la aplicación efectiva de sus disposiciones. Resulta destacable que, a partir de una recomendación formulada por el Comité, actualmente existe un procedimiento estandarizado para actuar frente a estos episodios, aunque todavía es necesario fortalecer su difusión entre el personal. En distintas visitas se constató que actuaciones como informar los motivos de la detención, efectuar la lectura de derechos o completar el acta de salud se realizaban de manera mecánica, sin verificar que las personas comprendieran su contenido y finalidad.

Respecto de la **constatación de lesiones**, si bien el Servicio Médico Legal ha elaborado orientaciones para su aplicación, los establecimientos de salud donde se practican estas evaluaciones no necesariamente las siguen, debido a que carecen de carácter vinculante. En algunos casos, el personal médico exigía la presencia del personal aprehensor durante el examen, lo que podía disuadir a las personas detenidas de denunciar posibles malos tratos. En otros, solicitaba mantener las esposas durante la evaluación como medida de seguridad. En ocasiones, las personas detenidas señalaron que el personal médico se limitaba a leer un

cuestionario en voz alta, sin verificar efectivamente sus condiciones físicas y psicológicas.

Durante el monitoreo, el CPT constató que las jefaturas que habían establecido coordinaciones previas con los Servicios de Salud para brindar atención prioritaria a las personas detenidas en determinados recintos asistenciales lograron reducir considerablemente los tiempos de espera. También se observó la importancia del Ministerio Público en la determinación del destino de la persona detenida. Cuando estas decisiones se adoptan con rapidez y se comunican claramente, disminuye el tiempo de privación de libertad de quienes serán citados bajo apercibimiento, se libera capacidad en los calabozos y se reducen la carga operativa y las responsabilidades del personal encargado de la custodia. Del mismo modo, las entrevistas a defensoras y defensores públicos y a personas detenidas permitieron identificar que el contacto temprano con una defensa técnica constituye un factor de protección relevante.

La intervención de los juzgados de garantía durante la audiencia de control de detención constituye una salvaguarda fundamental para verificar el cumplimiento de los estándares aplicables a la detención, conducción y custodia. Este control jurisdiccional permite examinar si los procedimientos y las actuaciones del personal policial se ajustan a la normativa vigente y declarar la ilegalidad de la detención cuando se constatan infracciones o vulneraciones de derechos.

Las condiciones laborales del personal policial inciden directamente en la calidad de la custodia. La sobrecarga de funciones, los turnos extensos, la falta de dotación y la escasez de espacios de descanso generan situaciones de estrés y desgaste que pueden aumentar el riesgo de respuestas reactivas, uso excesivo de la fuerza o trato inadecuado. En este ámbito, la falta de apoyo institucional en materia de salud mental fue una preocupación recurrente expresada por el personal durante las entrevistas.

Análisis final

La aprobación del proyecto de ley que crea una nueva institucionalidad en materia de seguridad municipal, así como la normativa referida a la regulación de la seguridad privada, conlleva la necesidad de monitorear la evolución de estos nuevos aparatos de control social y dar seguimiento a sus mecanismos de supervisión, su regulación reglamentaria y sus procesos de certificación, entre otros aspectos. Por otro lado, actualmente se tramita en el Congreso el proyecto de ley que establece normas para regular el uso de la fuerza en Chile, que, a la fecha, se encuentra en la etapa de tercer trámite constitucional. Durante la discusión parlamentaria se suprimió la exigencia de garantizar el principio de proporcionalidad en el uso de la fuerza y se incorporaron reglas diferenciadas



Monitoreo a celdas a Subcomisaría de Los Vilos- IV región

para las policías y el personal de las Fuerzas Armadas que ejerza funciones policiales.

El posible uso de armamento menos letal, como los proyectiles de impacto de energía cinética (PIEC), y la aprobación de nuevos dispositivos, como los dispositivos eléctricos de inmovilización temporal (DEIT), por parte del personal encargado de hacer cumplir la ley suponen el desafío de revisar sus protocolos de utilización, los mecanismos de supervisión institucional y los procesos de formación de quienes podrán emplearlos. Del mismo modo, constituye un ámbito relevante avanzar en el desarrollo de nuevas metodologías de monitoreo que permitan reconocer los principales desafíos relacionados con los procesos de aprehensión y traslado de personas detenidas, observar su tránsito hacia la primera audiencia ante el juez de garantía, examinar la custodia en dependencias judiciales y analizar el papel de la judicatura como garante de derechos durante las primeras horas de la detención.

2.5. Personas privadas de libertad en recintos penitenciarios

El análisis del contexto penitenciario evidencia la persistencia de una brecha estructural identificada desde hace largo tiempo por el Comité: la ausencia de una ley de ejecución de penas que regule integralmente el cumplimiento de las sanciones privativas de libertad y permita contar con una judicatura especializada en ejecución penal. Dentro de la Subdirección de Reinserción Social se encuentra el Departamento de Protección y Promoción de Derechos Humanos, creado en 2019 mediante la Resolución Exenta N° 1454/2019, con el propósito de fortalecer la incorporación del enfoque de derechos humanos en la administración penitenciaria.

El Comité participa desde octubre de 2022 en la Mesa de Diálogo y Actuación Intersectorial (MEDAI), instancia creada en el marco del Sistema de Registro, Comunicación y Atención Integral a Víctimas de Violencia Institucional Carcelaria (SIRCAIVI), cuyo objetivo es fortalecer la coordinación interinstitucional para identificar, dar seguimiento y proteger a las personas víctimas de violencia institucional en recintos penitenciarios. Asimismo, desde marzo de 2023 integra la

Mesa sobre Denuncia e Investigación de Muertes bajo Custodia, Control o Cuidado del Estado, coordinada por el Ministerio Público y orientada a fortalecer el registro, análisis y seguimiento de los fallecimientos ocurridos bajo custodia estatal mediante mecanismos de coordinación e intercambio de información entre las instituciones participantes.

Entre 2021 y 2025, el CPT realizó 83 visitas a 34 recintos: 82 a establecimientos penitenciarios y una a la Escuela de Formación Penitenciaria. El promedio de 2,4 visitas por recinto refleja la prioridad otorgada al seguimiento de los hallazgos más críticos. Un 37,3% de las visitas a unidades penales fueron no programadas, lo que se vincula con la alta frecuencia de contingencias y situaciones críticas que requieren una respuesta inmediata.

Principales hallazgos

Entre 2020 y 2025, la población privada de libertad en regímenes cerrado y semiabierto pasó de 38.950 a 62.877 personas, un incremento acumulado de 61,4%. En el caso de las mujeres, aumentó de 2.770 a 5.134, un crecimiento de 85,3%. Al término de 2025, la infraestructura carcelaria disponía de 42.437 plazas, por lo que el sistema cerrado operaba al 146,9% de su capacidad, con una sobreocupación agregada del 46,9% y 62.323 personas privadas de libertad. Esta sobreocupación se traduce, en muchos casos, en situaciones de hacinamiento.

En materia de condiciones materiales, se observaron camas artesanales confeccionadas por las propias personas privadas de libertad, colchones en el piso e inodoros en mal estado o fuera de funcionamiento. Esto obliga, en algunos casos, a usar recipientes o bolsas para la eliminación de excretas. La provisión institucional de artículos de higiene es insuficiente e irregular, lo que genera una dependencia estructural de las encomiendas familiares. La alimentación presenta porciones insuficientes, bajo aporte nutricional y extensos períodos de ayuno entre la última comida del día y la primera del día siguiente.

En cuanto al trato, se identificó de forma sostenida la aplicación de sanciones extrarreglamentarias o informales, entre ellas el denominado «pago al contado»: golpes o exigencia de ejercicio físico a cambio de evitar la activación del procedimiento disciplinario. También se documentó la práctica de «cargar» armas

cortopunzantes a personas privadas de libertad como forma de imputación informal de faltas. Otra práctica es el traslado como sanción encubierta ante reclamos o denuncias, y existen recintos conocidos entre la población penal como "cárceles de castigo". Pese a que el artículo 27 bis del Reglamento de Establecimientos Penitenciarios prohíbe expresamente el desprendimiento integral de la vestimenta, numerosas personas han sido sometidas a desnudamientos corporales completos y simultáneos en espacios comunes. Los «puntos ciegos» sin cobertura de cámaras han sido señalados como lugares en los que ocurrirían golpizas y castigos informales.

El régimen de aislamiento consiste en el encierro durante 22 horas o más, con restricciones totales o parciales de contacto con el exterior. El CPT documentó distintos motivos para su aplicación:

- Como sanción disciplinaria, con un máximo de 10 días en celda solitaria;
- Como régimen de máxima seguridad, con 458 personas a enero de 2026;
- Por protección o «segmentación agotada», en celdas o módulos «transitorios» de habitabilidad precaria, con 1.400 personas;
- Como método de gestión penitenciaria;
- A la espera de clasificación o traslado;
- Por razones de salud.

En recintos con serios problemas para segmentar a la población, se observó además el autoaislamiento de personas que no salen de su celda para protegerse de agresiones. Las personas en aislamiento refieren estrés, ansiedad, trastornos del sueño, desorientación y pensamientos recurrentes de quitarse la vida.

Entre 2020 y 2025 se registraron 968 muertes en recintos penitenciarios: 50,4% por enfermedades, 25,7% por riñas o agresiones entre personas privadas de libertad y 15,8% por suicidio. En el mismo período hubo 11.605 eventos de riñas, con un máximo de 2.373 en 2025. Se registraron 21.306 personas lesionadas con elementos cortopunzantes y 244 personas víctimas de agresiones sexuales.

La mayoría de los hechos de violencia institucional no se denuncian formalmente, principalmente por temor a represalias. Entre las formas de violencia institucional documentadas figura la restricción o suspensión

reiterada o prolongada de visitas y videollamadas. En algunos casos, esto habría implicado más de 120 días consecutivos sin contacto familiar. De los 21.598 sumarios administrativos registrados entre 2020 y 2025, el 58,0% finalizó con sobreseimiento o sin medida disciplinaria registrada. En los 389 sumarios por presuntos apremios ilegítimos, esa proporción alcanzó el 87,1%, y solo concluyeron con 15 multas, 10 censuras y cinco suspensiones del empleo.

Las mujeres representan el 8,3% de la población penal, con 5.236 mujeres al 31 de diciembre de 2025. De ellas, el 44,7% se encontraba en calidad de imputada. El monitoreo identificó impactos diferenciados del encierro en la salud física y mental, la salud sexual y reproductiva, el ejercicio de la maternidad, el contacto con hijas e hijos y la alta prevalencia de trayectorias previas de violencia. En recintos mixtos de zonas aisladas, los espacios destinados a las mujeres corresponden a adecuaciones improvisadas de infraestructura.

El 22,5% de las mujeres privadas de libertad son extranjeras. En Iquique y Alto Hospicio, el CPT recibió relatos sobre los altos costos de las llamadas internacionales y la imposibilidad de recibir visitas cuando las redes de apoyo se encuentran en situación migratoria irregular. A diciembre de 2025, había 617 mujeres pertenecientes a pueblos indígenas en el sistema penitenciario. Se constató la falta de intérpretes o facilitadoras y facilitadores interculturales para personas que hablan quechua o aimara, y se recogieron testimonios de expresiones abiertamente racistas por parte de funcionarias y funcionarios.

Entre 2020 y 2025 se registraron 968 muertes en recintos penitenciarios: 50,4% por enfermedades, 25,7% por riñas o agresiones entre personas privadas de libertad y 15,8% por suicidio. En el mismo período hubo 11.605 eventos de riñas, con un máximo de 2.373 en 2025. Se registraron 21.306 personas lesionadas con elementos cortopunzantes y 244 personas víctimas de agresiones sexuales.

Las secciones materno-infantiles no cuentan con espacios plenamente diferenciados y, en algunos casos, se encuentran insertas en módulos comunes. Tampoco disponen de ambulancias equipadas para emergencias médicas. En el CPF de San Miguel y en el CCP de Iquique se registraron partos al interior de módulos penitenciarios por falta de traslado oportuno.

Respecto de la diversidad sexogenérica, se identificó una sobrerrepresentación de personas de la diversidad, especialmente hombres trans, en módulos de alto compromiso delictual, de segmentación agotada o en regímenes más estrictos. Para las personas trans, el acceso a terapias hormonales es limitado, fragmentado y condicionado por largos tiempos de espera.

A enero de 2026, GENCHI registraba 3.111 personas privadas de libertad con al menos un diagnóstico de salud mental, aproximadamente el 4,9% de la población reclusa. Esta cifra se ubica muy por debajo de las prevalencias reportadas por estudios epidemiológicos en cárceles chilenas. La respuesta institucional predominante ante descompensaciones o crisis consiste en la sedación y la contención física con grilletes metálicos en manos y pies, sujetos a las camillas. El CPT observó también la práctica de «vigilancia delegada», en la que se encomienda a otras personas privadas de libertad la supervisión del riesgo suicida.

Entre 2020 y 2025, 153 personas fallecieron por suicidio. El 71,2% de ellas se encontraba en calidad de imputada, pese a que las personas imputadas representaron en promedio el 36,3% de la población reclusa. La tasa de suicidio fue de 51,2 por cada 100.000 personas privadas de libertad al año, entre cuatro y cinco veces la de la población general. Los ocho recintos concesionados albergaron en promedio el 37,1% de la población y concentraron el 51,6% de los suicidios.

Análisis final

El CPT identifica **tres factores interrelacionados que explican la persistencia de estas vulneraciones**:

- **Desinformación:** la mayoría de las personas que ingresan al sistema no reciben información suficiente sobre sus derechos.
- **Miedo:** existe la convicción de que denunciar conlleva consecuencias negativas, fundada en que las represalias efectivamente ocurren.

- **Impunidad:** la investigación depende en gran medida de la misma institución cuyo personal ha sido denunciado.

Romper este círculo exige fortalecer el acceso efectivo a la información sobre derechos desde el ingreso al sistema. También exige garantizar la independencia real de los mecanismos de investigación y la protección frente a represalias, y consolidar una ley de ejecución de la pena. A ello se suman las brechas de género e interseccionalidad, cuyas necesidades específicas aún no se traducen de forma homogénea en la gestión penitenciaria. El Comité reconoce prácticas concretas que representan avances, como los sistemas de registro de denuncias con trazabilidad, los espacios específicos para la constatación de lesiones y la presencia de funcionarias y funcionarios comprometidos con el buen trato. Sin embargo, el carácter excepcional de estas prácticas forma parte del diagnóstico: la protección de los derechos de las personas privadas de libertad debe transformarse en un estándar institucional obligatorio, con una supervisión permanente que asegure su cumplimiento.

2.6. La relación del Estado con las personas indígenas en el contacto con la justicia y el sistema penitenciario

El monitoreo realizado entre 2021 y 2022 (Misión Mapuche) identificó como nudo crítico la falta de un enfoque intercultural en el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios (REP) para el tratamiento de la población penal indígena. Evidenció, además, que el sistema carece de una oferta programática con pertinencia cultural. A partir de ello, el trabajo del CPT se ha centrado en observar los elementos estructurales de la situación de los pueblos indígenas en su contacto con la justicia y el sistema penitenciario.

Entre 2021 y 2025, el CPT realizó 24 visitas orientadas al monitoreo de personas mapuche bajo cuidado o custodia del Estado, cubriendo 18 recintos. Las visitas se concentraron en recintos penitenciarios (13), unidades policiales (10) y un centro de justicia juvenil. Un 79% de ellas fueron programadas.



Centro de Justicia Juvenil de Coronel (IPIRC), región del BíoBío.

Principales hallazgos

Leídos de manera acumulativa, los hallazgos no se explican solamente por vacíos normativos ni por hechos aislados, sino por una configuración institucional que se reitera a lo largo del período. El monitoreo del CPT ha observado que el reconocimiento legal de los derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos indígenas establecido en el Convenio N° 169 de la OIT no se ha traducido en procedimientos ni estándares que permitan su aplicación regular. Las condiciones de privación de libertad de las personas indígenas dependen, en gran medida, del criterio de las jefaturas de cada recinto, por lo que el acceso a los derechos culturales durante la privación de libertad varía según la unidad penal y la región.

Los hallazgos dan cuenta de que las adaptaciones culturales tienden a ser percibidas desde la institución como concesiones y no como obligaciones institucionales. El personal penitenciario las percibe muchas veces como “privilegios” en lugar de derechos, lo que se traduce en dificultades para la realización de ceremonias, el ingreso de autoridades ancestrales

y el acceso a medicina tradicional. En los módulos de comuneros del CCP Temuco y del CDP Angol se han observado avances en la gestión de derechos culturales, pero se trata de medidas que no se extienden a las personas indígenas que residen en módulos de población común o en otras unidades penales.

Ante la ausencia de mecanismos de queja confidenciales, seguros y con opción de anonimato, la huelga de hambre ha operado como la principal vía de exigibilidad de los derechos culturales de esta población, una vía que compromete su integridad física. Se documentaron denuncias de abusos durante los traslados hacia tribunales o recintos de salud, con el uso doloroso de grilletes en manos y pies y largas horas de espera en condiciones precarias, sin un protocolo claro. También se documentó el traslado de personas indígenas a recintos alejados de sus comunidades y territorios de origen. Se observan, asimismo, desafíos relacionados a los instrumentos para evaluar el riesgo de reincidencia (Modelo RNR e Inventario IGI), que no consideran las características sociales, culturales y comunitarias de estas personas, y la oferta laboral y educativa no dialoga con su cosmovisión.

Los Centros de Educación y Trabajo (CET) semiabiertos representan una alternativa fundamental frente a la reclusión cerrada y son espacios idóneos para implementar un enfoque de reinserción social que respete la cosmovisión de los pueblos indígenas. Sin embargo, mientras los recintos cerrados operan al 146,9%, los CET funcionan al 54% de su capacidad a nivel nacional y al 45,9% en la Región de La Araucanía, con solo 56 de 122 cupos ocupados. Un factor importante que desincentiva la postulación a recintos como el CET de Vilcún es el costo y la dificultad de los traslados. Al estar emplazado en un sector rural y alejado, cada viaje a Temuco cuesta aproximadamente \$20.000, lo que resulta económicamente insostenible para hacer uso de los beneficios de salida o recibir a las familias, y dificulta el arraigo comunitario.

A nivel de las instituciones del sistema de justicia penal, se advierte la ausencia de registros estadísticos sobre la población indígena, lo que limita el diagnóstico y el diseño de políticas públicas pertinentes a las necesidades culturales. Por otra parte, se valora que estas instituciones cuenten con programas o unidades con perspectiva intercultural, pero es necesario profundizarlos e incorporarlos de forma transversal. La Defensoría Penal Pública requiere una mayor dotación de funcionarias y funcionarios que cumplan labores de facilitación intercultural. El Ministerio Público dispone de facilitadoras y facilitadores interculturales para la atención de víctimas, pero no para personas imputadas. La capacitación intercultural de Carabineros de Chile se limita a unidades específicas, como las Patrullas de Atención a Comunidades Indígenas (PACI). Proceso de consulta indígena

Se destaca que el Estado haya iniciado un proceso de consulta indígena para la reforma del REP, desarrollado mediante instancias intrapenitenciarias y extrapenitenciarias, en el que se alcanzaron acuerdos sustantivos. Sin embargo, el CPT alerta que la actual administración no ha logrado dar cierre al proceso, tanto en la devolución acordada como en la ejecución de los compromisos alcanzados. El Convenio N° 169 exige que estas etapas también se desarrollen de buena fe.

El CPT participó en el comité de observación junto a otras instituciones, entre ellas, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la OIT y el INDH. Advirtió que la información entregada careció de pertinencia cultural y que la metodología no consideró adecuadamente

la representatividad demográfica. Por ejemplo, en la Región de Magallanes y la Antártica Chilena, donde más del 90% de la población indígena reclusa es mapuche, las convocatorias iniciales se enfocaron en comunidades huilliche y kawésqar. Las consultas del CPT sobre el estado de avance del proceso, realizadas en mayo y junio de 2026, no han obtenido respuesta.

2.7. Cuidado y custodia de personas migrantes

El aumento y la diversificación de los flujos migratorios han sometido a los sistemas de cuidado y custodia de la zona norte a una alta presión. La securitización de las fronteras se materializó en la creación de dos campamentos transitorios, Colchane y Lobito, en la Región de Tarapacá, ante el máximo de ingresos irregulares registrado en 2021. Esta orientación entra en tensión con el propio marco normativo: la Ley N° 21.325 establece que la migración irregular no constituye delito, pero la práctica institucional tiende a criminalizarla. Un ejemplo es el llamado «Criterio Valencia» (Oficio FN N° 298/2023), que instruye solicitar prisión preventiva de toda persona imputada que carezca de un documento de identificación chileno, cualquiera sea el delito. Al mismo tiempo, Chile ejerce un rol de liderazgo regional en la protección de personas refugiadas mediante el proceso Cartagena+40, pero no ha adoptado el Pacto de Marrakech.

Entre 2021 y 2025, el CPT realizó 42 visitas a 21 recintos de ocho tipos distintos. Entre ellos figuran recintos penitenciarios con alta presencia de población extranjera, dispositivos humanitarios, complejos fronterizos, dispositivos de custodia migratoria y residencias de protección con niñez migrante. Un 83,3% de las visitas fueron programadas.

Principales hallazgos

El monitoreo documenta un cambio de escenario claro entre 2023 y 2025. El año 2023, en Colchane, donde las personas permanecían máximo 24 horas, los principales nudos críticos fueron la retención de personas que no estaban detenidas, las deficiencias en la atención de salud y la discriminación en los traslados, con la exclusión de personas bolivianas.

En Lobito, la permanencia llegaba a 15 días y cerca del 50% de la población era menor de 18 años. Allí se identificaron problemas sanitarios y dificultades para obtener el número de identificación provisorio (NIP), necesario para acceder a la atención de salud. También existían reglas que no permitían a las personas adultas salir a buscar empleo o realizar trámites mientras sus hijas e hijos asistían a espacios educativos. En ambos campamentos se reportaron situaciones de violencia de género y agresiones físicas y verbales, agravadas por la falta de protocolos de actuación claros para los equipos, contratados en su mayoría por una productora privada. La principal alerta del CPT fue la ausencia de una directriz estatal que regulara las condiciones mínimas de estos dispositivos.

En el seguimiento de 2024, se observó **que la militarización de la frontera desplazó los flujos hacia pasos no habilitados**. El cierre de Colchane y Lobito se anunció sin un plan claro de reemplazo, y el plan de acogida con residencias en el norte grande anunciado por el Ministerio del Interior nunca se materializó. Como práctica positiva, se destacó la habilitación de un espacio de contención y apoyo humanitario para familias en el Centro de Atención Transitoria de Colchane.

El seguimiento de 2025 en la Región de Arica y Parinacota, con foco en niñez, describió un contacto predominantemente securitizado y militarizado, a cargo del Ejército, Carabineros de Chile o la PDI, que resulta intimidante para niñas, niños y adolescentes. En residencias de protección, usuarios y personal describieron la interceptación por militares y policías como un proceso traumático y violento, con agresiones verbales, empujones y golpes. **Existe un protocolo para la protección de la niñez no acompañada y separada. Sin embargo, su implementación depende de las capacidades de cada territorio y no existe un protocolo de actuación compartido entre quienes realizan la detección fronteriza.**

Tampoco está claro el procedimiento para acceder a una evaluación médica inmediata. La constatación de lesiones se realiza en una etapa avanzada de la ruta, y los funcionarios la perciben más como un requisito procedimental para su propia salvaguarda que como una evaluación orientada a la protección de la niñez. La Fiscalía de Frontera en Chacalluta es un avance significativo, pero está circunscrita a la comuna de Arica y no opera en zonas alejadas y rurales. Además, ni sus entrevistas ni la pauta de evaluación de riesgo de

Carabineros indagan eventuales malos tratos durante la detección y el primer contacto con funcionarios.

Entre 2021 y 2025, de las niñas, niños y adolescentes que ingresaron de forma irregular, 251 lo hicieron sin acompañante, menos del 1%. Cada año, entre el 88% y el 91% ingresó junto a su madre, su padre o ambos. Este patrón, sumado a la disminución de los ingresos sin acompañante (del 1,3% en 2021 al 0,2% en 2025), sugiere la importancia de fortalecer los dispositivos de acogida familiar y evitar separaciones innecesarias. No obstante, la persistencia de casos no acompañados exige mantener protocolos diferenciados para este grupo.

En 2023, el CPT realizó una visita ad hoc en la Región de Tarapacá para observar la custodia de personas detenidas por ingesta de ovoides en unidades policiales. Esta custodia implica un riesgo vital extremo, ya que la rotura de un ovoide puede provocar una intoxicación aguda con riesgo de muerte, y mantener a estas personas fuera de la supervisión médica vulnera su derecho a la integridad personal. El CPT reconoce mejoras posteriores en el abordaje, como visitas médicas de seguimiento, pero mantiene la alerta: en 2025, dos mujeres gestantes relataron haber expulsado ovoides bajo custodia policial con escaso o nulo control médico.

En el monitoreo de las expulsiones administrativas en cuarteles de la PDI en Santiago, donde las personas pueden permanecer privadas de libertad hasta cinco días, se constató que la revisión corporal al ingreso se realiza en baños sin cámaras. Tampoco se aplica la constatación de lesiones, porque se considera que las personas están «retenidas» y no «detenidas». Existen además barreras de idioma, la información sobre asistencia consular, derechos y alternativas legales es parcial e insuficiente y no existe un mecanismo formal de quejas. Por último, tanto el personal como las personas bajo custodia desconocen los procedimientos cuando estas tienen hijas o hijos en el país, lo que aumenta el riesgo de separaciones familiares arbitrarias.

En Arica, las residencias para familias en situación de calle han debido acoger también a familias migrantes. Las residencias visitadas operaban constantemente a plena capacidad y mantenían listas de espera. Como los hombres solo pueden ingresar si acreditan filiación, algo que la falta de documentación de origen dificulta, se producen separaciones familiares con una feminización de la acogida. Además, los procesos de regularización suelen exceder el tiempo de perma-

nencia en la residencia, por lo que las familias egresan en la misma situación migratoria en que ingresaron.

En las residencias de protección del norte, sobrepasadas por el flujo migratorio, la sobrecarga y el estrés de los equipos son el principal factor de riesgo de malos tratos identificado por el monitoreo. Allí se aplican modelos de intervención pensados para la niñez chilena, y la regularización migratoria de niñas y niños demora entre cuatro y seis meses, y en ocasiones más de un año.

En las cárceles, la proporción de personas extranjeras pasó del 6,8% en 2020 al 16,1% en 2025, y alcanzó el 50,1% en la Región de Tarapacá, donde las mujeres extranjeras representaban el 68% de las mujeres privadas de libertad. Del total de mujeres extranjeras privadas de libertad, el 54,7% está en calidad de imputada, lo que remite al uso desproporcionado de la prisión preventiva. Las mujeres gestantes y con lactantes enfrentan riesgos agravados: en Antofagasta quedaban expuestas a gases lacrimógenos durante allanamientos, y en Iquique una mujer boliviana dio a luz en su celda por falta de un traslado oportuno. La población extranjera indígena, principalmente quechua y aimara, enfrenta además falta de intérpretes y malos tratos verbales y discriminatorios por parte de funcionarios, vinculados a su identidad étnica. La Resolución Exenta N° 1400/2024 de GENCHI endureció los requisitos de enrolamiento para las visitas. Con ello quedan excluidos los familiares sin permiso migratorio, lo que agrava el riesgo de aislamiento. En un

centro de justicia juvenil de Antofagasta se advirtieron actitudes xenófobas, discriminación y malos tratos, en especial hacia adolescentes bolivianos, por parte de pares y funcionarios.

Análisis final

La creación de la Fiscalía de Frontera en Chacalluta y la habilitación del Centro de Atención Transitoria de Colchane constituyen avances, aunque localizados e insuficientes. Los sucesivos traspasos de custodia entre instituciones generan vacíos de responsabilidad que aumentan el riesgo de malos tratos no registrados, en un contexto en que la constatación de lesiones suele ser tardía. En su conjunto, **el monitoreo evidencia que la respuesta del Estado frente a la movilidad humana ha adoptado un enfoque creciente de securitización y punitivismo, en desmedro de una perspectiva humanitaria y de derechos**. Prevenir la tortura y los malos tratos en este escenario exige una lectura interseccional, pues el género, la edad, la pertenencia étnica y la situación migratoria interactúan y generan vulnerabilidades específicas y acumulativas. La ausencia de pertinencia intercultural, por su parte, es una brecha operativa transversal a todos los sistemas observados y un factor de riesgo directo de maltrato, negligencia y discriminación.



Campamento humanitario de Playa Lobitos de Iquique. CPT en terreno

La prevención importa

El diálogo no es una cortesía: es la forma en que la ley espera que las autoridades y el Comité examinen las recomendaciones y acuerden cómo aplicarlas. Instalar el diálogo implica:

Comprender



Entender cómo funcionan las instituciones. Conocer sus herramientas, limitaciones y lógicas internas, y lo que ven (y no ven) desde su posición.

Escuchar, no solo recomendar. Transmitir hallazgos, pero también comprender qué medidas son prioritarias y viables de implementar, y reconocer lo que hacen bien.

Comprender la perspectiva de quienes viven la experiencia. las personas bajo cuidado y custodia como el personal, que identifican los riesgos con mayor claridad.

Articular



Articular a las distintas instituciones que intervienen en la trayectoria. Reconstruir la ruta de la persona, desde la identificación e ingreso, hasta su egreso, porque los riesgos suelen aparecer en los trasposos entre una institución y otra.

Crear canales estables de coordinación. la falta de coordinación puede derivar en negligencia, malos tratos o tortura. Importancia de pasar de conectar a instalar protocolos y responsabilidades claras para cada institución.

Sostenerlo en varios niveles. Del territorio al mando central y viceversa, una buena práctica local se puede convertir en un lineamiento nacional.

Sostener



Construir confianza en el tiempo. Se logra con contacto sostenido con las instituciones y visitas regulares a los recintos, y con un Comité que informa de lo que observa antes de publicarlo.

Mantenerlo. Ni los recintos ni las personas que albergan permanecen iguales en el tiempo. Es importante no dar por sentado el diálogo sino entenderlo como un proceso permanente, que resiste los cambios de autoridades y de equipos.

Ampliar



Abrirlo a la región. Ningún país inventa desde cero cómo prevenir la tortura y los malos tratos: el intercambio con pares es fundamental para compartir experiencias y unir esfuerzos que apunten a cambios duraderos.

Conclusión: balance y desafíos

La creación de un Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura ha sido un paso significativo para el avance de los derechos humanos y el fortalecimiento de la democracia en Chile. Gracias a este organismo, el país cuenta con un actor dedicado a la prevención de los malos tratos y al respeto de los derechos fundamentales de las personas que viven bajo el cuidado o la custodia del Estado, conforme al principio de que existe un piso mínimo de trato al que toda sociedad debería aspirar, independientemente de la edad, el género, el origen, la situación de salud u otras razones que pudiesen llevar a que los derechos o la dignidad de una persona sean vulnerados.

Desde su mandato preventivo, el CPT ha instalado una mirada que permite comprender las causas, los riesgos y las condiciones que pueden propiciar tratos crueles, inhumanos o degradantes, y anticipar acciones para que las vulneraciones que se detectan hoy no se produzcan o agraven mañana. Estas situaciones no siempre implican una agresión física directa: se trata de levantar alertas cuando, por ejemplo, una persona mayor lleva años en una cama sociosanitaria sin alternativa real de egreso, cuando una mujer da a luz en una cárcel, cuando niñas, niños o adolescentes están expuestos a explotación sexual en recintos administrados por el Estado o cuando una persona permanece aislada más de 22 horas al día de manera prolongada.

Uno de los principales aprendizajes de estos cinco años es que la efectividad del monitoreo depende de la construcción de un diálogo interinstitucional que acompañe a las distintas instituciones vinculadas al cuidado y la custodia en su avance hacia el buen

trato. Instalar ese diálogo implica comprender cómo funcionan las instituciones—sus herramientas, lógicas internas y limitaciones—, facilitar la articulación entre ellas reconstruyendo la trayectoria que cada persona experimenta a lo largo del ciclo de atención, y sostenerlo en varios niveles a la vez. La experiencia con Carabineros de Chile ilustra este último punto: buenas prácticas identificadas en terreno—como la coordinación con salud para la constatación de lesiones, los turnos de ocho horas o los bolsos de primeros auxilios—pueden transformarse en lineamientos de alcance nacional gracias al trabajo sostenido con su Dirección de Derechos Humanos y Protección de la Familia, más allá de la voluntad de quienes dirigen cada unidad. El acceso amplio a los recintos y la mirada objetiva externa permiten, además, entregar al Estado información valiosa acerca de sus propias instituciones. La disposición al diálogo se construye con el tiempo y, una vez construida, suele ser permanente.

La falta de coordinación o de claridad respecto de los procesos y las responsabilidades puede derivar en negligencias, malos tratos o tortura, como ocurre con niñas y niños que permanecen de forma prolongada en residencias de protección sin alternativas oportunas de egreso, o con personas con discapacidad psicosocial que terminan en cárceles por falta de cupos en recintos hospitalarios apropiados. Cuando ello ocurre, el CPT no solo actúa como puente entre instituciones, sino que propicia canales estables de comunicación y coordinación, con protocolos y una delimitación clara de responsabilidades. Este mismo ejercicio de diálogo se proyecta regionalmente: el CPT mantiene un contacto activo con sus pares de América Latina,

contribuyendo a una red regional de prevención en la que cada avance nacional aporta al progreso colectivo.

El monitoreo de estos cinco años también permitió identificar nudos críticos transversales que pueden enfrentarse con voluntad y medidas concretas.

El primero son las condiciones de trabajo del personal de cuidado o custodia: turnos extenuantes, escaso apoyo en salud mental y equipos reducidos inciden directamente en la posibilidad de que ese personal entregue un trato digno y de calidad. El segundo es la falta de salvaguardas suficientes—mecanismos de denuncia accesibles, seguros y con capacidad real de respuesta— para proteger a las personas bajo cuidado o custodia del Estado, quienes, por temor a represalias si denuncian o reclaman, pueden seguir expuestas a situaciones de maltrato. Abordar estos y otros desafíos ha exigido al CPT avanzar en especialización técnica e interdisciplinariedad, dada la diversidad de recintos y poblaciones que visita—niñez y adolescencia, personas mayores, salud mental, unidades policiales, sistema penitenciario, pueblos indígenas y personas migrantes—, y profundizar en temáticas específicas, lo que ha abierto puertas para incidir en mejoras concretas.

La alta vulnerabilidad en la que se encuentran las personas sometidas a regímenes de encierro o internación deviene de una dependencia casi absoluta de las decisiones que otros toman por ellas, en espacios poco visitados por instituciones externas y con escaso control social.

Para esas personas, la forma en que el Estado gestiona la labor de cuidado o custodia no es un matiz administrativo: marca la diferencia entre la oportunidad de experimentar una vida digna y el riesgo de sufrir vulneraciones que pueden generar un daño irreparable. Por eso el diálogo del CPT se nutre también de la conversación directa con las propias personas bajo cuidado o custodia y con el personal a su cargo, quienes viven en primera persona esas rutas interinstitucionales y perciben con mayor claridad los riesgos que se generan en la complejidad de estos entornos. **Además, ni los recintos ni las personas que albergan permanecen iguales en el tiempo:** el envejecimiento acelerado del país presiona una oferta residencial pública para personas mayores que resulta insuficiente, y la tendencia hacia políticas públicas de carácter más punitivo proyecta un incremento sostenido en la cantidad de personas privadas de libertad, lo que exige una mirada atenta y preventiva para responder oportunamente a los cambios.

El trabajo del CPT ha contribuido a avances concretos:

la detección de terapias electroconvulsivas sin sedación derivó en la actualización de la norma técnica del Ministerio de Salud en esta materia; en unidades policiales han mejorado las condiciones materiales de los calabozos, y Carabineros de Chile ha impulsado un sistema de monitoreo interno que complementa la labor del Comité; la policía marítima, por su parte, ha ido implementando de manera proactiva recomendaciones formuladas originalmente a Carabineros que resultan pertinentes para su labor.

Más allá de estos avances, el CPT enfrenta también desafíos propios: fortalecer sus alianzas y espacios de diálogo para ampliar su capacidad de incidencia, y consolidar su marco normativo y organizacional. En 2026, la promulgación de los nuevos estatutos del INDH abre una nueva etapa para la construcción de la reglamentación interna del CPT y de protocolos de actuación interinstitucional que resguarden su autonomía funcional. Destaca, asimismo, el desafío de ampliar el monitoreo hacia nuevos espacios de observación y de profundizar en temáticas que, por limitaciones estructurales del CPT, no ha sido posible abordar con la urgencia que requieren—un ejemplo claro es la situación de las personas con discapacidad bajo el cuidado y la custodia del Estado—.

El CPT es una institución pequeña, con sede en Santiago y recursos limitados, que debe desplegar su labor a lo largo de todo el territorio nacional. Su autonomía funcional es un requisito indispensable para cumplir su mandato y mantener la fuerza y objetividad de la mirada preventiva. Fortalecer el Mecanismo implica contar con el respaldo y los recursos del Estado, que adquirió la obligación de sostenerlo al ratificar el Protocolo Facultativo y crearlo mediante la Ley N.º 21.154. Los tratos crueles, inhumanos o degradantes ocurren en los espacios de cuidado y custodia del Estado y surgen ante factores de riesgo que no siempre son evidentes a simple vista; por eso, la prevención importa, y el CPT ha aprendido a identificar esos riesgos desde una mirada integral, constatando también que pueden modificarse cuando existe voluntad y diálogo.

La prevención no es una labor que tenga un principio y un fin: es un camino de escucha, observación y acción interinstitucional permanente, que se construye entre todas y todos.



Juego de bochas. ELEAM Gloria Madrid Trejo. Antofagasta

Resumen Ejecutivo

5 Quinto Informe anual

**A cinco años del establecimiento del
Mecanismo Nacional de Prevención
contra la Tortura y otros Tratos o Penas
Cruels, Inhumanos o Degradantes en Chile
2025**

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 21.154, el Comité de Prevención contra la Tortura pone a disposición de la ciudadanía y autoridades, su Quinto Informe Anual, que da cuenta de los hallazgos del monitoreo y labores realizadas entre los años 2021 y 2025, en torno a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en contextos de cuidado y custodia del Estado.



Comité de Prevención
contra la Tortura



**MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS
TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES (MNPT)**