



Informe sobre materia prioritaria

Visitas a centros psiquiátricos y albergues de larga estadía de personas con discapacidad

Informe preparado por el Instituto Nacional de Derechos Humanos

Aspectos preliminares

1. Mediante el presente informe el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) da cumplimiento a la recomendación establecida en el párrafo 38 de las *Observaciones finales al Informe Inicial de Chile* (CRPD/C/CHIL/CO/1), esto es, que mientras se crea el mecanismo nacional para la prevención de la tortura se realicen visitas a centros psiquiátricos y albergues de larga estadía para personas con discapacidad por parte de autoridades independientes, como jueces o el propio INDH.

2. Conforme a lo mencionado, en este informe se consignan los resultados principales de dos iniciativas implementadas durante el 2017 respecto a la constatación de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, y condiciones de vida en establecimientos y centros que dependen del Estado y en los cuales residen permanentemente personas con discapacidad. La primera iniciativa de la cual se dará cuenta, consistió en las visitas realizadas por el INDH entre enero y marzo de 2017 a residencias de instituciones colaboradoras acreditadas y financiadas por el Servicio Nacional de Menores (SENAME) para niños, niñas y adolescentes (NNA) con discapacidad. La segunda iniciativa consistió en visitar las unidades de larga estadía de hospitales psiquiátricos de la red pública de salud, actividad que se desarrolló durante los primeros días de septiembre de este año.

I. Visitas a residencias de instituciones acreditadas por SENAME para niños, niñas y adolescentes con discapacidad

Antecedentes

3. A nivel nacional existen veintitrés residencias de instituciones colaboradoras acreditadas por SENAME para NNA con discapacidad. Estos centros se clasifican en los siguientes tipos: residencias de protección para NNA con discapacidad discreta o moderada (RDD) o discapacidad grave o profunda (RDG) y centros residenciales para NNA con discapacidad mental grave o profunda (RAD).

4. De acuerdo a la información institucional de SENAME disponible en su sitio web, estos centros “[...] además de proteger y satisfacer las necesidades básicas de calidad de vida, provisión,

salud, educación y buen trato, favorecen la autonomía de los niños/as y la capacidad parental tendiente a fomentar y mantener el vínculo con la familia, si no es posible la reinserción familiar”.¹

5. Del total de los centros residenciales indicados, para los efectos de las visitas se eligió una muestra de diez de ellos. En estas residencias para NNA con discapacidad, fueron aplicados un instrumento institucional y otro dirigido a funcionarios y funcionarias.

6. Cabe hacer presente que el instrumento institucional se aplicó en los diez centros residenciales de instituciones acreditados por SENAME que tienen bajo su cuidado a NNA con discapacidad, desde el 1 de enero de 2016 hasta el 31 de marzo de 2017. El instrumento de funcionarios y funcionarias fue aplicado a un total de 52 trabajadores/as en los diez centros residenciales comprendidos en la muestra. El personal encuestado cumple distintas funciones al interior de los centros: 15 educadores de trato directo, 24 funcionarios y funcionarias pertenecientes a equipos técnicos y 13 administrativos y otros cargos.

Defunciones de NNA con discapacidad bajo responsabilidad de centros residenciales

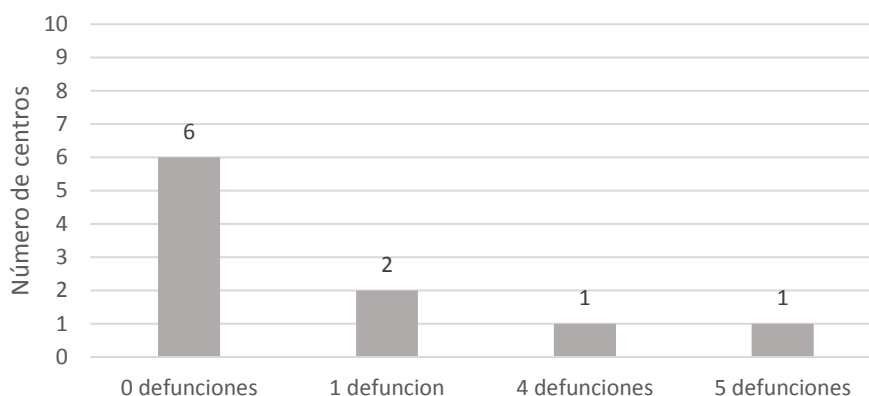
7. Conforme a la información reportada por los directivos de los centros residenciales para NNA con discapacidad que fueron considerados en la muestra, en seis de ellos no se produjeron defunciones entre enero de 2016 y marzo de 2017. En dos de los centros se produjo una defunción en el mismo lapso de tiempo. En uno de los centros visitados se produjeron cuatro defunciones en el mismo espacio temporal. Y en otro de los centros se produjeron cinco muertes durante enero de 2016 y marzo de 2017 (ver *Gráfico 1*).

8. El instrumento institucional aplicado a los centros que fueron comprendidos en la muestra contempló una pregunta sobre el número de suicidios de los NNA residentes. De acuerdo a la información entregada por los directivos de los centros, no se produjeron eventos como los mencionados durante enero de 2016 y marzo de 2017.

9. A pesar de haber identificado los decesos indicados, se carece de información relevante para concluir si estas muertes fueron consecuencia de alguna acción dolosa o negligente por parte de los equipos de los centros residenciales. Por otra parte, tampoco es posible concluir si la tasa de mortalidad de NNA con discapacidad en los centros de la muestra es mayor, igual o menor a los índices generales de morbilidad de NNA con discapacidad.

¹ Servicio Nacional de Menores. Oferta de protección. Disponible en: <http://www.sename.cl/web/oferta-de-proteccion/> [Último acceso: 7 de diciembre de 2017.]

Gráfico 1. Número de defunciones por centros



Situaciones de maltrato por parte de funcionarios y funcionarias

10. Los y las funcionarias del INDH que efectuaron las visitas observaron que uno de los centros funcionaba más con criterios hospitalarios que aquéllos que son propios al paradigma social de la discapacidad. Al llegar los y las funcionarias del INDH que efectuaron la observación, el personal del centro estaba terminando de vestir a los y las NNA, y en los pasillos se sentía un fuerte olor a excrementos y orines. Se constató que los y las NNA no estaban en ninguna actividad, salvo cuatro niñas. Luego del baño y el orden de las camas y dormitorios, el personal técnico en enfermería estaba sentado mirando televisión o viendo sus celulares. No había ningún profesional de educación diferencial en el lugar. Los baños estaban sucios y deteriorados. Para la cantidad de NNA y dadas sus necesidades especiales, la cantidad de funcionarios y funcionarias era insuficiente.

11. También se apreció la situación de un adolescente con discapacidad mental de 15 años que se encontraba en situación de aislamiento desde el año 2012. Según los dichos de la profesional del centro que asistió en la visita, no tendría tratamiento de estimulación psicomotriz y sólo recibiría contacto de parte de algunos técnicos en enfermería. En el momento de la visita, el adolescente comenzó a golpear su cabeza contra el piso (en el espacio que había sin colchonetas) y al ser advertido el hecho, el personal del centro se limitó a mencionar la regularidad de tal situación.

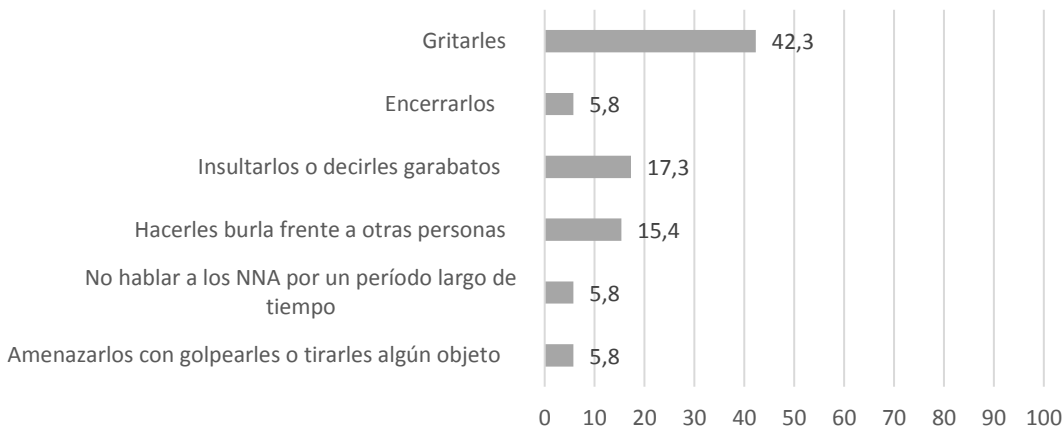
12. Más ampliamente, los hechos de características relevantes relacionados con maltrato en contra de los NNA con discapacidad residentes en los centros fueron identificados mediante el instrumento aplicado al personal. Respecto de conductas constitutivas de maltrato psicológico hacia NNA, del total de 52 personas encuestadas, el 42,3% manifestó haber presenciado hechos en que los funcionarios y funcionarias gritaron a NNA residentes; el 17,3% presenció insultos; el 15,4% presenció hechos de mofa y burla respecto de los NNA con discapacidad residentes en los centros; 5,8% presenció amenazas; 5,8% reportó haber presenciado encierros o aislamientos; 5,8% reportó que no se habló a los NNA por un determinado período de tiempo (ver Gráfico 2).

13. En lo relativo a conductas calificadas como «violencia física leve» en el instrumento aplicado al personal, el 13,5% de los encuestados manifestó haber presenciado hechos en que algún

funcionario empujó a los NNA; 11,5% presenció que se abofeteó a los NNA residentes; 9,6% reportó que se les tiro del pelo o las orejas; y 3,8% manifestó que se arrojó algún objeto a los NNA (ver Gráfico 3).

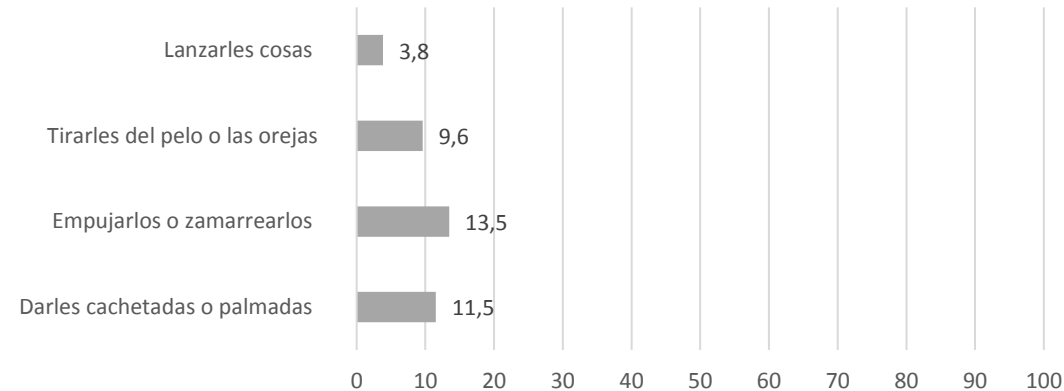
14. En lo que guarda relación con hechos calificados como «violencia física grave» en el instrumento aplicado a funcionarios y funcionarias de los centros de la muestra, 5,8% del personal manifestó haber presenciado hechos en que a los NNA residentes se les pateó, mordió o golpeó; 5,8% manifestó que se les quemó con un cigarrillo o agua caliente; y 5,8% que se les golpeó o trato de golpearlos con un objeto (ver Gráfico 4).

Gráfico 2. Personal encuestado que señala haber presenciado las siguientes conductas por parte de funcionarios/as del centro hacia NNA



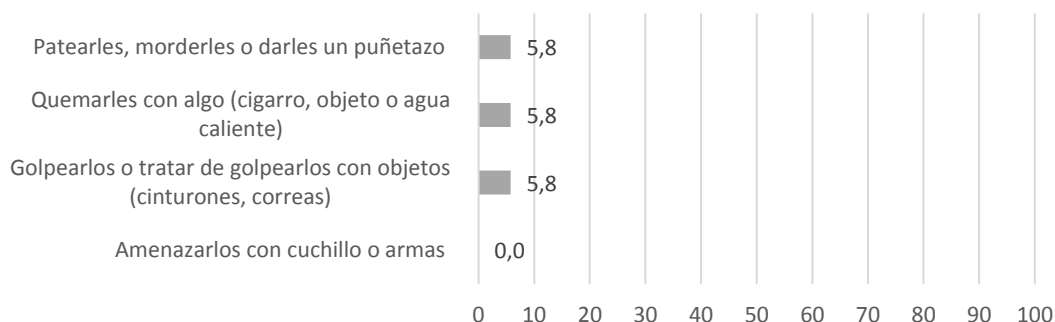
Nota 1. Base: 52 personas encuestadas

Gráfico 3. Personal encuestado que señala haber presenciado las siguientes conductas por parte de funcionarios/as de los centros hacia NNA



Nota 2. Base: 52 personas encuestadas

Gráfico 4. Personal encuestado que señala haber presenciado las siguientes conductas por parte de funcionarios/as del centro hacia NNA



Nota 3. Base: 52 personas encuestadas

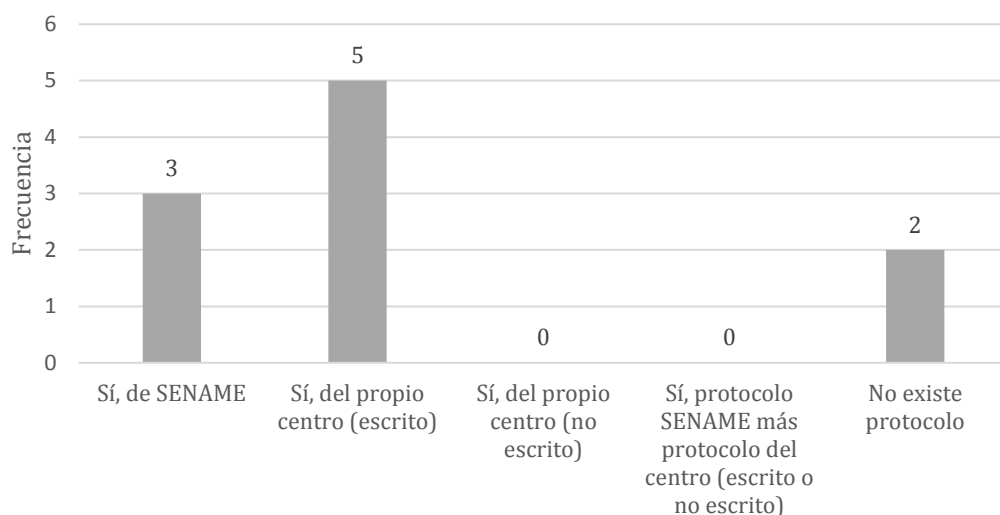
Abuso sexual

15. Conforme a la información reportada por los directivos de los centros comprendidos en la muestra, durante 2016 y marzo de 2017 no se produjeron denuncias por abuso sexual perpetrado por funcionarios y funcionarias. En tanto, en este mismo lapso de tiempo tampoco se produjeron formalizaciones, condenas o desvinculaciones de personal a causa de situaciones de abuso sexual que afectaran a los NNA con discapacidad residentes en los centros. Sin embargo, el 1,9% de los funcionarios y funcionarias encuestados reportaron haber presenciado conductas de connotación sexual dirigidas a los y las NNA residentes.

16. Por otra parte, se constató que la mayoría de los centros de la muestra cuentan con protocolos para el abordaje de la materia en comento. Tres de los centros cuentan con un protocolo formulado por SENAME; cinco de los centros cuentan con un protocolo propio; y en dos de los centros no existe protocolo para abordar situaciones de abuso sexual (ver Gráfico 5).

17. La contradicción entre la información reportada por los directivos de los centros y la información aportada por los funcionarios y funcionarias entrevistados podría ser indiciaria de que los protocolos para el abordaje del abuso sexual no son adecuados. En este sentido, los protocolos deben concordar con las figuras típicas establecidas en el Título VII del Código Penal, en lo relativo a crímenes y delitos sexuales, de manera que las conductas antijurídicas que afecten la indemnidad de los NNA con discapacidad residentes en los centros sean denunciadas, investigadas y sancionadas.

Gráfico 5. Centros que reportan contar con protocolos para abordar el abuso sexual



Violencia entre pares

18. Siete de los diez centros correspondientes a la muestra reportaron contar con protocolos propios para el abordaje de la violencia entre pares; dos centros reportaron contar con protocolos no escritos, cuestión equivalente a carecer de ellos; y uno de los centros reportó expresamente carecer de esta clase de protocolos (ver Gráfico 6).

19. La totalidad de los centros de la muestra reportaron haber efectuado acciones para prevenir violencia entre pares entre enero 2016 y marzo de 2017; seis de los centros reportaron que estas acciones se dirigieron tanto a los funcionarios y funcionarias como a los y las NNA con discapacidad residentes; en tres de los centros las acciones se dirigieron exclusivamente a los NNA; y en sólo uno de ellos estas acciones se orientaron exclusivamente a los funcionarios y funcionarias (ver Gráfico 7).

20. Debe tenerse por un hecho virtuoso que un alto número de los centros comprendidos en la muestra cuenten con instrumentos para el abordaje de la violencia entre pares; asimismo, la preocupación por esta materia se vislumbra en que la totalidad de los centros desarrolló alguna actividad —ya estuviera dirigida a funcionarios, a los y las NNA residentes o a ambos grupos— cuyo objeto fuera la prevención de situaciones de violencia entre los mismos NNA. Sin perjuicio de esto, SENAME debiese propiciar, por medio de las bases de licitación de esta clase de oferta residencial, que las instituciones cuenten obligatoriamente con protocolos adecuados para el abordaje de la violencia y que las acciones de prevención sean dirigidas a todas las personas que conviven en los centros y con una frecuencia que tienda a asegurar la consecución de resultados plausibles.

Gráfico 6. Centros que reportan contar con protocolos para el abordaje de violencia entre pares

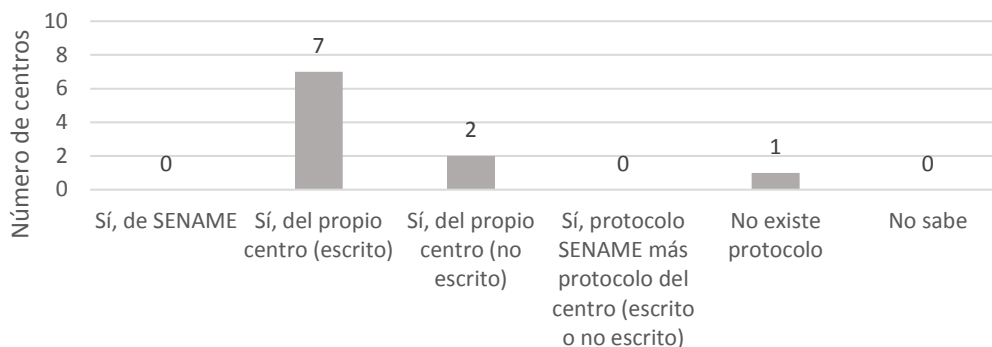
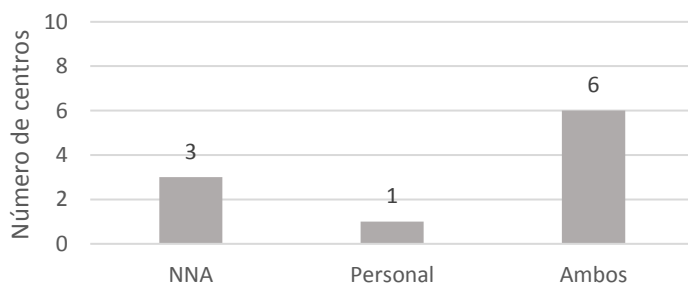


Gráfico 7. Destinatarios de las acciones de prevención de violencia entre pares



Condiciones de vida y cuidado

21. Un elemento relevante de análisis en lo que respecta a las condiciones de vida de los NNA residentes es considerar el número de sobrecupos, es decir, si el número de plazas ocupadas es mayor al número de plazas licitadas. Sólo uno de los diez centros de la muestra reportaron tener sobrecupos, mientras que el resto indicó encontrarse en plena capacidad, lo que podría significar una situación compleja para administrar nuevos casos de NNA que requieran de una plaza en un tiempo acotado. Este primer elemento objetivo es fundamental para asegurar condiciones de vida adecuada y la realización y acceso a las actividades que se detallarán a continuación, las cuales son esenciales para la consecución del modelo social respecto a la discapacidad.

22. La totalidad de los centros comprendidos en la muestra reportaron que se entregan cuatro comidas diarias a los NNA residentes. Ocho de los diez centros cuentan con manipuladores/as de alimentos para trabajar los fines de semana y días festivos; en los dos centros restantes son los educadores de trato directo quienes tienen a su cargo la preparación de los alimentos durante los fines de semana y días festivos. En ocho centros los y las NNA, de modo ocasional, participan en la preparación de los alimentos; en un caso esta situación no se produce; y en un caso se precisa que la consulta no aplica. La totalidad de los centros reportan que existe una planificación de menú semanal (ver Gráfico 8).

23. En cinco de los centros el menú está disponible para los NNA. En sólo cuatro centros se reporta que se conoce el promedio de calorías del menú semanal. En ocho centros la formulación del menú es supervisada por nutricionistas. En nueve de los centros se otorga una dieta especial para NNA que presenten condiciones crónicas de salud. En la totalidad de los centros se otorga una dieta especial para NNA que presenten condiciones transitorias de salud. Ninguno de los centros contempla una dieta especial para NNA indígenas (ver Gráfico 9).

24. De los datos reportados se estima positivo el hecho que en todos los centros se asegure la alimentación para los y las NNA y que esté supervisada por nutricionistas. Sin embargo, debe revisarse el hecho que los educadores de trato directo participen en la elaboración de comidas de algunos centros, pues son labores fuera del ámbito de sus competencias y conocimientos aun cuando se produzca durante los fines de semana; trabajo que, al no ser especializado, puede impactar en el estado en que se encuentren los alimentos que se le entregan a los y las NNA. Misma preocupación es extensible al caso de los centros que reportaron que los y las NNA participan ocasionalmente en la elaboración de alimentos.

25. Tres de los centros comprendidos en la muestra reportaron que los NNA comparten prendas de vestir. En ocho de los centros los NNA pueden elegir su vestimenta; en uno esta posibilidad no se otorga; y los directivos de un centro manifestaron que la consulta no aplicaba (ver

26. Gráfico 10).

27. La totalidad de los centros reportaron que los NNA son acompañados por un educador de trato directo durante la noche. Asimismo, todos reportaron que cuentan con personal para estar presente en baños y duchas, de ser necesario, para resguardar la seguridad de los NNA con discapacidad residentes en los centros.

28. En ocho de los diez centros de la muestra se asignan responsabilidades domésticas a los NNA con discapacidad residentes, de acuerdo a su edad (ver Gráfico 11).

29. En siete de los centros de la muestra se reportó que los NNA participan en la adopción de decisiones relacionadas con el centro; en dos de los centros esta posibilidad no existe; y en uno de los centros se indicó que la consulta no aplicaba (ver Gráfico 12).

30. Se estima positivo que todos los centros supervisen a los y las NNA durante las noches y en actividades que, en algunos casos, pueden ser peligrosas, como ducharse. Se debe tener en consideración que en algunos centros existe un intercambio de ropa entre NNA y que no puedan decidir en cuanto a la vestimenta cotidiana. También es motivo de preocupación el hecho de que los y las NNA realicen actividades domésticas al interior de los centros, distintas de las actividades de cooperación que puedan ser beneficiosas para su propio desarrollo personal.

Gráfico 8. Prácticas relativas a la alimentación de NNA

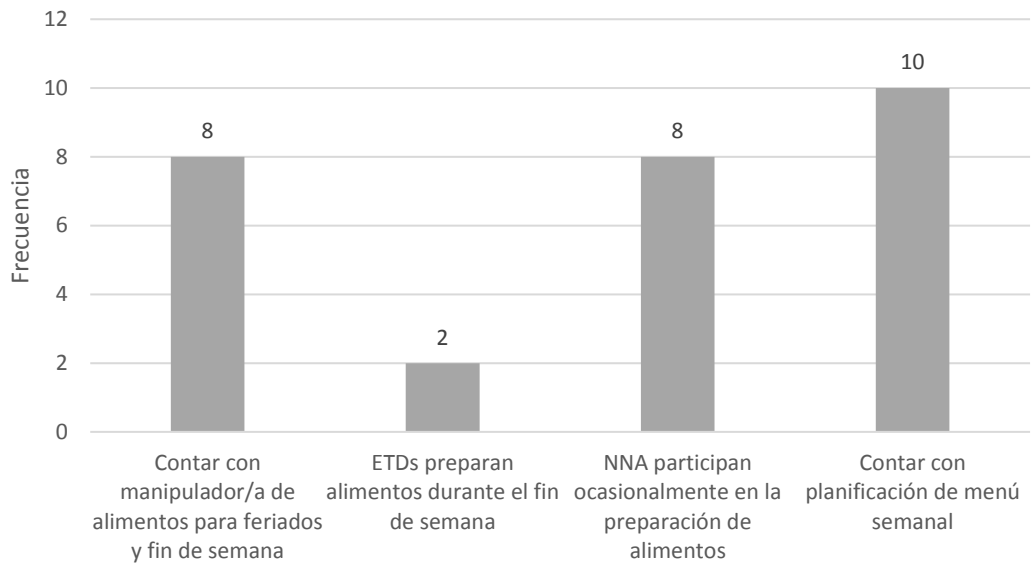


Gráfico 9. Información sobre el menú (sólo para los centros que cuentan con planificación semanal del menú)

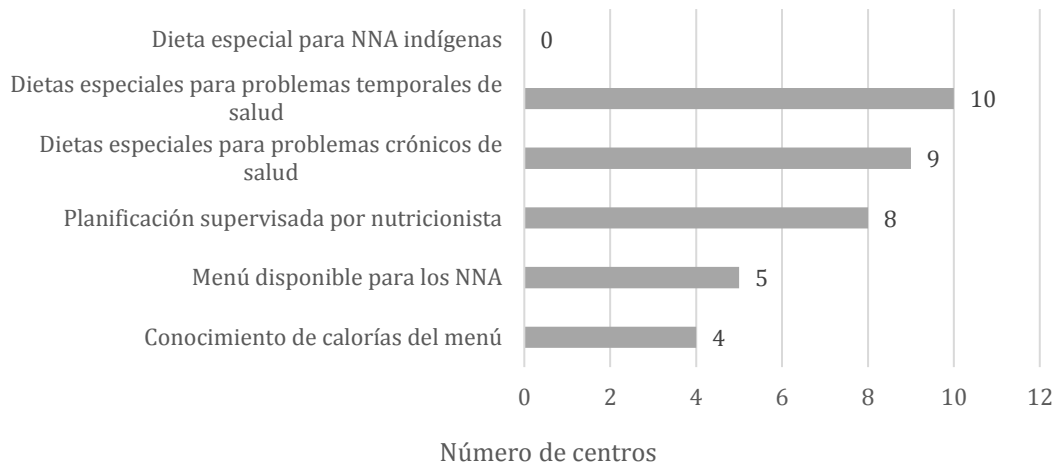


Gráfico 10. Reporte de ropa compartida y decisión sobre vestimenta

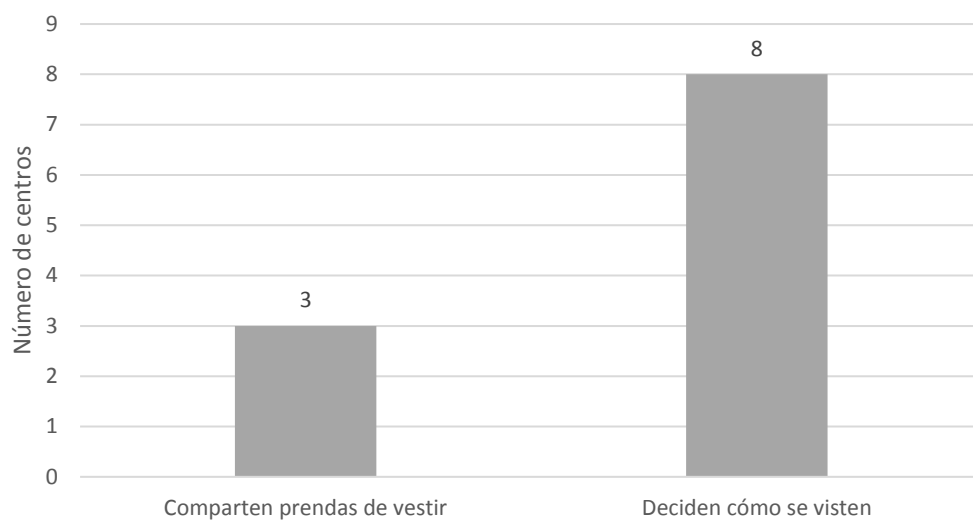


Gráfico 11. Centros que asignan responsabilidades domésticas a los NNA, conforme a su edad

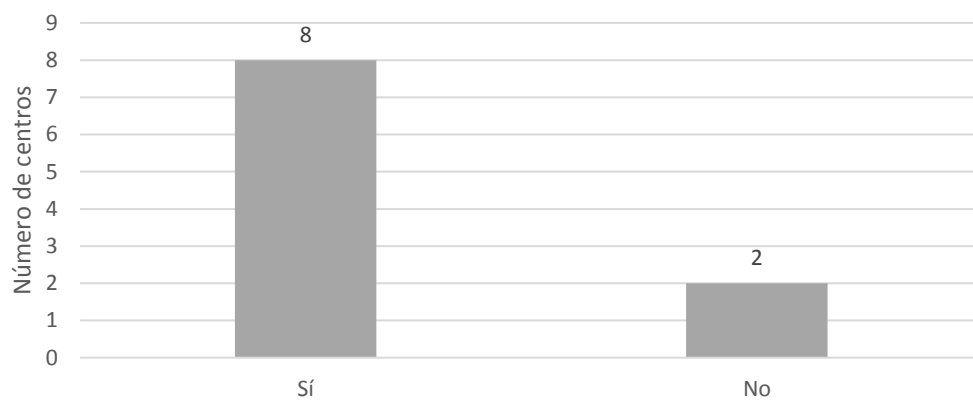
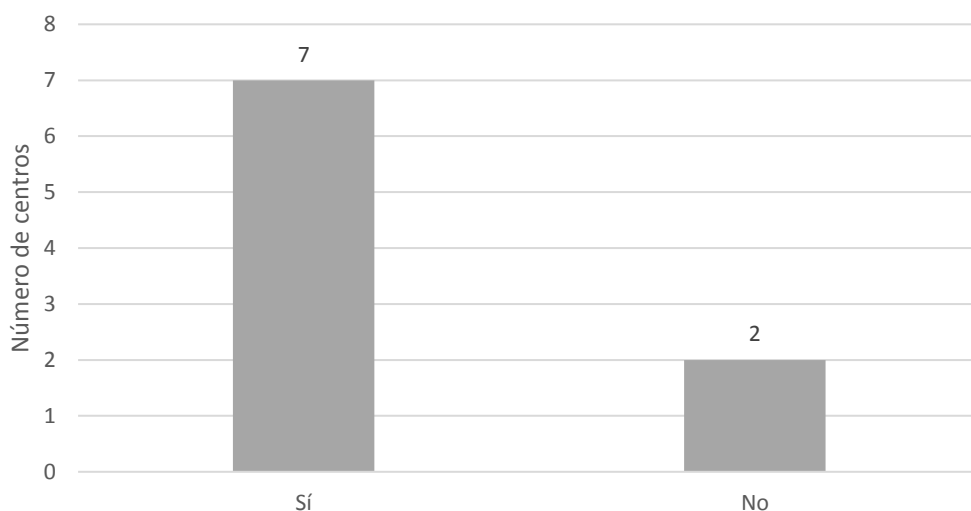


Gráfico 12. Centros donde se permite que los NNA participen en la adopción de decisiones relativas al funcionamiento del centro mismo



Conclusiones

31. Para el INDH resulta particularmente preocupante que en algunos centros traten a los y las NNA a su cuidado conforme a paradigmas de la discapacidad que ya están superados, como el de la prescindencia o médico, puesto que estas residencias —en atención a los estándares internacionales que Chile se ha comprometido a cumplir y a la normativa interna— no pueden ser concebidos como espacios asilares, sino que los centros para NNA con discapacidad deben propiciar el mayor desarrollo, autonomía e inclusión social de este grupo de especial protección. Para asegurar estos elementos, propios del modelo social, es necesario que se respete el derecho de los y las NNA con discapacidad a un nivel de vida adecuado y libre de violencia.

32. Son preocupantes los niveles de violencia reportados por el personal encuestado. Las altas cifras de maltrato físico y psicológico resultan intolerables, y junto a los bajos índices de denuncias y desvinculaciones a causa del maltrato perpetrado por funcionarios y funcionarias, es un indicador de que existe una cultura de tolerancia a la violencia instalada en los centros residenciales para NNA con discapacidad. Esta idea se refuerza en virtud de los datos sobre abusos sexuales cometidos al interior de los centros, ya que a pesar de no haber casos de denuncias o desvinculaciones por la comisión de esta clase de delitos, un 1,9% del personal encuestado reportó haber presenciado alguna actitud de connotación sexual efectuada por algún funcionario o funcionaria en contra de un o una NNA con discapacidad.

33. Conforme a la información reportada sobre condiciones de vida y cuidado, pudo apreciarse que, en general, éstas son buenas; por ejemplo, es positivo que la mayoría de los centros comprendidos en la muestra no reporten sobrecupos y que esté garantizada la provisión de cuatro comidas diarias. Sin perjuicio de esto, existen materias que suscitan preocupación: en dos centros

no cuentan con personal calificado para la preparación de los alimentos durante los fines de semanas y festivos; en ocho centros los y las NNA participan en la preparación de los alimentos; a pesar de que en ocho centros de la muestra las minutas alimenticias son formuladas por nutricionistas, sólo en cuatro de ellos se conoce el promedio calórico consumido por los y las NNA residentes; en ocho de los diez centros se asignan responsabilidades domésticas a los y las NNA con discapacidad; y en siete residencias se permite su participación en la adopción de decisiones relativas a la vida comunitaria.

II. Visitas a unidad de larga estadía en hospitales psiquiátricos

Objetivos y metodología

34. Para monitorear la situación de los derechos humanos de las personas con discapacidad en unidades psiquiátricas de larga estadía,² el INDH realizó un levantamiento de información en terreno, para el que se diseñaron cuatro instrumentos: - Pauta de observación de las unidades de larga estadía; - Encuesta de percepción aplicada a personas con discapacidad mental en unidades de larga estadía; - Entrevista semiestructurada al equipo psicosocial y técnicos en enfermería de nivel superior (TENS); y - Entrevista semiestructurada al director/a de Hospital o jefe/a de Servicio a cargo de la unidad de larga estadía.

35. Los insumos teóricos usados para el diseño de estos instrumentos fueron la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD), el Instrumento de Calidad y Derechos de la Organización Mundial de la Salud –tanto la Herramienta de revisión de documentos y observación como la Herramienta de entrevista–, así como los recursos de World Network of Users and Survivors of Psychiatry (WNUSP).

36. La batería de instrumentos confeccionados fue revisada por tres expertos nacionales, investigadores y profesionales vinculados al quehacer médico en psiquiatría.³ Luego de incorporar las sugerencias a su diseño, estos fueron pilotados en un centro de atención psiquiátrica de Santiago.

37. El trabajo de campo se realizó en el mes de septiembre de 2017 en los cuatro recintos psiquiátricos señalados, en sus unidades de larga estadía o equivalentes. En total se observaron

² Estas Unidades se encuentran alojadas en el Hospital El Peral, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel. Además, en las visitas fue contemplada la Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete, que funciona como hospital de extensión del Instituto Psiquiátrico Horwitz para la atención de usuarios crónicos, de acuerdo a la licitación pública 1373-5-LR17, adjudicada el 17 de mayo de 2017 mediante la Res. Ex. 561.

³ Los instrumentos fueron validados por el psiquiatra Alberto Minoletti, académico de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; la psicóloga Alicia Utillano, Unidad de Mediana Estadía, Hospital del Salvador; y el psiquiatra José Luis Tejada, Centro de Salud Mental y Derechos Humanos, CINTRAS.

siete unidades, se encuestaron 23 personas con discapacidad mental de dichos recintos, se entrevistaron a seis profesionales del área psicosocial, a seis TENS y a seis jefaturas de Servicio.

38. En el caso de las personas con discapacidad mental, dados los diagnósticos de base y su deterioro cognitivo, se optó por un muestreo intencionado con una cuota mínima de cinco personas por cada establecimiento. En aquellos recintos mixtos, dicha cuota se dividió, entrevistando la misma cantidad de hombres y mujeres. Además, para seleccionar a las y los encuestados, se recurrió a profesionales médicos, psicosociales y TENS de las respectivas unidades observadas, quienes ejercieron el rol de informantes clave, sugiriendo a las personas que tuvieran condiciones básicas de comprensión y atención para responder la encuesta.

39. Es importante señalar que todas las personas encuestadas fueron debidamente informadas de la finalidad del estudio y se obtuvieron los respectivos consentimientos informados para su participación.

Caracterización de las Unidades de Larga Estadía y las personas con discapacidad mental internadas en ellas⁴

Hospital Psiquiátrico El Peral

40. Al momento de la observación, había 51 personas con discapacidad mental en la Unidad de Larga Estadía de este hospital. El personal estaba compuesto por tres médicos psiquiatras (dos con jornada de 22 horas semanales y uno con 33 horas), un médico general (con 22 horas), tres enfermeros (cada uno a jornada completa), 15 asistentes de enfermería (que trabajan por sistema de turnos), dos trabajadores sociales (uno con jornada completa y otro con 22 horas), dos terapeutas ocupacionales (uno con jornada completa y otro con 22 horas), dos nutricionistas (con 11 horas cada uno), un fonoaudiólogo (con jornada completa) y dos kinesiólogos (con 16 horas cada uno).

41. En la visita al Hospital El Peral, también se tuvo que considerar la situación de los Módulos 4 y 8 que, a pesar de ser nominalmente parte de la Unidad de Mediana Estadía, en los hechos son secciones de larga estadía pues allí residen personas con discapacidad mental desde larga data. Estas personas, en su mayoría, presentan Trastorno del Espectro Autista (TEA) e ingresaron al hospital siendo menores de edad. En el Módulo 4 residen 23 personas y en el Módulo 8, habitan 22.⁵

⁴ Se solicitó la información presupuestaria de cada unidad observada, la que a la fecha de cierre del Informe estaba siendo confeccionada por los respectivos hospitales. Es importante señalar que este ejercicio supone un desglose que los centros no necesariamente manejan, pues a nivel presupuestario se usan glosas más generales.

⁵ Entrevista efectuada el 4 de septiembre de 2017 a la Coordinadora de los Módulos 4 y 8, conforme a la pauta de entrevista semiestructurada a director/a de hospital o jefe/a de servicio de unidad.

42. En el Módulo 4 trabajan un psiquiatra (con jornada de 33 horas semanales), un enfermero (con jornada completa), seis técnicos paramédicos (con sistema de turnos), un trabajador social (jornada completa), un terapeuta ocupacional (22 horas), nueve auxiliares de colaboración (con sistema de turnos), un kinesióloga (que comparte su jornada de 44 horas con el Módulo 8), un monitor de rehabilitación (jornada completa) y una educadora diferencial (jornada completa).

43. El equipo del Módulo 8 está compuesto por dos psiquiatras (33 horas semanales cada uno), un psicólogo (jornada completa), un enfermero (jornada completa), seis técnicos paramédicos (con sistema de turnos), un trabajador social (jornada completa), un terapeuta ocupacional (jornada completa), nueve auxiliares de colaboración (en sistema de turnos), un monitor de rehabilitación (jornada completa) y una educadora diferencial (jornada completa).

Clínica Psiquiátrica Raquel Gaete

44. En la Clínica Raquel Gaete, al momento de la visita de observación, había 119 mujeres con discapacidad intelectual, todas derivadas desde el Instituto Horwitz.⁶

45. En esta clínica trabajan dos psiquiatras (contratados a honorarios, pues deben asegurar dos chequeos al mes por persona internada y atender las urgencias que se presenten), un médico general (también contratado a honorarios), cuatro enfermeros (que trabajan bajo distintas modalidades de jornada, de manera que se cubren turnos de lunes a viernes entre las 8 y las 18 horas, y entre las 18 y las 23 horas; también cubren los fines de semana y feriados; y entre las 23 y las 7 horas no hay enfermeros), 12 técnicos paramédicos, un terapeuta ocupacional (jornada completa), un nutricionista (jornada completa) y un kinesiólogo (22 horas).

46. De acuerdo a las bases de licitación pública, esta clínica recibe una subvención de 19.975⁷ pesos por día/cama, valor que sería similar a lo gastado diariamente por persona en los hospitales psiquiátricos públicos, al ser una prestación codificada de manera uniforme por el Fondo Nacional de Salud.

Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

47. La Unidad de Larga Estadía del Instituto Horwitz está dividida en dos pabellones, en uno viven 25 mujeres y en el otro, 24 hombres.

48. En el pabellón de hombres trabajan tres psiquiatras (uno con 22 horas, y dos con 11 horas cada uno), una enfermera (jornada completa), nueve técnicos paramédicos (sistema de turnos), una trabajadora social (jornada completa para ambas unidades) y un kinesiólogo (15 horas).

⁶ De acuerdo a la resolución que adjudica la licitación pública a esta clínica, se considera un total de 122 cupos.

⁷ Este monto equivale a 36,61 USD, calculado al valor del Dólar Observado del 6 de diciembre de 2017, equivalente a \$652,52.

49. El personal del pabellón de mujeres está compuesto por dos psiquiatras (con 22 horas cada uno), una psicóloga (22 horas), una enfermera (jornada completa), 15 técnicos paramédicos (en sistema de turnos), un terapeuta ocupacional (33 horas) y una kinesióloga (22 horas).

Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel

50. En el Hospital Philippe Pinel fueron observadas dos unidades en las que viven permanentemente personas con discapacidad mental: la Unidad de Larga Estadía propiamente tal, y la Unidad de Psicogeriatría. Esta última corresponde a una modalidad de atención dedicada a pacientes que fueron internados por un diagnóstico psiquiátrico de base, pero que con el paso del tiempo desarrollaron condiciones de salud relacionadas con el envejecimiento.

51. En la Unidad de Larga Estadía del Hospital Pinel hay actualmente 31 personas, 11 son mujeres y el resto son hombres. Todos están ahí en virtud de una internación administrativa, en tanto ninguno de los ingresos es de carácter voluntario. En esta Unidad trabajan un psiquiatra (que visita la Unidad dos veces por semana), un médico general (11 horas), un enfermero (44 horas), dos enfermeros que cumplen turnos de 12 horas, nueve técnicos paramédicos (con sistema de turnos), seis auxiliares (con sistema de turnos), un trabajador social (11 horas), un terapeuta ocupacional (22 horas) y un kinesiólogo (según se requiera).

52. En la Unidad de Psicogeriatría, por su parte, hay 37 personas (26 mujeres y 11 hombres). El personal de esta Unidad está compuesto por un psiquiatra (visita la Unidad según requerimiento), siete técnicos paramédicos (con sistema de turnos), tres auxiliares de servicio (por turno), un monitor (jornada completa), un terapeuta ocupacional (22 horas), una trabajadora social (11 horas), una enfermera (jornada completa) y un médico general (visita la Unidad según requerimiento).

Causales de ingreso, estadía prolongada y egreso

53. Conforme a la información aportada por la jefa de la Unidad de Larga Estadía del Hospital El Peral,⁸ la última persona ingresó en marzo de 2017. Respecto a las causas de los ingresos detalla que “son diversos: hay intrahospitalarios, cuando no cumplen con los objetivos de otras unidades en virtud de su deterioro, así se busca que mantengan su desempeño para que puedan egresar a una residencia protegida. Otras causales son cuando otras áreas de la red derivan pacientes, es decir, desde otros hospitales”.

54. La Jefa de Unidad indica que en los últimos 12 meses han egresado cinco personas, detallando solo los lugares de derivación de tres casos: “uno de ellos se fue a un dispositivo con el cual se tiene convenio (Fundación Rostros Nuevos); dos a la Unidad de Mediana Estadía, que es una

⁸ Entrevista efectuada el 4 de septiembre de 2017 a Loreto Garay, conforme a la pauta de entrevista semiestructurada a director/a de hospital o jefe/a de servicio de unidad.

unidad más exigente desde el punto de vista de desempeño y habilidades cognitivas. Ninguno ha ido a su casa, ya que no hay condiciones para su manejo”.

55. La entrevistada precisa que la mayoría de las personas no tienen redes de apoyo, y cuando existe alguna clase de contacto, siempre es esporádico y no hay un apoyo efectivo que permita su salida del hospital. También indica que no existen otras alternativas otorgadas por el Estado para que estas personas puedan vivir insertos en la comunidad: “hay al menos 20 usuarios que podrían estar afuera, pero dado que las residencias están copadas no hay mucho que podamos hacer al respecto”.

56. En el caso de la Clínica Raquel Gaete, la última persona ingresó el 16 de mayo de 2017. La coordinadora de la clínica⁹ indica que la totalidad de sus usuarias “son derivadas por el Instituto Horwitz. Son pacientes que están durante un período allá y una vez que están compensadas, si no hay redes, se vienen a la clínica”.

57. Ninguna persona ha egresado de la clínica en los últimos 12 meses. Solo se han producido fallecimientos en ese lapso (ocho pacientes), por consecuencias médicas somáticas y geriátricas.

58. En lo que respecta a las causales de “no-egreso”, la coordinadora de la clínica indica que “gran parte de las pacientes no tienen familia, no tienen dónde estar, no tienen un techo. Una que otra ha egresado porque la familia ha estado presente y se han hecho cargo. También algunas pacientes se fueron a hogares protegidos. Hay pacientes que no se quieren ir de acá. También hay pacientes que son tan viejitas que necesitan otro tipo de cuidados, entonces ni las residencias ni los hogares protegidos son lugares donde les van a dar los cuidados que ellas necesitan, como atención de enfermería constante”.

59. En el Instituto Horwitz, el último ingreso a la Unidad de mujeres es de junio de 2017, aproximadamente; y el último ingreso a la Unidad de varones fue por un trasladado en abril de este mismo año desde otra Unidad del Instituto.

60. La jefa de la Unidad de Larga Estadía¹⁰ indicó que las principales causales de ingreso guardaban relación con la condición de salud mental de las personas: “Son pacientes con patologías psiquiátricas crónicas, refractarios a los tratamientos, que no cuentan con redes de apoyo y que por su condición de salud mental no son capaces de ser autovalentes. Son completamente dependientes. Hay un buen grupo de pacientes geriátricos que tienen problemas médicos propios de la edad, ese es otro grupo. Tampoco tenemos donde enviarlos”.

⁹ Entrevista efectuada el 5 de septiembre de 2017 a Paola Campos, Coordinadora de la Clínica Raquel Gaete, conforme a la pauta de entrevista semiestructurada a director/a de hospital o jefe/a de servicio de unidad.

¹⁰ Entrevista efectuada el 5 de septiembre de 2017 a Fresia Ulloa, jefa de la Unidad de Larga Estadía del Instituto Horwitz, conforme a la pauta de entrevista semiestructurada a director/a de hospital o jefe/a de servicio de unidad.

61. A esto agrega que no se han registrado egresos en los últimos 12 meses. Detalla que esta situación se explica porque “son pacientes que mantienen contacto con la familia, pero muy esporádico. Además, hay pacientes que requieren de cuidados constantes y no podrían otorgárselos en una residencia protegida. En la sección de varones hay un paciente que podría estar en una residencia, pero no hay vacantes. También hay una paciente que podría ir a una residencia, pero no tenemos vacantes. El sistema está taponeado, aunque quisiéramos hacer egresos no podemos, porque no hay dónde”.

62. El último ingreso a la Unidad de Larga Estadía del Hospital Philippe Pinel data de 1992. El jefe de este dispositivo¹¹ indica que las principales causas de ingreso “es el abandono de los padres, de las familias, por trastornos orgánicos que no pueden ser tratados en las casas, episodios de violencia en la comunidad, muchas patologías refractarias¹² que llevaron a las personas a situación de calle y desde entonces quedaron internados”.

63. El jefe de Unidad también indica que en los últimos 12 meses no se han registrado egresos, “porque las familias no se hacen responsables”.

64. Según la información aportada por la jefa de esta Unidad de Psicogeriatría del Hospital Philippe Pinel, el último ingreso data de marzo de 2017, pero se trata de un traslado desde la Unidad de Larga Estadía (no hay otras causales de ingreso). Esto, pues se trata de “personas más dependientes, más frágiles, con mayores riesgos. Por su edad avanzada no se producen egresos, además son pacientes sin redes de apoyo y sin familia”.¹³

65. Sobre el ingreso y permanencia de las personas con discapacidad mental en las unidades de larga estadía, en la encuesta realizada, nueve de ellas refieren no querer estar en el hospital. Además, 16 personas dicen haber ingresado al establecimiento en contra de su voluntad. En este sentido, 21 de las y los encuestados dicen haber sido traídos por otras personas.

66. En relación a la seguridad percibida por las personas con discapacidad mental dentro y fuera del hospital, 16 refieren tener un lugar donde ir si es que fueran dados de alta, pero 10 de ellas señalan que correrían algún tipo de peligro si tuvieran que dejar el hospital. Por su parte, 16 personas refieren que la unidad en que residen es un lugar seguro para ellas, aunque siete de ellas sienten que su seguridad ha sido afectada al interior de este centro hospitalario en algún momento.

¹¹ Entrevista efectuada el 6 de septiembre de 2017 a Enrique Reyes, jefe de la Unidad de Larga Estadía del Hospital Phillippe Pinel, conforme a la pauta de entrevista semiestructurada a director/a de hospital o jefe/a de servicio de unidad.

¹² Las enfermedades mentales refractarias son aquellas que no responden a tratamientos farmacológicos y otras formas de intervención, tales como la depresión resistente al tratamiento, esquizofrenia refractaria y trastornos psicóticos refractarios.

¹³ Entrevista efectuada el 6 de septiembre de 2017 a Yasna Meza, Jefa de la Unidad de Psicogeriatría del Hospital Phillippe Pinel, conforme a la pauta de entrevista semiestructurada a director/a de hospital o jefe/a de servicio de unidad.

67. Estos primeros datos obtenidos por medio de las entrevistas a jefes de unidad y encuestas aplicadas a las personas con discapacidad mental aportan datos de relevancia. En primer lugar, a pesar que desde el año 2000 en adelante las unidades y establecimientos de larga estadía no forman parte del Plan de Salud Mental y Psiquiatría, lo que significa que no se deberían registrar más ingresos a estas unidades, estos se siguen produciendo. Conforme a los datos levantados, solo en el Hospital Philippe Pinel no se han efectuado nuevos ingresos a partir de 2000. Asimismo, es motivo de preocupación que en los hechos las Unidades de Mediana Estadía funcionen como Unidades de Larga Estadía, pues de este modo se continúan institucionalizando personas con discapacidad mental en circunstancias que esto no debería seguir produciéndose.

68. Dentro de las causales de ingreso destacan el abandono de las familias, las complejidades orgánicas y médicas que requieren de cuidados especiales y constantes, y las condiciones económicas precarias de las mismas personas internadas. Asimismo, las causales para que estas personas no egresen y se inserten en dispositivos comunitarios guardan relación con la falta de redes de apoyo y la carencia de vacantes en hogares y residencias protegidas a las que podrían egresar las personas que hoy están en las Unidades de Larga Estadía y reúnen las condiciones para vivir en dispositivos comunitarios.

69. También existe una porción de personas que a consecuencia de alta dependencia que presentan, no cuentan con las condiciones para vivir en un hogar o residencia protegida, lo que muestra una brecha en el desarrollo de dispositivos insertos en la comunidad que den respuesta a las necesidades actuales de las personas con discapacidad mental que requieren de atención psiquiátrica y médica de un modo más intenso.

70. Por último, se observa la necesidad de crear dispositivos comunitarios de atención psicogeriatrica a los que puedan ser egresadas las personas con discapacidad mental que han envejecido en las unidades de larga estadía, que han desarrollado necesidades y condiciones relacionadas con el envejecimiento más que con su diagnóstico psiquiátrico de base.

Condiciones de vida

71. Para la verificación del objetivo previamente indicado, algunas preguntas del instrumento aplicado a las personas con discapacidad mental se referían a las condiciones de aseo y alimentación. Por otra parte, varios ítems que componían la pauta de observación tenían por objeto verificar condiciones de infraestructura e higiene de los diversos espacios.

72. Respecto a las condiciones de aseo e higiene personal no se detectaron mayores problemas. En este sentido, 22 de las y los encuestados refieren tener acceso a agua caliente para lavarse, 14 personas señalan tener acceso a ducha individual y 19 reportan tener acceso a útiles de aseo personal.

73. En virtud de la aplicación de la pauta de observación, todos los dormitorios de las unidades observadas contaban con iluminación natural y artificial suficiente; y con un sistema o mecanismo de ventilación.

74. De un total de siete unidades observadas, dos no contaban con sistema de calefacción; dos no utilizaban sistema de calefacción acorde a la temperatura ambiental; y dos no contaban con implementos de seguridad para evitar accidentes.

75. Dadas las características de encierro que viven las personas internadas la mayor parte del día, los espacios de recreación al interior de los edificios son también lugares importantes de observar. De este modo, las salas multiuso o de uso común fueron inspeccionadas por el equipo de observación, encontrando que todas las unidades contaban con al menos un espacio de estas características. Además, todas estas salas contaban con iluminación natural y artificial suficiente para el lugar; y sistema o mecanismo de ventilación. De un total de siete salas multiuso o de uso común, dos no contaban con sistema de calefacción; dos no utilizaban sistema de calefacción acorde a la temperatura ambiental; y dos no contaban con implementos de seguridad para evitar accidentes.

76. Pese a que las condiciones mencionadas anteriormente son relativamente positivas, resulta preocupante el estado de las salidas de emergencia e implementos de seguridad en las siete unidades observadas, pues en solo tres de ellas las puertas y/o salidas de emergencia funcionaban; en solo dos unidades los extintores tenían certificado de carga vigente; y en solo una unidad las luces de emergencia estaban operativas.

77. El segundo estándar observado sobre el derecho a un nivel de vida adecuado tiene que ver con el cumplimiento de requisitos sanitarios y de higiene por parte del hospital o clínica. Al revisar las condiciones de los baños de las unidades observadas, se encontró que tres de ellas cuentan con al menos un baño y el resto con más de un baño. Respecto a los inodoros, dos unidades cuentan con al menos tres inodoros y/o urinarios; el resto de las unidades observadas cuentan con más de tres inodoros y/o urinarios. En relación con las duchas, cuatro unidades cuentan con al menos tres duchas; el resto de las unidades cuentan con más de tres duchas. Sobre los lavamanos, una unidad observada cuenta con al menos tres lavamanos; el resto de las unidades observadas cuentan con más de tres lavamanos.

78. Por otra parte, todas las salas de baño e inodoros cuentan con iluminación suficiente, sistema o mecanismo de ventilación, y se encontraban limpios y sin mal olor. Dos salas de baño observadas no estaban separadas para hombres y mujeres. Todos los baños cuentan con agua fría suficiente para la cantidad de usuarios, sin embargo, ningún baño cuenta con agua caliente de acceso inmediato para todas las personas con discapacidad de la unidad. Solo un baño observado cuenta con utensilios de aseo e higiene de libre disposición.

79. Al revisar las condiciones de las cocinas, todas las unidades observadas cuentan con al menos una, las que disponen de iluminación suficiente para el lugar, sistema o mecanismo de ventilación, sistema de refrigeración para los alimentos, alimentos refrigerados y no refrigerados en buen estado. Todas las cocinas observadas estaban limpias, sin mal olor, con certificado de desratización, sanitización y desinfección al día.

80. Un tercer estándar observado para asegurar el derecho a un nivel de vida adecuado de las personas fue comprobar que a las personas con discapacidad mental se les brinde comida, agua potable para beber y ropa que se ajuste a sus necesidades y preferencias. Así, en cuanto a la alimentación recibida, 22 personas dicen acceder a agua limpia cuando lo requieren, 19 refieren que las comidas son servidas a buena temperatura y preparadas con productos en buen estado.

Tratos crueles, inhumanos o degradantes

81. De acuerdo a lo observado en las visitas a las unidades de larga estadía, en todas se evidenció un trato humano, digno y respetuoso por parte del personal hacia las personas con discapacidad mental. En ninguna de las unidades visitadas se observó a las personas siendo sometidas a algún tipo de abuso o maltrato verbal, físico, psicológico y/o emocional. Tampoco se registró algún tipo de abuso y/o descuido durante la observación en terreno.

82. Sin perjuicio de lo anterior, en la encuesta realizada a las personas internadas, cinco de ellas refieren haber sido atacadas o agredidas directamente por algún integrante del personal; cuatro de estos reportes se concentran en uno de los recintos visitados. Solo 2 personas, de una misma institución, manifestaron haber recibido apoyo para superar la situación, y solo un caso manifestó que la entidad tomó medidas para prevenir nuevos ataques o agresiones. Por otra parte, siete personas encuestadas dicen haber visto a otro usuario/a siendo agredido o atacado por algún integrante del personal institucional.

83. Respecto a la victimización sexual, una mujer internada refirió haber sido atacada sexualmente por un funcionario. En otro recinto hospitalario, dos mujeres encuestadas manifestaron haber visto que otra mujer fue atacada o abusada sexualmente por alguien del personal. Ninguno de estos casos fue denunciado en su oportunidad ante las autoridades, por lo que no se habrían tomado medidas de reparación y sanción en contra del abusador.¹⁴

84. En relación a tratos denigrantes, tres de las personas con discapacidad mental encuestadas refieren haber sido desnudadas en público como parte de un castigo, o visto que ello haya ocurrido a otras personas de sus unidades. Por su parte, cuatro personas encuestadas dicen haber vivido alguna situación que le trajo problemas y recibido algún tipo de castigo por ello dentro de la

¹⁴ Dada la gravedad de estos hechos, el INDH entregó los antecedentes a la Comisión Nacional de Protección de Derechos de Personas con Enfermedades Mentales (CONAPREM), mediante el Oficio 698, de 28 de septiembre de 2017, con el propósito de que se tomaran las medidas correspondientes para investigar los hechos, sancionar a los responsables y reparar a las víctimas.

institución. De acuerdo a sus relatos, los castigos aplicados ocurren por levantarse de la cama u orinarse en la noche, peleas entre los usuarios y pedir dinero a los visitantes externos a las unidades de larga estadía. Además, 10 de las personas encuestadas –de las cuales seis eran de un mismo recinto– refieren haber sido castigados de alguna forma; y 15 señalaron haber visto a otra persona de su unidad siendo castigado/a de alguna forma. Las formas de castigo reportadas son: ser amarradas a la cama durante la noche, requisarles sus pertenencias, ser sometidas a una vigilancia más estricta por parte de funcionarios y funcionarias, privación de alimentos, traslado a sectores de la unidad de larga estadía en donde hay menos libertad ambulatoria, e incluso golpes.

85. Respecto a descuidos en atención médica, 13 de las y los usuarios refieren estar preocupados por algún aspecto de su salud física, que requiere atención médica. Entre las necesidades médicas no cubiertas, se reportan atenciones dentales y oftalmológicas.

86. Sobre otras necesidades insatisfechas, 15 de los y las usuarios encuestados manifiesta requerir algún tipo de apoyo, ya sea emocional, económico, de vestuario y/o psicológico.

87. Un segundo estándar observado para asegurar el derecho a la protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso es asegurar la utilización de métodos alternativos al aislamiento y contención para “atenuar el escalamiento” de crisis potenciales, conforme al art. 2.1 de la CAT y el art. 16 de la CRPD.

88. En todas las unidades observadas el personal del hospital señala utilizar métodos alternativos al aislamiento, siendo la contención ambiental –es decir, trasladar al usuario a un ambiente tranquilo– la principal alternativa reportada, seguida de la contención verbal y emocional.

89. Sin perjuicio de lo anterior, en una de las unidades observadas se registró el encierro de una mujer en una sala de aislamiento involuntario. Esta persona se encontraba en una habitación individual encerrada bajo llave, sin calefacción, con una ventana pequeña enrejada que permitía la entrada de luz natural, sin agua potable ni baño, pues solo contaba con un WC portátil. Al momento de la observación se solicitó información al respecto, indicándose que ese espacio correspondía a su propia habitación y que estaba aislada de las demás por razones de seguridad, debido a las constantes agresiones entre pares que realizaba. A pesar de esta explicación, resulta preocupante la forma en que se realiza el aislamiento y la falta de transparencia al inicio de la vista –momento en que se informó al INDH la inexistencia de salas de aislamiento en esta clínica–, lo que fue desvirtuado al encontrar a esta persona en las condiciones descritas.¹⁵

90. Por otra parte, en las siete unidades observadas se registró el uso de contención farmacológica, siendo Lorazepam y Clonazepam los principales medicamentos prescritos, vía oral e inyectable. Además, en cuatro de las siete unidades observadas se registró el uso de contención mecánica o física. Dichas contenciones son utilizadas, en general, como último recurso, siendo

¹⁵ Este hecho también fue comunicado a la CONAPREM mediante Oficio 698, de 28 de septiembre de 2017.

monitoreados las y los usuarios constantemente cada 15-30 minutos, tal como estipulan los protocolos vigentes.

91. En la encuesta aplicada a las personas con discapacidad mental, del total de 23 personas encuestadas, 10 de ellas dicen haber sido encerrados a la fuerza en una sala de aislamiento o visto que esto le ha ocurrido a otras personas de su unidad; cinco de estos reportes corresponden a un mismo recinto hospitalario. Además, 6 de las y los usuarios encuestados refieren haber recibido medicación a la fuerza para calmar una crisis o visto esta situación en otras personas. Asimismo, 16 usuarios/as señalaron haber sido contenidos físicamente para calmar una crisis o visto esto en otras personas; seis de estos reportes corresponden a un mismo recinto hospitalario.

92. En relación con la administración de psicofármacos,¹⁶ 22 de las y los encuestados refieren recibir medicación para el tratamiento de su enfermedad psiquiátrica. Además, en 18 casos saben en qué cantidad reciben dichos medicamentos, pero solo en relación al número de pastillas, no acerca de la posología ni componentes del mismo. Si bien 16 de las y los usuarios dicen no haber sido amenazado para tomar algún medicamento, nueve de las y los encuestados refieren haber sido inyectados a la fuerza o visto esta acción hacia otras personas de su unidad.

93. Otro elemento observado relativo al estándar mencionado más arriba, dice relación con el no abuso de la aplicación de la terapia electroconvulsiva (TEC), psicocirugía y otros procedimientos médicos que puedan tener efectos permanentes o irreversibles, sean estos realizados en el propio establecimiento o por derivación a otra entidad, los que pueden ser administrados solamente con el consentimiento libre e informado de las personas que lo recibirán.

94. Solo en uno de los establecimientos observados existe una sala para la aplicación de TEC. Respecto a esta sala, existen los consentimientos de las y los usuarios que se sometieron últimamente a dicha terapia, hay instrumental para la aplicación de anestésicos y relajantes musculares, cuenta con dosis de anestésicos y relajantes musculares para la TEC y además registro del personal médico anestesista.

95. Respecto al uso de TEC, seis de las y los encuestados refieren saber del uso de este procedimiento en otras usuarias y usuarios dentro de su hospital, y esta misma cantidad de encuestados refiere haber recibido dicha terapia alguna vez. Solo una persona señaló haber sido sometida a la fuerza para recibir esta terapia.

96. Un tercer estándar observado tiene relación con someter a las personas internadas a investigaciones médicas o científicas sin consentimiento, cuestión que se relaciona directamente

¹⁶ Considerando la complejidad que podría implicar el uso de la palabra “psicofármacos”, la consulta fue complementada con preguntas auxiliares, formuladas en un lenguaje claro y concreto. En los casos en que se observaron mayores dificultades cognitivas, también fueron usados gestos de apoyo. Además, cuando se sabía de antemano el diagnóstico psiquiátrico, se preguntaba directamente a las personas si tomaban medicamentos para tratar el cuadro correspondiente.

con el art. 15.1 de la CRPD, el que menciona expresamente que la realización de experimentos sin que medie una autorización libre e informado de las personas con discapacidad, es una forma de tortura. Sobre este derecho debe tenerse en cuenta también lo dispuesto en el art. 25 de la misma Convención, en cuanto el Estado debe establecer la obligación de que los profesionales de la salud presten a las personas con discapacidad atención de calidad y sobre la base de un consentimiento libre e informado.¹⁷

97. Respecto a las psicocirugías, solo dos usuarios dicen haber sido sometidos a alguna operación de estas características dado su diagnóstico psiquiátrico. Ninguno de ellos fue intervenido a la fuerza.

98. Sobre la realización de estudios médicos y/o investigaciones científicas, solo un usuario refiere haber participado de alguna investigación de este tipo, quien no fue obligado a hacerlo, el médico le dijo que no había riesgo alguno y que no ocurriría nada perjudicial para su integridad.

Conclusiones

99. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000) no contempla plazas de atención psiquiátrica de larga estadía, por lo que debería encaminarse hacia el cierre total de este tipo de dispositivos. Esta situación es coherente con las obligaciones adquiridas por el Estado de Chile en materia de derechos humanos de las personas con discapacidad, debiendo adoptar todas las medidas para que éstas vivan insertas en la comunidad, desarrollen sus habilidades y puedan mantener las condiciones necesarias para vivir de modo independiente. Sin embargo, mientras estos dispositivos sigan existiendo, es necesario visitarlos para verificar las condiciones bajo las cuales viven y son tratadas las personas con discapacidad mental que residen permanentemente en ellos.

100. Conforme a lo expuesto, un primer elemento de preocupación para el INDH es que, en la mayoría de los establecimientos visitados, se siguen registrando ingresos a las unidades de larga estadía, a pesar que desde el año 2000 en adelante este tipo de situaciones no debería producirse.

¹⁷ Sobre la regulación del consentimiento libre e informado en contextos de prestaciones de salud, destaca la Ley 20.584, conocida popularmente como Ley de derechos y deberes de los pacientes. Esta ley mantiene el principio del consentimiento informado por parte de los pacientes para someterse a procedimientos y tratamientos médicos. Sin embargo, considera la posibilidad de no requerir la manifestación de voluntad del paciente en ciertas situaciones en que la persona no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o la persona a cuyo cuidado se encuentre, por no existir o no ser habido. Esta ley en su párr. 8º trata en particular sobre los derechos de las personas con discapacidad mental, haciendo especial referencia al caso en que la persona no se encuentra en condiciones de manifestar su voluntad, en esta circunstancia las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles, como la psicocirugía o la esterilización con fines contraceptivos, deberán contar siempre con el informe favorable del comité de ética del establecimiento. El problema es que este aspecto de la ley limita el derecho de las personas con discapacidad a asentir libre e informadamente respecto a la aplicación de cualquier procedimiento médico.

101. Entre las causales de no egreso de las y los usuarios de estos establecimientos, fueron mencionadas mayoritariamente la falta de redes de apoyo familiar y la carencia de vacantes en hogares y residencias protegidas. Este aspecto es altamente preocupante para el INDH, pues a pesar de que el MINSAL definió, aunque sin plazos precisos, el cierre de estas unidades, no se han creado dispositivos que ofrezcan una alternativa residencial y médica para estas personas, en especial aquellas que tienen mayores niveles de dependencia. Sin perjuicio de esto, la creación de dispositivos de atención psiquiátrica insertos en la comunidad no es una obligación exclusiva de MINSAL, sino que también debe contribuir en este esfuerzo el Ministerio de Vivienda, para dar una solución habitacional, y el Ministerio de Desarrollo Social, para aportar los servicios y ayudas técnicas que sean necesarias para que estas personas mejoren su desempeño y puedan participar en la sociedad. Además, la ampliación de los dispositivos comunitarios debe tener en cuenta a aquellas personas que actualmente están internadas pero no cumplen con el perfil para egresar a un hogar o residencia protegida, pues requieren apoyos y cuidados intensos. Por otra parte, están las personas que han envejecido al interior de las Unidades de Larga Estadía, cuyas necesidades se relacionan más con el desarrollo de condiciones somáticas o el deterioro propio de la edad, y no necesariamente con sus diagnósticos psiquiátricos de base.

102. De acuerdo a la información levantada en las visitas de observación, las condiciones residenciales en las que viven las personas con discapacidad mental en las Unidades de Larga Estadía son, en general, buenas. Los mayores motivos de preocupación fueron detectados en virtud de la aplicación de la encuesta de percepción a las personas con discapacidad mental, ya que develaron maltrato, castigos, abuso físico y sexual. En este sentido, destaca el caso de una persona que fue encontrada encerrada y aislada, en condiciones de habitabilidad indignas, el relato de una mujer abusada sexualmente y la develación de dos testigos de hechos de la misma naturaleza.

103. También es motivo de preocupación la alta frecuencia reportada de aplicación de castigos, lo que significa su naturalización y la aplicación de contenciones físicas y farmacológicas sin que se agoten otros medios menos lesivos, como la contención emocional y ambiental.

104. Para prevenir la tortura y otros tratos de similar naturaleza es fundamental que existan vías expeditas para denunciar, que se investiguen los hechos, y que se apliquen sanciones efectivas en caso de comprobarse la responsabilidad. Puesto que los pacientes de las unidades de larga estadía presentan un daño cognitivo profundo, sólo pueden canalizar denuncias verbalmente a través de los funcionarios y funcionarias de la misma unidad. Por este motivo resulta esencial que no se cuestione, en virtud de su diagnóstico psiquiátrico, la credibilidad de los pacientes y se establezca claramente la obligación de instruir investigaciones sumarias o sumarios administrativos, por la autoridad que corresponda, a fin de establecer hechos, responsabilidades y sanciones efectivas.