

“Los Estados Parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”

(Artículo 24 Convención de los Derechos del Niño)

# DERECHO AL MÁS ALTO NIVEL DE SALUD Y VIDA

## Derecho a la salud

Con el fin de conocer en terreno la situación en la que se encuentran los niños, niñas y adolescentes (niños, niñas y adolescentes) que son parte del programa de protección residencial del Servicio Nacional de Menores (SENAME), la institución realizó durante el año 2018 un proceso de auditoría que entregó resultados relevantes en diversos ámbitos. En el ítem salud, entre los aspectos más importantes se encuentra la gran cantidad de niños, niñas y adolescentes que no están vinculados con la Atención Primaria de Salud (APS). Según los datos entregados por SENAME, la población bajo protección del Estado que no cuenta con inscripción en un Centro de

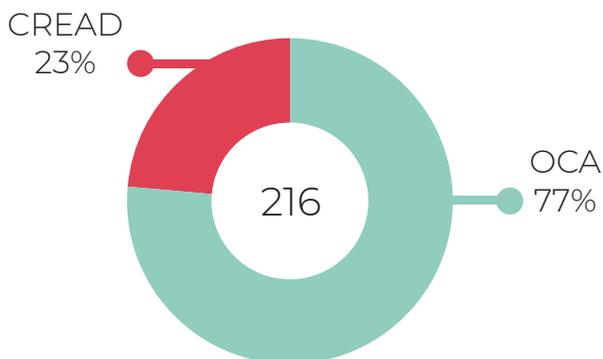
Salud Familiar (CESFAM) es del 25,6% de los y las residentes.

El CESFAM es el primer enlace de la comunidad con la atención pública de salud. “El objetivo de este nivel es brindar una atención ambulatoria integral centrada en las personas y sus familias, con un enfoque principalmente promocional y preventivo, incluyendo la resolución de tratamiento propiamente tal y rehabilitación para situaciones de salud de menor complejidad, bajo lo descrito en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario” (Sename 2019).

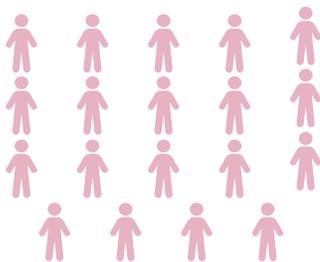


Fuente: Auditoría Social, Sename 2018

## Niños, niñas y adolescentes ingresados/as a hospitalización



## 19 Niños, niñas y adolescentes fueron receptores de algún órgano



Fuente: Auditoría Social 2018, Sename

## 3 Niños, niñas y adolescentes se encuentran a la espera de un trasplante



Fuente: Auditoría Social 2018, Sename

Con el objetivo de avanzar en equidad en el acceso a la salud de los niños niñas y adolescentes que se encuentren en algún programa de SENAME, el año 2016 la Subsecretaría de Redes Asistenciales organizó un plan de seguimiento cuyo objetivo era dar respuesta oportuna a las atenciones de salud de Niños, niñas y adolescentes que residen en centros de organismos colaboradores o de administración directa. De este plan se desprendió la necesidad de priorizar la atención integral en consultas y hospitalizaciones, incluyendo las del área de salud mental. (Minsal 2018).

Dentro de las líneas de intervención inmediatas desde el sector de salud se definió la inscripción de los niños/as en el CESFAM correspondiente por domicilio de cada residencia, para que cuenten con los controles habituales de salud al día y sean efectivos los mecanismos de protección, prevención y atención. Durante 2017 esta tarea continuó a través de un trabajo permanente de coordinación entre la SENAME con la APS, sin embargo, los últimos datos publicados evidencian la necesidad de continuar trabajando en dar respuestas acordes a las complejidades de salud tanto físicas como mentales de la infancia vulnerada y garantizar para la totalidad de la población la inscripción oportuna y el acceso a controles de salud y de morbilidad. (Minsal 2018). Otro de los ítems dentro de las líneas de intervención inmediatas implementadas desde el sector salud se encuentra la aplicación de un modelo de gestión priorizada de listas de esperas para consultas nuevas de especialidad y cirugías, designando un coordinador SENAME en los 29 Servicios de Salud (SS) del País.

## LISTA DE ESPERA

Se definió un tiempo de espera de 60 días para Consulta Nueva de Especialidad y 120 días para intervenciones quirúrgicas, además se crearon registros identificando los niños, niñas y adolescentes en los Centros de Salud y en el repositorio nacional de Lista de espera (RNLE). (Minsal 2018). Según información solicitada por transparencia a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a junio de 2019 la lista de espera de niños, niñas y adolescentes que son parte de la red residencial del SENAME, era la siguiente:



# 1.329

Niños, niñas y adolescentes de la red Sename en **lista de espera por atenciones de salud.**

## Lista de espera por **tipo de atención**

**1.076** Médicas

**166** Odontológicas

**87** Quirúrgicas

## Lista de espera por **especialidad**

**227** Oftalmología  
**153** Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia  
**129** Otorrinolaringología  
**76** Neurología  
**60** Dermatología  
**60** Pediatría  
**58** Ortodoncia y Ortopedia dento máxilo facial  
**57** Psiquiatría adulto  
**37** Endodoncia  
**36** Neurología adulto  
**30** Cirugía y traumatología buco maxilofacial  
**28** Cirugía Pediátrica  
**367** Otras especialidades

Fuente: Minsal, vía transparencia

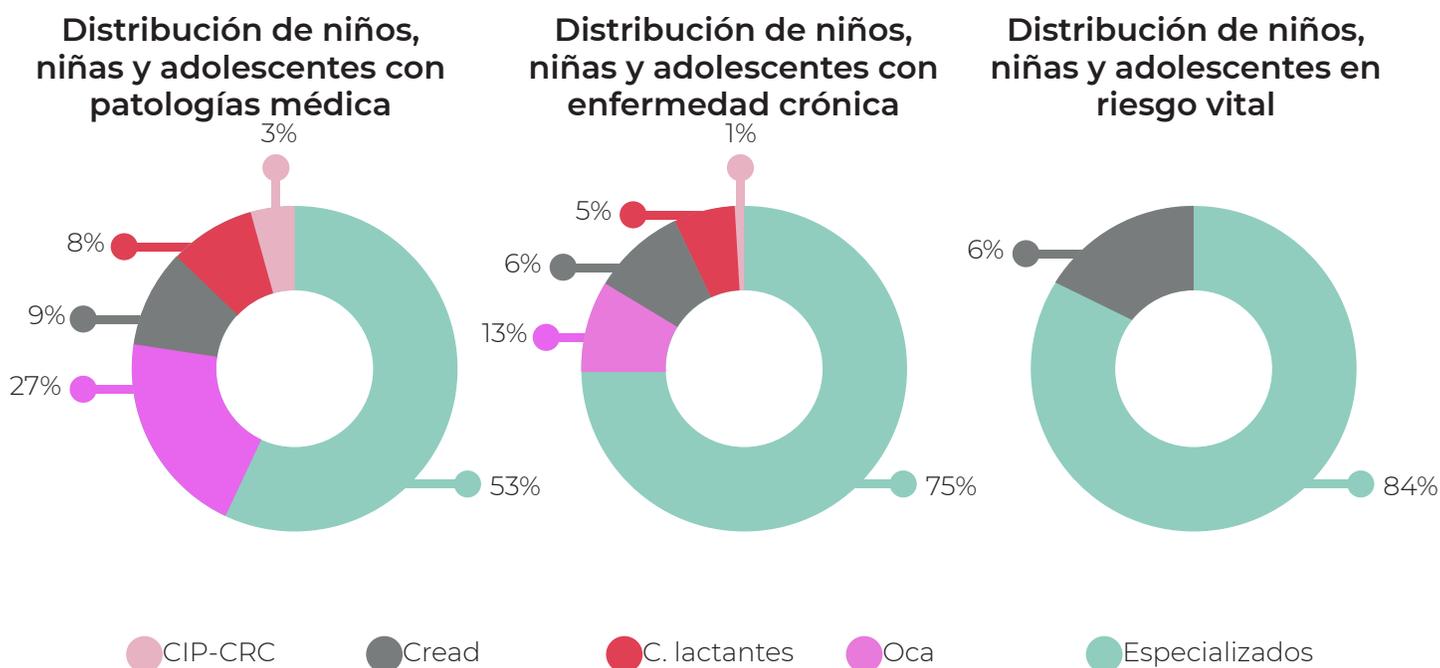
## NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON PATOLOGÍAS MÉDICAS

El Comité de los Derechos del Niño (CIDENI) en la Observación General N°4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, asegura ver con preocupación cómo los Estados Partes no han prestado suficiente atención a las obligaciones que les impone la Convención en algunas áreas fundamentales, entre ellas la salud. (De Ferrari y Curihuinca 2018).

Según el artículo 23 de la Convención de los Derechos del Niño, los niños, niñas y adolescentes que “estén mental o físicamente impedidos tienen igualmente derecho al más alto nivel posible de salud física y mental”. (De Ferrari y Curihuinca 2018), por tanto, los Estados Partes tienen la obligación de proporcionar instalaciones y servicios accesibles a los niños, niñas y adolescentes que presenten alguna discapacidad, al mismo tiempo asegurar que cuenten con ayuda y apoyo por parte de profesionales que les

permitan desarrollarse con dignidad conforme a sus derechos.

El año 2017 la Policía de Investigaciones (PDI) investigó 240 residencias administradas por SENAME y por Organismos colaboradores. Durante esas visitas, entre otras acciones la policía realizó un catastro a nivel nacional de todos los residentes de los centros de protección que presentaban alguna patología, como enfermedades psiquiátricas, médicas, enfermedades médicas crónicas, discapacidad y residentes bajo posible riesgo vital por presencia de enfermedades terminales (PDI 2018), lo que arrojó como resultado que 2.554 residentes cuentan con un diagnóstico psiquiátrico, 970 con algún diagnóstico médico, 953 de los Niños, niñas y adolescentes tienen una enfermedad crónica, 1.358 residentes tienen alguna discapacidad y 28 estaban en riesgo vital a causa de enfermedad terminal.



Fuente: PDI 2018

## NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

El año 2008, tras haber sido aprobado por el Congreso Nacional, se publicó el Decreto Supremo N° 201 del Ministerio de Relaciones Exteriores con el cual la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), instrumento que apunta a “proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (ACNUDH 2016), pasa a integrar el ordenamiento jurídico chileno y con ello, su cumplimiento para a ser obligatorio para el Estado (INDH 2019).

El año 2010 el Estado promulga la Ley N° 20.422, la que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, a través de esto la legislación nacional “reconoce la situación de discriminación múltiple e interseccional que concurre en los y las niños, niñas y adolescentes con discapacidad” (INDH 2019).

El año 2010 el Estado promulga la Ley N° 20.422, la que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad,

Es así como el Título I de esta ley dispone en el inciso tercero del artículo 9 que “...el Estado

adoptará las medidas necesarias para evitar las situaciones de violencia, abuso y discriminación de que puedan ser víctimas las mujeres y niños con discapacidad y las personas con discapacidad mental, en razón de su condición”(INDH 2019).

Según un informe del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) publicado en 2019 en Chile existen 23 residencias de instituciones colaboradoras acreditadas por SENAME para niños, niñas y adolescentes con discapacidad (INDH 2019). Por otro lado, según reporta la PDI un 20% de la población de niños, niñas y adolescentes que se encuentra en la red SENAME presenta algún grado de discapacidad, concentrándose el 77% de estos casos en centros de atención especializados para la población con discapacidad (PDI 2018).

Durante 2017, el INDH realizó la llamada “Misión de Observación SENAME” con el fin de conocer en terreno la situación de los Niños, niñas y adolescentes bajo protección del Estado. En esta instancia seleccionaron 10 de los 23 centros residenciales para población con discapacidad y evaluaron las condiciones de cuidado que se les proporciona a los niños, niñas y adolescentes que ahí residen. Los resultados son los siguientes:

## ALIMENTACIÓN

---



**90%**

Cuenta con dieta especial para niños, niñas y adolescentes que presenten condiciones crónicas de salud



**80%**

Cuenta con manipuladores/as de alimentos para trabajar los fines de semana y días festivos

Niños, niñas y adolescentes, de modo ocasional, participan en la preparación de los alimentos

La formulación del menú es supervisada por nutricionistas



**80%**

De los centros entrega 4 comidas diarias a cada uno de los niños, niñas y adolescentes

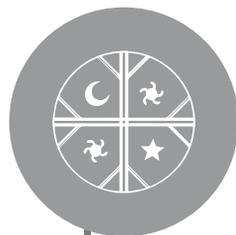
Cuenta con una planificación de menú semanal

Cuenta con una dieta especial para niños, niñas y adolescentes que presenten condiciones crónicas de salud



**40%**

Reporta conocer el promedio de calorías del menú



Ninguno de los centros contempla una dieta especial para niños, niñas y adolescentes indígenas

Fuente: INDH 2019

## VESTIMENTA Y OTROS

---



**80%**

De los niños, niñas y adolescentes pueden elegir su ropa



**30%**

Comparten prendas de vestir



**100%**

De los centros asegura que los niños, niñas y adolescentes son acompañados por un/a educador/a durante la noche

Cuenta con personal presente en baños y duchas con el fin de resguardar la seguridad de los niños, niñas y adolescentes



**80%**

Asigna labores domésticas a los niños, niñas y adolescentes de acuerdo a su edad

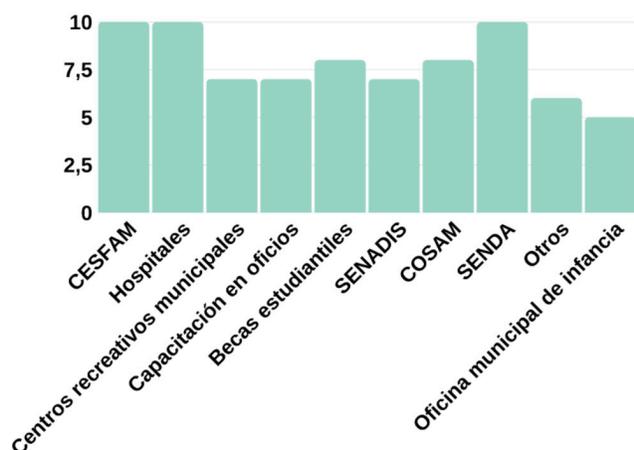


**70%**

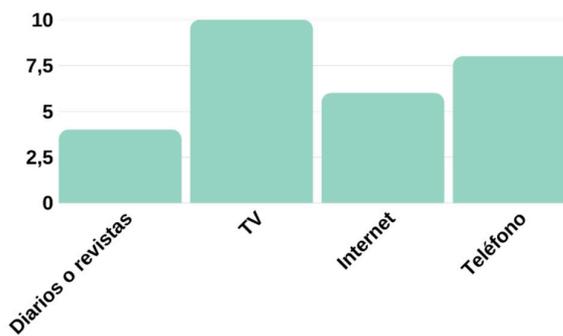
Reporta incluir a los niños, niñas y adolescentes en decisiones relacionadas con el centro

## INCLUSIÓN SOCIAL

### Servicios o programas públicos a los que niños, niñas y adolescentes tienen acceso



### Acceso a medios de comunicación



Fuente: INDH 2019

Según las bases técnicas para centros residenciales especializados, las funciones relacionadas con la alimentación de los centros debe ser desempeñada por personal calificado o certificado y se debe prescindir de los/las educadores de trato directo, quienes deben ocuparse de la atención formativa de los niños/as (SENAME, 2013).

Con respecto al régimen de visitas, ninguno de los centros las suspende como sanción por mal comportamiento. Lo mismo ocurre en el caso de las familias de los niños, niñas y adolescentes, ya que ninguno de los centros sanciona a los padres o familias en caso de llegar con retraso a alguna de las citas. El 100% de los centros permite la visita de amigos y/o compañeros de colegio y el mismo porcentaje permite que las familias participen en actos o fechas relevantes. El 90% permite que los niños, niñas y adolescentes salgan con sus familias durante las visitas o que puedan comunicarse con sus padres fuera del horario establecido. Todos los centros permiten que los familiares entreguen

objetos, como ropa o juguetes durante sus visitas y solo el 50% supervisa las visitas.

## PERSONAL DE LAS RESIDENCIAS

De un total de 241 centros visitados, la PDI estableció que 42 residencias de adolescentes no mantenían un encargado de salud. Por otro lado, aun cuando 198 centros cuentan con un encargado, esta función es ejercida por personal sin un perfil de formación académica necesariamente compatible con tal función (PDI, 2019).

En el caso de los centros para niños, niñas y adolescentes con discapacidad, de las 16 residencias visitadas, 9 de ellas tienen profesionales de la salud como encargados de salud (56.3%), mientras que en 5 centros se detectó que la función de encargado de salud es ejercida por un técnico de la salud (31.3%).

Por otro lado, 97 de 198 centros no tienen un encargado de salud con competencia en tal área. En los casos en que sí hay personal especializado es preocupante que esta labor sea ejercida sólo en horario diurno y fuera de horario laboral, puesto que durante los fines de semana son los educadores de trato directo quienes ejercen este rol.

En el caso del encargado de la administración de medicamentos, se estableció que, del total de centros visitados, 159 de ellos tiene durante el día como encargado/a de esta labor a un/a educador/a de trato directo que no cuenta con formación profesional o técnica en el área de la salud.

Por último, la investigación reveló que 224 residencias no cuentan con el personal profesional especializado para el manejo de residentes con perfil clínico de forma permanente. Respecto a las residencias que mantienen cuidado de lactantes y preescolares, esto sucede en el 97.1% de los centros.

En el caso de los centros que atienden población adolescente, 158 de los 160 no cuentan con esta prestación especializada de manera permanente. Esta misma situación se reporta en 10 de los 11 CREAD.

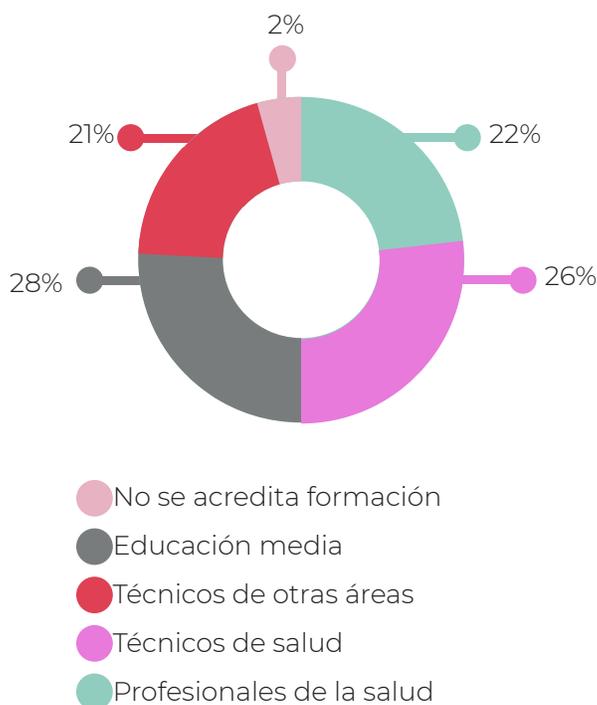
Por su parte, de los centros que atienden a población con discapacidad, 11 de 16 no cuentan con cuidados especializados las 24 horas del día (68.8%). (PDI, 2019)

En resumen, el 83% de las residencias no cuenta con funcionarios que cumplan con el perfil profesional mínimo para su funcionamiento. Un 93% de las residencias no cuenta con personal profesional especializado para el manejo de residentes con perfil clínico de forma permanente, el 35% no cuenta con la cantidad mínima de educadores de trato directo para funcionar mientras que el 65% restante aunque cumple con el mínimo sigue resultando insuficiente para funcionar de manera óptima, dado que en la mayoría de estos centros hay residentes con perfil clínico.

## 42 de 241

centros no cuentan con "Encargado de salud". La totalidad de estos 42 centros atiende a población adolescente

### Tipo del profesional en cargo "Encargado de salud"



### "Encargado de salud" por modalidad residencial

**94%** De los encargados de salud en los CIP-CRC son profesionales de la salud

**90%** De los encargados de salud en los CREAD son profesionales de la salud

**56%** De los encargados de salud en las residencias que atienden a NNA con discapacidad son profesionales de la salud

**49%** De los encargados de salud en las residencias para lactantes son técnicos en salud

**31%** De los encargados de salud en centros que atienden a población adolescente solo cuentan con educación media.

Fuente: PDI 2018

## SALUD MENTAL

A nivel mundial se estima que entre el 10 y el 20% de los adolescentes experimentan problemas de salud mental (SENAME 2019). En Chile los problemas de salud mental y trastornos mentales son la principal fuente de carga de enfermedad (MINSAL 2018), siendo especialmente preocupante la situación de niños, niñas y adolescentes ya que la atención en salud mental para este segmento etario presenta importantes brechas en todos los niveles, sobre todo en la atención ambulatoria (MINSAL 2017).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos psiquiátricos que se inician en la infancia o en la adolescencia deben ser una prioridad para la salud pública (Vicente, y otros 2012). Los factores que determinan la salud mental de los y las adolescentes son múltiples, existiendo una correlación directa entre la exposición a factores de riesgo y los efectos provocados en la salud mental (www.who.int 2019). Para la OMS dentro de las determinantes más importantes se encuentra la calidad de vida doméstica, la

violencia, y los problemas socioeconómicos y la violencia sexual. El “Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños, niñas y adolescentes en Chile” realizado el año 2012 evidenció que las variables asociadas significativamente al aumento de la prevalencia de trastornos son, entre otras, el ser víctima de maltrato, de abuso sexual, vivir bajo la línea de la pobreza, la presencia de historial familiar con psicopatología, vivir con un solo padre o con otras personas, mientras que la deserción escolar aumenta el riesgo del abuso de sustancias en casi siete veces. Finalmente, la prevalencia total para cualquier trastorno psiquiátrico de discapacidad psicosocial fue de 22,5%. Los grupos de trastornos que mostraron más alta prevalencia fueron los disruptivos (destacando el de Déficit Atencional e Hiperactividad) con 14,6 %, seguidos de los ansiosos (angustia de separación), con un 8,3% (de la Barra, y otros 2012).



Imagen liberada, banco de fotos Pixabay

Es importante mencionar que según Unicef, el 71% de la población infantil y adolescente del país es víctima de algún tipo de violencia. A esto se agrega que según la encuesta CASEN del año 2017 la pobreza en el grupo comprendido entre los 0 y los 17 años de edad alcanza el 28.6% (SENAME 2019).

Por otro lado, si bien el suicidio no es una enfermedad mental, uno de sus principales factores de riesgo es la presencia de un trastorno mental (MINSAL 2017). En el caso de los adolescentes, el suicidio es la segunda causa de muerte a nivel mundial y Chile tiene tasas cercanas al promedio. El año 2015 107 adolescentes entre 15 y 19 años murieron por este motivo en el país (SENAME 2019).

Al revisar el panorama general de la salud mental infanto-juvenil causa especial preocupación la situación de los niños, niñas y adolescentes que están en la red SENAME. Según el “Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025”, el 69.1% de niños, niñas y adolescentes bajo sistema de protección de derechos presenta al menos un trastorno de salud mental. (MINSAL 2017). Esto se explicaría porque son una población especialmente vulnerada, al contar en su biografía con una exposición a entornos y contextos sociales y culturales caracterizados por condiciones de inequidad y violencia, como abuso físico, sexual, abandono, negligencia, pobreza y violencia doméstica, entre otras situaciones (SENAME 2019).

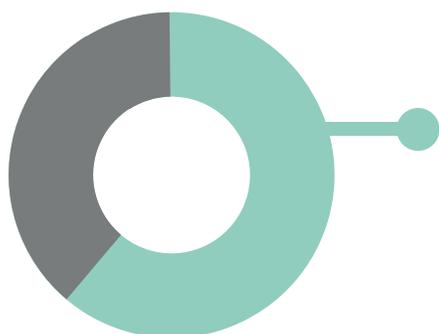
## DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

El estudio realizado por la Policía de Investigaciones dado a conocer en julio de 2019, estableció que existen 2.554 residentes diagnosticados con alguna patología psiquiátrica, lo que equivale al 37% de la población total de residentes en país (PDI 2018).

La mayoría de estos casos se encontraban en residencias pertenecientes a organismos colaboradores. En ellos, 1239 adolescentes presentaban una patología psiquiátrica, lo que equivale al 33,5% de la totalidad de los Niños, niñas y adolescentes que residen en este tipo de centros. En cambio, en el caso de los Centros de Administración Directa (CREAD) el 67% de la población residente presenta algún tipo de patología de salud mental (PDI 2018).

En cuanto a la presencia de patologías psiquiátricas en residencias que funcionan bajo la modalidad de atención especializada a población con discapacidad, se estableció la existencia de 465 casos, lo que representa el 41.6% de la población residente en estos centros (PDI 2018).

Por otra parte, se debe señalar que la población de residentes con este perfil clínico, se encuentra distribuida en un 85.8% de los centros, de esta forma 206 de las 240 residencias, cuentan con -a lo menos- un residente con algún diagnóstico psiquiátrico (PDI 2018).



**69%**

De los niños, niñas y adolescentes en Sename presentan al menos un trastorno de salud

Fuente: MINSAL, 2017

# 2.554

Niños, niñas y adolescentes que residen en algún centro de Sename han sido diagnosticados con alguna patología psiquiátrica

Fuente: Informe PDI, 2018



OCAS

**33.5%**

Niños, niñas y adolescentes residentes en OCAS presentaban una patología psiquiátrica



CREAD

**67%**

Niños, niñas y adolescentes residentes en CREAD presentaban una patología psiquiátrica



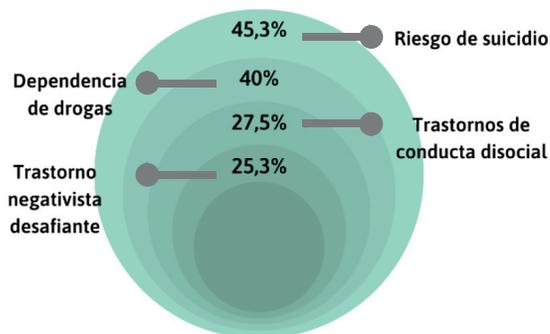
ESPECIALIZADOS

**41,6%**

Niños, niñas y adolescentes de residencias especializadas presentaban una patología psiquiátrica

Fuente: Informe PDI, 2018

## Tipos de trastorno de salud mental Área de protección de derechos



Fuente: MINSAL, 2017

**206 de los 240**

centros visitados cuentan con al menos un residente con una patología psiquiátrica

Fuente: Informe PDI, 2018

## SALUD MENTAL ÁREA DE JUSTICIA JUVENIL

“Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales”

“Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos” ONU 1955

En el año 2019 el Servicio Nacional de Menores publicó un documento llamado “Procedimiento Prevención del Suicidio en Centros y Programas de Justicia Juvenil” indicando que para esta institución es necesario abordar de forma preventiva dicha temática debido a que en estos centros se agrupan “adolescentes con trayectorias de vida que evidencian múltiples condiciones de vulnerabilidad que se traducen en factores de riesgo significativos que afectan la salud mental” (Sename 2019).

Según la OMS, los adolescentes infractores de ley que se encuentran cumpliendo condena en centros privativos de libertad son una población especialmente expuesta a altos niveles de riesgo suicida, entre otras cosas, por el alto impacto psicológico del arresto y del encierro, la soledad, la lejanía con la familia y seres queridos, la incertidumbre, el estrés diario, la espera y el síndrome de abstinencia en aquellos que presentan consumo problemático de drogas y/o alcohol (Sename 2019).

El objetivo de este documento es entregar elementos técnicos sobre promoción de salud mental y prevención del suicidio a los equipos. Este procedimiento define algunas necesidades como tener una estrategia de promoción de la

salud mental y la prevención del suicidio en todo el sistema, la que debe ser integral y que aborde aspectos relacionados a la calidad de vida de los adolescentes, sus familias y de los equipos de intervención, otorgándole gran importancia al ambiente y a la protección de los riesgos ambientales, físicos y psicológicos (Sename 2019). Otro de los puntos refiere a la promoción del auto cuidado de los niños, niñas y adolescentes, el equipo técnico y para sus familias. La idea es generar espacios protectores y resilientes para trabajar, entre otras cosas, el impacto emocional del suicidio, especialmente entre aquellos adolescentes que han pasado por la experiencia de que un/a compañero/a se suicide, apuntando a evitar el llamado “suicidio en cadena”. La medida en este caso es contener emocionalmente a los/as Involucrados y derivar a atención psiquiátrica a los/as jóvenes afectados (Sename 2019).

Con respecto al trabajo intersectorial, releva como primordial el colaborar y brindar información desde centros y programas de justicia juvenil en la instalación del sistema de estudio de casos, con la finalidad de contar con cifras, lo que requiere una gran coordinación entre los centros y el responsable regional en temas de salud (Sename 2019).

En lo referente a la coordinación con programas locales destaca la importancia de incluir, además de a los centros de salud programas y otras ofertas que apunten al tratamiento para el consumo de drogas y alcohol a cargo de SENDA, además de sumar a las escuelas, al contexto judicial, la comunidad y cualquier otra red de apoyo según cada caso (Sename 2019).

Sobre los equipos técnicos y funcionarios es importante que los/as supervisores/as de justicia juvenil incorporen competencias y habilidades relativas a la pesquisa de riesgo suicida y habilidades en el manejo del riesgo. Este proceso de sensibilización y concientización debe realizarse al 100% de los funcionarios y equipos técnicos. Entre los aspectos que se abordarán se encuentra la información sobre factores de riesgo y de protección de la conducta suicida, la desmitificación de ésta, la asociación entre algunos factores específicos asociados a la conducta suicida en el contexto judicial, la detección de situaciones que aumenten el riesgo al interior del centro o programas y el desarrollar la capacidad de controlar estas causas adversas asociadas a ellas, reconocer las particularidades de cada adolescente, etc. (Sename 2019).

Doce años atrás, tras la puesta en marcha de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (Ley N° 20.084) Sename en conjunto con el Ministerio de Salud y SENDA acordaron la instalación de unidades de hospitalización en contextos privativos de libertad de referencia nacional, llamadas Unidades de Hospitalización de Corta Estadía (UHCE), las que tenían por objeto entregar atención clínica de especialidad psiquiátrica a adolescentes infractores de ley, ya sometidos/as a encierro, y que requieran de estabilización por diagnósticos psiquiátricos severos, principalmente alto riesgo suicida, síndrome de abstinencia severo, ingresos con sospecha de esquizofrenia u otras patologías y descontrol severo de impulsos. Según el INDH, al inicio de su funcionamiento existía desconocimiento sobre el respeto a los derechos de las y los adolescentes que eran ingresados (INDH 2018).

En 2016 se elaboró el modelo de gestión para estas unidades y se les cambió el nombre por “Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría” (UHCIP), que dependen del servicio de salud respectivo pero se encuentran dentro de los centros privativos de libertad de Sename. Al año 2018 ya se encontraban implementadas en los CIP y CRC de las regiones Metropolitana, Valparaíso, Tarapacá, Biobío y Los Ríos (INDH 2018).

Durante la visita realizada por el INDH la totalidad de estos centros, observó graves situaciones, como violencia y prácticas carcelarias, uso de gas pimienta, esposas, grilletes, aislamiento, allanamientos, etc. Además, igual de importante es que el 67% de los CIP-CRC no cuenta con psiquiatra propio, algo que contraviene la regla número 22 sobre las “Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos” (Reglas Nelson Mandela) que indica: “Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales” (ONU 1955), además, da cuenta del suicidio de un adolescente del CIP-CRC de Copiapó quien esperaba atención psiquiátrica.

Al visitar estos centros solo 19 de 34 plazas estaban siendo utilizadas, algo preocupante según el INDH tras conocer los hallazgos del Informe Anual 2017 sobre los y las adolescente de los CIP-CRC y su falta de atención psiquiátrica. De estos 19 pacientes el 53% son adolescentes bajo medida cautelar y el 42% se encuentra cumpliendo condena. Al momento de la observación solo una plaza era utilizada por una mujer.

Con respecto a la infraestructura, todas las unidades cuentan con cámaras vigiladas por personal del MINSAL y las que están en espacios comunes son supervisadas por personal de Gendarmería de Chile, algo que escapa de sus labores que deberían circunscribirse al resguardo de la seguridad perimetral y al traslado de los/as

adolescentes (INDH 2018).

Con respecto al espacio personal de los adolescentes en la UHCIP de la Región Metropolitana se observó que las camas no tienen sábanas. Según reporta el informe del INDH, la autoridad de ese centro que fue entrevistada indicó que es complejo lavarlas porque no cuentan con agua suficiente:

**“Se lavan en un lugar distinto y sale muy caro transportarlas, el centro no dispone de agua suficiente porque es de pozo, y el pozo es de propiedad de gendarmería y se comparte con Punta Peuco”** (Entrevista INDH a Autoridad SENAME, Región Metropolitana, en Julio de 2018) (INDH 2018).

Esto contraviene la regla 17 sobre “Ropas y cama” de las Reglas de Nelson Mandela que establece que “Cada recluso dispondrá, en conformidad con los usos locales o nacionales, de una cama individual y de ropa de cama individual suficiente, mantenida convenientemente y mudada con regularidad a fin de asegurar su limpieza” (ONU 1955).

En una de las UHCIP se informa que son pocos los que ingresan por trastornos psiquiátricos y que principalmente los adolescentes son hospitalizados como medida de castigo:

**“¡Nosotras no tenemos na’ que hacer aquí”.**

“Las dos adolescentes habían sido internadas en la UHCIP del centro donde residen los menores privados de libertad en Iquique. Desesperadas, sus gritos se escuchaban desde lejos. Así lo recuerda el terapeuta ocupacional que estaba de turno esa noche y que oía todo desde el piso de arriba. En su testimonio para este reportaje, el profesional – que pidió la reserva de su identidad– señaló que las chicas no sufrían problemas de salud mental. También dijo que las educadoras de trato directo –funcionarias que trabajan en los módulos donde residen los menores– no fueron capaces de controlar un conflicto de disciplina protagonizado por ambas jóvenes y “decidieron derivarlas a la unidad (de internación psiquiátrica) para sacarse el problema de encima” (Rojas y Vitar 2019).

Las periodistas Trinidad Rojas y Monserrat Vitar publicaron en agosto de 2019 un reportaje llamado “Otro grave abuso en centros del Sename: internación psiquiátrica como método de castigo”, según datos que solicitaron vía transparencia se acreditó que al menos 49 adolescentes ingresados desde 2016 fueron dados de alta de las UHCIP porque no presentaban trastornos mentales o conductuales severos. En este reportaje un funcionario del centro de Limache afirma que

**“La unidad de psiquiatría es el medio para descomprimir las ‘casas’ (los**

**módulos donde viven los adolescentes) y poder estar más tranquilos con los jóvenes conflictivos”** Rojas y Vitar 2019).

Lo señalado anteriormente refuerza lo expuesto por el informe del INDH, donde una autoridad de SENAME reconoce que “Pacientes psiquiátricos es lo que menos vemos, porque cuando es de verdad enfermos psiquiátricos se envían para afuera, porque el que cometió un delito y (es) psiquiátrico no puede estar en una cárcel” (Entrevista INDH a Autoridad SENAME, Región Metropolitana, en Julio de 2018) (INDH 2018).

Según el “Plan nacional de salud mental 2017-2025”, el 70% de niños, niñas y adolescentes bajo sistema de protección de derechos presenta al menos un trastorno de salud mental. En el caso de los adolescentes entre 14 y 17 años que se encuentran en centros privativos de libertad, la cifra superaría el 86%. (MINSAL 2017) esto se debería a que son una población especialmente vulnerada con una exposición a entornos y contextos sociales y culturales caracterizados por condiciones de inequidad y violencia, entre estos abuso físico, sexual, abandono, negligencia, pobreza y violencia doméstica, entre otras situaciones (SENAME 2019).

“La comisión mira también con preocupación cómo en la región, bajo el pretexto de someterlos a tratamientos terapéuticos, se utiliza el sistema de justicia juvenil para privar de su libertad a niños que sufren discapacidad mental y que, por lo tanto, no podrían infringir ley penal alguna, lo que también constituye una violación del principio de legalidad y, por lo tanto, al artículo 9 de la convención Americana”.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos

**INDH observó graves situaciones, como violencia y prácticas carcelarias, uso de gas pimienta, esposas, grilletes, aislamiento, allanamientos, etc.**

Fuente: INDH 2018

**Se observó que las camas no tienen sábanas. Según reporta el informe del INDH, la autoridad de ese centro que fue entrevistada indicó que es complejo lavarlas porque no cuentan con agua suficiente.**

Fuente: INDH 2018

**“La unidad de psiquiatría es el medio para descomprimir las ‘casas’ (los módulos donde viven los adolescentes) y poder estar más tranquilos con los jóvenes conflictivos”.**

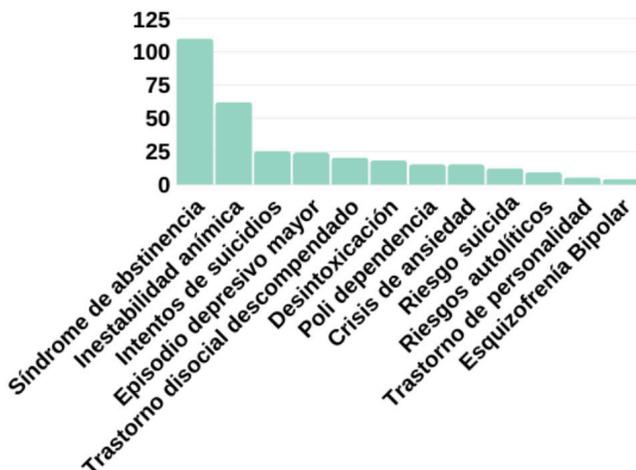
Fuente: CIPER 2019

“El **67%** de los CIP-CRC no cuenta con psiquiatra propio”.

Informe Preliminar: Visitas a Unidades de Atención Psiquiátrica (UHCIP) dentro del sistema de privación de libertad de adolescentes, INDH 2018

# SALUD MENTAL ÁREA DE JUSTICIA JUVENIL

Principales causas de ingreso a UHCIP 2017-2018



Plazas UHCIP

REGIÓN	TIPO DE CENTRO	N° TOTAL DE PLAZAS	PLAZAS UTILIZADAS
TARAPACÁ	CIP-CRC	6	3
VALPARAÍSO	CIP-CRC	8	3
METROPOLITANA	CRC	10	7
BIOBÍO	CIP-CRC	5	4
LOS RÍOS	CIP-CRC	5	2

Fuente: INDH 2018



**86%**

De los adolescentes privados de libertad presenta al menos un trastorno de salud mental

Fuente: MINSAL 2017



**76%**

De los niños, niñas y adolescentes en centros privados de libertad presenta un trastorno de salud mental asociado al consumo problemático de sustancias, el 37,8% trastornos disruptivos y 25,4% déficit atencional; 67,7% con comorbilidad psiquiátrica

Fuente: Informe INDH 2019



**450**

Residentes tienen una patología psiquiátrica

Fuente: PDI 2018

# DERECHO A LA VIDA

En agosto de 2016 y por solicitud del fiscal de la Región de Los Lagos, Marcos Emilfork, la Policía de Investigaciones creó un equipo de fuerza de tarea con dedicación exclusiva a la investigación de las muertes ocurridas al interior de centros del Servicio Nacional de Menores y de sus organismos colaboradores. Antes de que ésta se iniciara se reportaban 878 muertes de niños, niñas y adolescentes y de 435 adultos/as -entre los años 2005 y 2016- que se encontraban bajo protección del Estado (PDI 2018).

El Ministerio Público solicitó la conformación de este equipo especial con el objetivo de establecer o descartar que tales fallecimientos se relacionaran con hechos constitutivos de delito y a su vez, establecer con precisión la cantidad de niños y niñas que al momento de su deceso estaban efectivamente bajo la protección del Estado. Según lo informado por SENAME en su Anuario Estadístico 2018, durante el año 2018 fallecieron 119 niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos/as bajo protección del Estado.

Es importante aclarar que esta institución también se hace cargo de adultos/as, algunos con graves problemas de salud física y deficiencia mental, y también de mayores de edad con conflicto con la ley que al momento de cometer el delito eran menores de 18 años. Del Área de Protección de Derechos -Sistema Residencial y Ambulatorio de Protección- durante el año 2018 se registraron 78 fallecimientos. 77 de estos corresponden a niños, niñas, adolescentes y adultos/as que eran atendidos en centros o programas ambulatorios de Organismos Colaboradores Acreditados (OCA). Además, SENAME ha precisado que 30 de los 33 fallecidos se encontraban en una residencia para personas con discapacidad al momento de ocurrido el deceso (SENAME 2019).

Al disgregar esta información 33 niños, niñas, adolescentes y adultos/as se encontraban en el Sistema Residencial de Protección, mientras que 44 estaban en el Sistema Ambulatorio. Con respecto a la edad, 51 de ellos/as tenían menos de 18 años. (SENAME 2019).

Por otro lado, los fallecimientos restantes corresponden al Área de Justicia Juvenil. 34 de ellos eran adolescentes, jóvenes y adultos/as que

cumplían medidas o sanciones en proyectos de medio libre administrados por Organismos Colaboradores, mientras que otros 7 se registraron en centros de administración directa (CIP-CRC y CSC). De un total de 41, 17 tenían menos de 18 años. (SENAME 2019)

Tras la constatación realizada por la PDI con respecto a los protocolos relacionados con el resguardo a la vida de los niños, niñas y adolescentes, se concluyó que el 72.9% de los centros a nivel nacional no cuenta con protocolos de manejo y prevención de conductas suicidas. En ellos se destaca que 65 de los 89 centros (37%) que reciben a niños y niñas de entre 6 y 18 años no cuentan con este protocolo. La modalidad de Residencias de Protección para Mayores (RPM) que acoge a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, y, excepcionalmente, menores de 24 (SENAME 2011) tampoco cuenta con este protocolo en el 25% de los centros. En el caso de los Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD) 7 de 11 no cuentan con este protocolo (63%).

Por otra parte, el 66.3% de los centros a nivel nacional no cuenta con protocolos de alimentación. De los centros de atención para lactantes, 21 no cuentan con este protocolo (65.6%) y en centros para niños, niñas, adolescentes y adultos/as con discapacidad 11 de 16 no cumplen con esta formalidad para su funcionamiento. (PDI 2018)

Con respecto a la contención física, SENAME la regula en el "Protocolo de actuación en situaciones de crisis en centros residenciales" del año 2016 y la describe como una técnica "posible de realizar con un niño/a o adolescente en donde solo se puede incorporar sujeción de extremidades y la cabeza. Maniobras de mayor complejidad deben ser realizadas únicamente por funcionarios de salud" (SENAME, 2016) (Zeballos y Guzmán 2019).

Con respecto a este procedimiento, la investigación demostró que el 76.7% del total de las residencias a nivel nacional, no cuenta con un protocolo frente a desajustes conductuales (PDI 2018). Para finalizar, El 72.1% de los centros no cuenta con un protocolo de fallecimiento.

En relación a las supervisiones que reciben las residencias, se estableció que 236 centros reciben una supervisión periódica, diurna y nocturna, por parte de Sename. De estas 87% tiene una frecuencia mensual y el 2.5% es visitada dos veces al mes, el 2,1% es supervisada dos veces al semestre, el 3.8% una vez cada tres meses y una vez al semestre el 1.7% de las residencias. En la mayoría de estas visitas el personal directivo es avisando con anterioridad por parte de él o la supervisora de la Dirección Regional del Sename, esto se debe a que las fiscalizaciones se enmarcan en la lógica de control y supervisión de asuntos administrativos y formales del proceso de intervención, por lo que esta coordinación tiene por objeto que en los centros mantengan la documentación accesible el día de la visita (PDI 2018).

Por otro lado, la residencia de Isla de Pascua, un centro de la Región de Coquimbo y otro de la Región de Los Ríos y uno de la Región Metropolitana reportaron no mantener supervisión por parte de Sename (PDI 2018).

La investigación también establece que en este ámbito la totalidad de las residencias del área de protección es supervisada periódicamente por parte del Tribunal de Familia. Estas visitas se realizan en el 78% de los casos de forma semestral y en el 14% de forma trimestral.

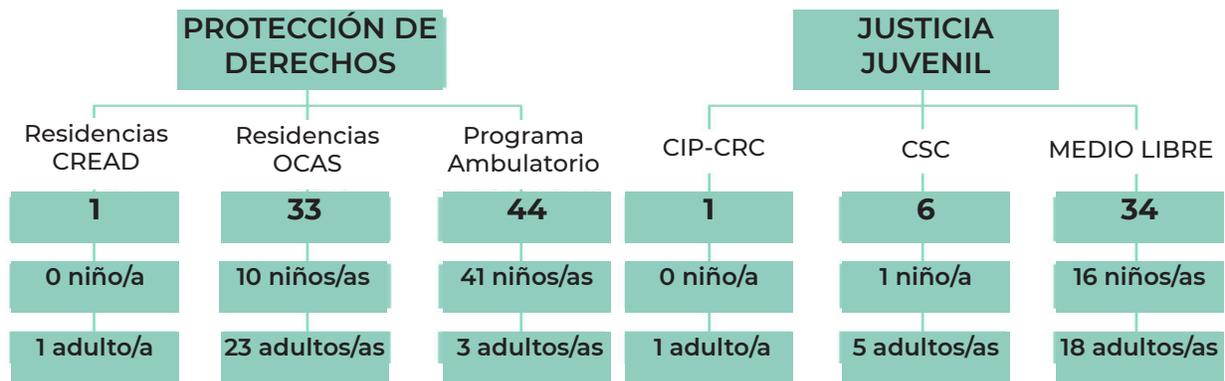
Del resto de los centros dos son visitados mensualmente, uno dos veces al mes, uno dos veces en el trimestre y dos solo una vez al año. Hay un pequeño porcentaje de residencias que al momento de la investigación no habían sido visitadas por el Tribunal de Familia, porque en ambos casos se registra una reciente apertura del centro. Las fiscalizaciones realizadas por el Tribunal de Familia son reguladas en su periodicidad por la Ley N°19.968 que en su artículo 78 establece que “éstas no deben distanciarse por periodos superiores a los seis meses, constituyendo una falta disciplinaria grave el incumplimiento de tales supervisiones” (PDI 2018).



Imagen liberada, banco de fotos Pixabay

# 119

fallecidos



Fuente: Anuario Estadístico 2019, Sename



**73%**

De los centros no cuenta con protocolos de manejo y prevención de conducta suicida

Fuente: PDI 2018



**77%**

De los centros no cuenta con protocolos de contención

Fuente: PDI 2018

# DERECHO A UN ENTORNO SEGURO

A modo general, Sename, y por ende el Estado, en temas de infraestructura debe asegurar la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes al interior de las residencias, donde se propicie su desarrollo integral y estén seguros. Respecto a la higiene y seguridad, Sename se encuentra adscrito a las normas asociadas a la Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones, Decretos Supremos N° 289, N° 594 y N° 977 de Minsal, Decreto Supremo N° 548 del Mineduc y normativa Junji.

Por su parte, la disposición de personal e instalaciones están sujetos a los Estándares Mínimos de Atención Residencial (Sename 2012).

Ejemplo de lo anterior, es que cada niños, niña y adolescente debe tener un dormitorio individual o en caso contrario contar con la posibilidad de compartir la habitación, pero donde cada uno tenga acceso a un espacio individual dentro de ese espacio común. Además, cada uno debe contar con su cama propia, ropa de cama de acuerdo a la estación del año, al igual que un compartimiento para guardar su ropa individual, artículos personales valiosos para ella/él, ventanas con cortinas, piso en buen estado, calefacción e iluminación de lectura. Asimismo, los dormitorios no deben contar con más de 3 camas, en caso de utilizar camarotes debe haber un espacio entre ellos comparable al uso de 2 camas separadas en la habitación, más aún, no deben dormir en estos niños, niñas y adolescentes que pueden estar en riesgo por su utilización. Los niños, niñas y adolescentes deben ser autorizados a personalizar sus habitaciones y motivados a hacerlo. Más importante aún, frente a cualquier solicitud de alguno de los residentes a un cambio de cuarto, ésta debe ser evaluada de manera urgente y aceptada apenas sea posible.

Igualmente, conforme a lo dispuesto por Sename en 2012 en su texto "Estándares mínimos de calidad para la atención residencial" del departamento de protección de Derechos, el centro residencial es amoblado y decorado en pos de establecer un ambiente hogareño para los niños, niñas y adolescentes, todas las instalaciones deben ser seguras, mantenerse aseadas y ordenadas tanto interiores como exteriores, más contar con mantención y reparaciones oportunas. También deben contar con calefacción y espacios en los cuales los niños/as puedan recibir privadamente a sus familias y visitas. Con respecto a los baños, los resultados que se esperan son que se respete

la privacidad, que la cantidad de baños sea proporcional al número de usuarios/as; las duchas colectivas se encuentren separadas en cubículos y/o con puertas completas para privacidad y que cuenten con agua caliente.

Según señala el informe realizado por la PDI en 2018 donde visitaron algunos centros del Sename, 225 de estos no presentan las condiciones estructurales necesarias para el cuidado de niños, niñas y adolescentes de perfil clínico y/o casos complejos, cifra que representa el 93,8% de la muestra. Es más, 204 de estas residencias eran de organismos colaboradores y 21 correspondían a CREAD y CIP-CRC.

Bajo un análisis geográfico de los datos revelados por este estudio, es posible determinar que en 6 regiones de Chile no existen residencias de Sename que cuenten con la infraestructura necesaria para casos de complejidad. Mientras que en 8 regiones sí, donde en la Metropolitana existen 5 centros con la habilitación estructural requerida.

Esto se relaciona directamente a la carencia de una enfermería y/o dependencias especiales para atender de forma adecuada el perfil de estos residentes. Donde al centrarse en una sala de enfermería, de los 240 centros visitados para la realización del estudio, el 70,8% no cuentan con una. Aquellas residencias que reportaron sí contar con una enfermería (70 en total, el 29,2%) mayoritariamente sus salas habilitadas corresponden a atención de primeros auxilios básicos, por lo que cabe destacar que las cifras anteriores no responden necesariamente a residencias que posean la aprobación sanitaria para su funcionamiento.

Asimismo, se debe señalar que los estándares mínimos exigidos para el funcionamiento de los centros no indican requerimiento de enfermería en su interior. No obstante, esta dependencia resulta fundamental para su funcionamiento frente al perfil clínico de los residentes. Puesto que, el 85,8% de las residencias cuentan con niños, niñas y adolescentes de perfil psiquiátrico y 52,5% tienen residentes con algún tipo de diagnóstico médico, 44,1% alguna enfermedad crónica y 35,4% presentan algún grado de discapacidad. Razón por la cual, esta dependencia es vital, ya que es la primera respuesta ante una emergencia que puede poner en riesgo la salud y vitalidad de los niños, niñas y adolescentes que ahí residen.

Por otra parte, otros reportes coinciden con los resultados entregados por el informe de la PDI, tales como el Proyecto de levantamiento y unificación de la información de niños/as en el sistema residencial (2013), el Informe de la Corporación Administrativa del Poder Judicial (2016), en el Informe de la Contraloría General de la República (2018) y en los dos informes de la Cámara de Diputados (2014, 2017) consignados en acápite anteriores; y, que además son rescatados por el Informe del INDH (2017).

En un marco general, el 92,1% de los centros a nivel nacional no cumplen con los estándares mínimos exigidos por Sename para poder funcionar, existen sólo 19 residencias que lo hacen, 7 CREAD Y 12 OCA, pero los cuales mantienen serias falencias operacionales. Donde 7 de ellos mantienen usuarios fuera del perfil (residentes adultos/as), 2 residencias mantienen sobrecupos, 13 centros mantienen población sobre institucionalizada,

9 no cuentan con mecanismos de traslado para los residentes, 16 de ellos no cuentan con infraestructura ni profesionales para la atención de residentes de alta complejidad 24/7, así como tampoco con protocolos de contención y sujeción frente a estos casos.

Como consideración final, cabe informar que el Estado se ha comprometido a adecuar la oferta programática a los contenidos de la Convención sobre los Derechos del Niño, existiendo un nuevo modelo residencial cuya aplicación comenzó en el año 2018, además de continuar con las iniciativas del Acuerdo Nacional por la Infancia del Gobierno, que busca extender el cuidado de la salud mental de los Niños, niñas y adolescentes. Por ello, en junio de 2019, el Presidente Sebastián Piñera inauguró la primera Residencia de Alta Especialidad (RAE) del Sename.



**92%**

de las residencias no cumplen con los estándares mínimos exigidos por Sename



**71%**

de las residencias no cuentan con enfermería



**94%**

de las residencias no presenta condiciones estructurales necesarias para el cuidado de Niños, niñas y adolescentes con perfil clínico

Fuente: PDI, 2018

## HACINAMIENTO

En septiembre de 2019 la Corporación Administrativa del Poder Judicial publicó el “Informe Nacional de visitas a hogares y residencias de protección Red Sename y Privados”. Según lo reportado en Chile existen 254 residencias, de las cuales 15 son centros administrados directamente por Sename, 203 por organismos colaboradores (OCA) y 36 son residencias coadyuvantes (privadas). En promedio, el índice de hacinamiento es del 89% sin embargo, este porcentaje no incluye a los centros privados ya que no se reporta el número de plazas versus las plazas ocupadas.

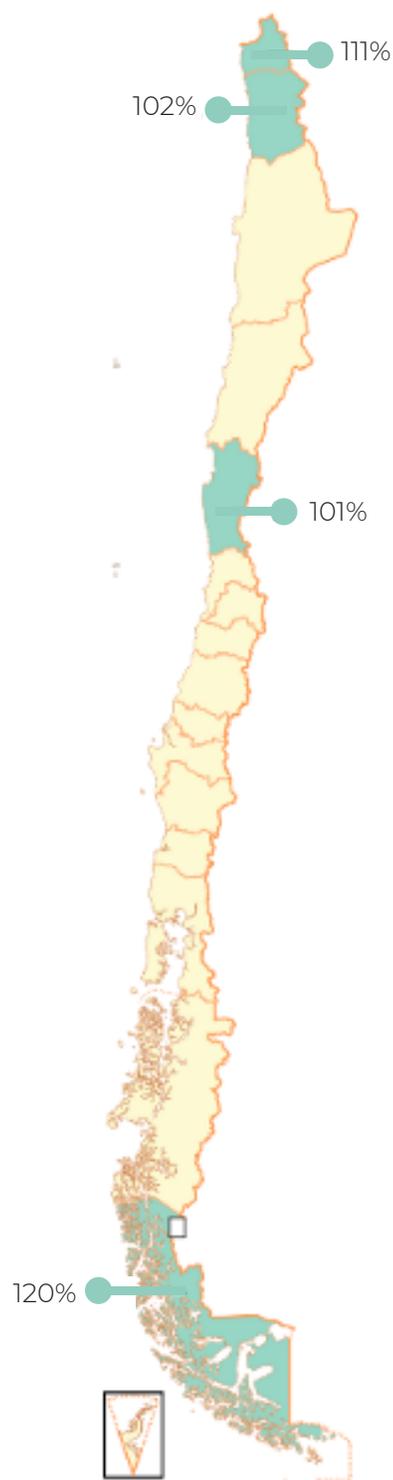
Se notifica un hacinamiento del 165% en la residencia Aldeas Infantiles S.O.S de la comuna de Padre Las Casas, recinto destinado a niños y niñas de entre 6 y 18 años que cuenta con 20 plazas disponibles y que al momento de la visita mantenía una población de 33 niños, niñas y adolescentes (Poder Judicial 2019).

En segundo lugar se encuentra la “Residencia de niños y jóvenes Pablo VI” de la comuna de San Felipe. Este centro cuenta con 20 plazas disponibles para niños de entre 12 y 18 años, no obstante, al ser visitada tenía 32 niños llegando a un hacinamiento del 160% (Poder Judicial 2019).

Con respecto a residencias de administración directa de SENAME, las que presentan un alto índice de hacinamiento son el CREAD femenino Capullo de Chiguayante, con un hacinamiento del 153% y la Residencia Familiar de Viña del Mar, con un hacinamiento del 131% (Poder Judicial 2019).

Como resumen general, de las 59 residencias con hacinamiento, 55 son residencias administradas por organismos colaboradores y cuatro son administradas por Sename.

### Regiones con hacinamiento



Fuente: Poder Judicial, 2019