

FACULTAD DE DERECHO
UNIVERSIDAD DE CHILE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PENALES

**¿EXISTE VULNERACIÓN AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA
SALUD EN LOS ENAJENADOS MENTALES QUE CUMPLEN
MEDIDAS DE SEGURIDAD DE INTERNACIÓN EN
ESTABLECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS?**

Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales

KATHERINNE CARES CARRASCO

CAMILA MILLÁN RIVERA

PROFESOR GUÍA:

Eduardo Sepúlveda Crerar

SANTIAGO, CHILE

2019

*A las personas que viven en situación de discapacidad mental privados de libertad
y a sus familias.*

Agradecimientos,

A José y Francisco Riquelme, que, sin saberlo, fueron fuente de inspiración para esta
investigación,

Al Profesor Eduardo Sepúlveda, por su atenta disposición,

Y a nuestra familia y amigos, somos fruto del amor de miles.

TABLA DE CONTENIDOS

Glosario.....	11
Resumen.....	13
1. Introducción.....	15-16
2. Medidas de seguridad aplicada a los inimputables por enajenación mental.....	17
2.1 Evolución histórica del tratamiento de las medidas de seguridad en el ordenamiento jurídico nacional.....	17-20
2.2 Naturaleza jurídica de las medidas de seguridad aplicada a inimputables..	20-22
2.3 Normas que rigen las medidas de seguridad.....	22-23
2.4 Principios generales atinentes a la aplicación de medidas de seguridad sobre enajenados mentales.....	23-26
2.5 Clasificación de las medidas de seguridad.....	27-27
3. Medida de seguridad de internación aplicada a los inimputables por enajenación mental.....	29
3.1 Requisitos para la aplicación de medida de seguridad de internación	
3.1.1 Hecho típico y antijurídico.....	29
3.1.2 Inimputabilidad: enajenado mental.....	29
3.1.3 Peligrosidad.....	29-31
3.2 Garantías de los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación	
3.2.1 Derecho a defensa del enajenado mental.....	32-33
3.2.2 Duración y control del cumplimiento de medidas de seguridad de internación.....	33-34
3.3 Procedimiento para aplicar las medidas de seguridad	
3.3.1 Enajenado mental al momento de la comisión del delito.....	34-38
3.3.2 Imputado y condenado que cae en enajenación mental.....	38-39
3.3.3 Situación en el Código de Procedimiento Penal.....	40
3.4 Ejecución de la medida de seguridad de internación.....	40

3.4.1	Establecimientos de internación psiquiátrica para cumplimiento de medidas de seguridad.....	41
4.	Tratamiento de los Derechos Humanos del enajenado mental que cumple una medida de seguridad de internación en un establecimiento psiquiátrico.....	43
4.1	Marco regulatorio internacional de los Derechos Humanos del enajenado mental como sujeto en situación de discapacidad	
4.1.1	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.	43-45
4.1.2	Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.....	45-46
4.2	Marco regulatorio nacional de los Derechos Humanos del enajenado mental como sujeto en situación de discapacidad	
4.2.1	Constitución Política de la República.....	46
4.2.2	Leyes Especiales.....	47-48
4.3	Marco regulatorio internacional de los Derechos Humanos del enajenado mental como sujeto en situación de discapacidad privado de libertad	
4.3.1	Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica).....	48-49
4.3.2	Pacto Internacional de Derechos Civiles y políticos.....	49
4.3.3	Reglas de Tokio.....	49
4.3.4	Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos (o “Reglas Mandela”).....	49-50
4.3.5	Manual sobre Reclusos con necesidades especiales.....	50-51
4.4	Marco regulatorio nacional de los Derechos Humanos del enajenado mental como sujeto en situación de discapacidad privado de libertad	
4.4.1	Decreto N°518 de 1998 que aprueba el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios.....	51
4.5	Derechos Humanos del enajenado mental como sujeto en situación de discapacidad privado de libertad.....	51-54
4.6	Derecho a la protección de la salud del enajenado mental que cumple medida de seguridad de internación	
4.6.1	Naturaleza jurídica del derecho a la protección de la salud.....	54

4.6.1.1	Exigibilidad del derecho.....	54-56
4.6.2	Reconocimiento nacional e internacional del derecho a la protección de la salud.....	57-58
4.6.3	Estructura del derecho a la protección de la salud.....	58
4.6.3.1	El titular del derecho a la protección de la salud.....	58
4.6.3.2	El obligado por el derecho a la protección de la salud.....	59
4.6.3.3	El objeto del derecho a la protección de la salud.....	59-60
4.6.4	Obligaciones del Estado respecto del enajenado mental que cumple medida de seguridad de internación.....	60-64
5.	Síntesis conclusiva: estado actual del derecho a la protección de la salud de los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación.....	65
5.1	Obligación de otorgar el libre e igualitario acceso a la salud mental de los enajenados mentales que se encuentran cumpliendo una medida de seguridad de internación en un establecimiento psiquiátrico.....	65-78
5.2	Obligación de vigilancia respecto al funcionamiento de los establecimientos psiquiátricos en los que enajenados mentales cumplen medidas de seguridad de internación.....	78-82
5.3	Obligación de garantizar la ejecución de acciones de salud destinadas a los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación en establecimientos psiquiátricos.....	82-85
5.4	Conclusiones generales.....	85-87
6.	Bibliografía.....	89-90
7.	Anexos.....	91
7.1	Respuesta a Solicitud de información pública al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak N°AO100T0000203. En carta N°135, de fecha 22 de abril de 2019.....	93-96
7.2	Respuesta a Solicitud de información pública al Hospital Guillermo Grant N°AO064T0000396. En oficio ordinario N°2331, de fecha 24 de mayo de 2019.....	97-101

7.3	Respuesta a Solicitud de información pública a Servicio de Salud Aconcagua N° AO021T0000690. En oficio ordinario N°741, de fecha 3 de mayo de 2019.....	103-105
7.4	Respuesta a Solicitud de información pública al Hospital Del Salvador N°AO079T0000286. En correo electrónico, de fecha 14 de mayo de 2019, remitido por casilla no-responder@portaltransparencia.cl	107
7.5	Respuesta a Solicitud de información pública al Ministerio Publico Folio SIAU N°8645. En carta DEN LT N°307/2019, de fecha 9 de mayo de 2019.....	109
7.6	Respuesta a Solicitud de información pública la Defensoría Nacional, deriva al Ministerio Publico N° AK005T0000434. En carta DEN LT N°380/2019, de fecha 30 de mayo de 2019.....	111
7.7	Respuesta a Solicitud de información pública a la Defensoría Penal Publica N° AK005T0000434. En carta N°86055, de fecha 2 de mayo 2019.....	113-115
7.8	Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Derechos Humanos N°AK012T0000298. En oficio ordinario N°405, de fecha 2 de mayo de 2019.....	117
7.9	Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Justicia N°AK001T0002792. En oficio ordinario N°3554, de fecha 2 de junio de 2019.....	119
7.10	Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Justicia N° AK001T-0002877. En oficio ordinario N°4562, de fecha 18 de julio de 2019. Actas Reuniones Comisión Nacional de Psiquiatría Forense, de fechas 14 de marzo, 9 de mayo y 6 de junio, todas de 2019.	121-130
7.11	Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Prevención del Delito N°AB091T0000384. En correo electrónico, de fecha 21 de junio d e 2019, remitido por casilla no-responder@portaltransparencia.cl	131
7.12	Respuesta a Solicitud de información pública a Gendarmería de Chile N°AK006T0009388. En carta N° 3059, de fecha 30 de octubre de 2018 y oficio Ordinario 1102, de fecha 18 de octubre de 2018.....	133-134
7.13	Respuesta de la Excelentísima Corte Suprema en carta de fecha 31 de julio de 2019.....	135

GLOSARIO

CA: Corte de Apelaciones

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

CIDH: Corte Interamericana de Derechos Humanos

Comisión: Comisión Nacional de Psiquiatría Forense

Constitución/CPR: Constitución Política de la República

Convención: Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad

CP: Código Penal

CPP: Código Procesal Penal

CS: Corte Suprema

DESC: Derechos Económicos, Sociales y Culturales

DIDH: Derecho Internacional de los Derechos Humanos

DPP: Defensoría Penal Pública

Estado: Estado de Chile

FONADIS: Fondo Nacional de la Discapacidad

Medidas: Medidas de seguridad

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

Pacto San José de Costa Rica: Convención Americana de Derechos Humanos

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Reglas de Tokio: Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas no Privativas de la Libertad

Reglas Mandela: Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos

SENADIS: Servicio Nacional de la Discapacidad

SML: Servicio Médico Legal

TC: Tribunal Constitucional

RESUMEN

El presente estudio que se presenta para obtener el grado de licenciada se centra en la eventual vulneración al derecho de protección a la salud de los enajenados mentales que se encuentran cumpliendo medidas de seguridad de internación en establecimientos psiquiátricos. El objeto del presente trabajo consiste en hacer un análisis crítico de las obligaciones que tiene el Estado frente a estos sujetos para resguardar su derecho, entendiendo que se encuentran en una situación de máxima vulnerabilidad. Dicho análisis será realizado a partir del estudio de la normativa nacional e internacional de los Derechos Humanos al respecto, así como de la información entregada por cada uno de los entes estatales y establecimientos psiquiátricos involucrados, en los roles de resguardo, promoción y vigilancia, que le compete a cada uno de ellos.

En razón de lo anterior es que, en primer lugar, se realiza una breve explicación de lo que son las medidas de seguridad y su aplicación en la actualidad, en particular de la medida de seguridad de internación, para luego explicar el marco regulatorio de los sujetos en situación de discapacidad que se encuentran en internación centrandó el análisis en el derecho a la protección de la salud y, finalizar, aplicando lo antes indicado, con el análisis crítico de las obligaciones que tiene el Estado en la materia que se está tratando, determinando si es que efectivamente cumple o no con dichas obligaciones y cómo lo hace, concluyéndose, si en Chile existe o no vulneración al derecho a la protección de la salud en los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación en establecimientos psiquiátricos.

1. Introducción

La comisión de un delito produce un quebrantamiento en el ordenamiento jurídico chileno, de tal entidad, que éste reacciona mediante la imposición de una pena o una medida de seguridad. La imposición de una u otra estará determinada por el sujeto que comete el delito, en particular, por su inimputabilidad o imputabilidad. De esta forma, cuando dichos ilícitos sean cometidos por personas en situación de demencia o que caigan en enajenación mental durante el juicio, se aplicará una medida de seguridad de internación o de custodia y tratamiento, y a contrario sensu cuando dichos delitos sean cometidos por personas que no se encuentran en dicha situación, se aplicaran penas.

La decisión de la aplicación de una u otra queda en manos del Juez de Garantía competente, para lo cual se valdrá de todos los medios necesarios para determinar la inimputabilidad del sujeto, cuando correspondiere. Para ello, va a requerir la asistencia de otros entes estatales, como lo es el Servicio Médico Legal, y así iremos viendo que, durante todo el procedimiento de aplicación y ejecución de las medidas de seguridad, en particular la de internación, se involucra a un gran número de agentes del Estado.

El cumplimiento de penas privativas de libertad y de medidas de seguridad de internación en establecimientos psiquiátricos, implican la restricción de una serie de derechos, además del derecho a la libertad, obviamente. La magnitud de dichas restricciones es una cuestión que en la práctica se enfrenta a la legislación interna y a los compromisos internacionales contraídos por el Estado de Chile.

Respecto de los sujetos que cumplen penas privativas de libertad se ha desarrollado una mayor discusión en torno a sus derechos, insuficiente aún, pero que ha permitido una visibilización de la problemática. Sin embargo, respecto de los sujetos enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación en establecimientos psiquiátricos, la discusión y la visibilización ha sido mucho menor respecto de los derechos que les corresponden.

De esta forma, la investigación que se emprende se centrará, precisamente, en los sujetos enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación en establecimientos psiquiátricos. Para ello, estableceremos el marco regulatorio de dichas medidas de seguridad, siendo el primer objetivo, determinar si la privación de libertad implica la afección de otros

derechos, en particular el derecho a la protección de salud y establecer, a la vez, si constituye una obligación para el Estado su resguardo.

A partir de lo anterior, el segundo objetivo será determinar el estado en que se encuentra el derecho a la protección de la salud de los enajenados mentales en el contexto de la ejecución de la medida de seguridad de internación en los cuatro centros psiquiátricos dispuestos para su cumplimiento en nuestro país, a partir, principalmente, de la información obtenida mediante requerimientos efectuados por Ley de Transparencia a los organismos que participan en la aplicación y ejecución de las medidas de seguridad.

Finalmente, y como tercer objetivo, analizaremos si el estado del derecho a la protección de salud de los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación en establecimientos psiquiátricos, en cuanto al cumplimiento de sus obligaciones y el correcto funcionamiento de todas las instituciones involucradas en la ejecución de dichas medidas, constituye o no una vulneración de derechos fundamentales.

2. Medidas de seguridad aplicadas a los inimputables por enajenación mental.

El mecanismo jurídico penal que establece nuestro sistema penal como respuesta al delito cometido por personas en situación de discapacidad mental, declaradas inimputables, son las medidas de seguridad. Al respecto, debemos señalar que la legislación penal no se refiere a personas en situación de discapacidad mental, sino de locos, dementes o enajenados mentales, por ello, en lo sucesivo, utilizaremos esa nomenclatura, a pesar de los reproches de los que pueden ser objeto dichos términos¹.

Lo primero que debemos establecer, es que el artículo 10 N°1 del Código Penal, dispone que el loco o demente y el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halla privado totalmente de razón, se encuentra exento de responsabilidad penal. Así, concurriendo dicha eximente, el loco o demente, que haya cometido un hecho típico y antijurídico, y que sea declarado inimputable, o que caiga en enajenación mental durante el procedimiento penal, será sujeto de la aplicación de una medida de seguridad, porque el derecho estima de tal entidad la afectación en las facultades mentales de la persona, que opta por la aplicación de un mecanismo jurídico diferente.

2.1. Evolución histórica del tratamiento de las medidas de seguridad en el ordenamiento jurídico nacional.

Las medidas de seguridad nacen en el ordenamiento jurídico nacional con la codificación penal del año 1874, en que se trataba de manera diferente al enajenado mental que cometía un delito y al sujeto que cometía un delito y, luego, presentaba una enajenación mental. En el primer caso, el enajenado mental criminal, está comprendido en el artículo 10 N°1 del Código Penal que establecía la reclusión en establecimientos destinados a enfermos mentales para el loco o demente que ejecutaba un crimen o incurría en reiteración de simples delitos; y, en caso de faltas

¹ Si bien las medidas de seguridad siempre han sido aplicables de manera coercitiva a sujetos enajenados mentales que cometen uno o más delitos, en un principio no era su único objetivo y estas Medidas eran aplicables a otras personas, basándose esencialmente en la protección de la seguridad y el orden.

El fundamento de la aplicación de las medidas de seguridad de internación ha presentado una evolución en el tiempo, pasando de un carácter predelictual a uno postdelictual.

En sus inicios, se contemplaban medidas de seguridad predelictuales, esto es, sin previo requisito de la comisión de un delito, y se contemplaba como único fundamento la peligrosidad incluso sin delito, lo que conllevaba en muchos casos la vulneración de garantías fundamentales. Por esta razón, con el paso de los años, se ha ido corrigiendo esta situación de modo tal que la aplicación de medidas de seguridad necesariamente -y en contraste con el requisito de culpabilidad para la aplicación de las penas- deban tener como fundamento la peligrosidad del sujeto sumada a la comisión de un delito y a su participación en él, es decir, ha pasado a establecerse el carácter postdelictual de la aplicación de medidas de seguridad.

o simple delito, ordenaba fianza de custodia encargada a la familia del loco o demente. En aquella época, se logró consensuar que por “loco o demente” se entendía la ausencia de razón, inconsciencia, incapacidad de dirigir sus actos y de prevenir sus consecuencias. En el segundo caso, el Código distinguía si el estado de locura o demencia se presentaba antes o después de pronunciada la sentencia, suspendiéndose, en el primer caso, la aplicación de pena cualquiera hasta que el sujeto recobre la razón; y, en el segundo caso, dependiendo de la pena aplicada, se va a trasladar al sujeto a un hospital destinado a locos o dementes, o se entregará bajo fianza de custodia a la familia, o se recluirán en hospital de insanos.

Luego, en el año 1906 con la dictación del Código de Procedimiento Penal, si bien se mantiene la línea del Código Penal comentada en el párrafo anterior, en el artículo 371 agrega un requisito esencial para determinar la enajenación mental de los sujetos, exigiendo que, ante la advertencia del juez sobre indicios de enajenación mental en el imputado, debe someterse a una pericia ya sea en el establecimiento donde estuviere detenido o en una casa de dementes si estuviere en libertad, la que determinará la lucidez del procesado al momento de cometer el delito, esto es, si actuó conscientemente, pudiendo configurarse los requisitos del delito, incluida obviamente la culpabilidad, o si bien su conducta se corresponde con la tipificación del delito, no puede establecerse la culpabilidad por encontrarse privado de razón.

En cuanto a la demencia sobreviniente, hace la distinción entre enajenación mental sobreviniente después de cometido el delito, estableciendo que en este caso debe dictarse el sobreseimiento de la causa- sobreseimiento que será parcial si hay más imputados- y, si la demencia sobreviene luego de pronunciada la sentencia, se mantiene lo establecido en el Código Penal, distinguiendo en relación a la pena aplicada, se va a trasladar al sujeto a un hospital destinado a locos o dementes, o se entregará bajo fianza de custodia a la familia, o se recluirán en hospital de insanos.

Posteriormente, con fecha 4 de octubre de 1954 se publica la Ley N° 11.625 que fija disposiciones sobre los estados antisociales y establece medidas de seguridad. Esta ley modifica el fundamento de la aplicación de las medidas de seguridad. De ella, se desprende que dichas medidas estaban dirigidas a personas que la misma ley catalogaba como “antisociales”, refiriéndose a cesantes, mendigos, ebrios, drogadictos, a quienes se dedicaban a explotar oficios o profesiones innobles y a los delincuentes habituales. Las medidas de seguridad con las que se

sancionaban a esos “antisociales” tenían un fin evidentemente preventivo y tenía que ver con, por ejemplo, la internación en casas de trabajo, en clínicas de rehabilitación, multas, cauciones, etcétera. Lo importante de esto, es que se aplicaban medidas de seguridad a personas que son, hoy, plenamente capaces para responder penalmente por sus actos, que pueden discernir y entender que ciertas conductas que ellos ejecutan son constitutivas de delito y, por ende, las ejecutan con plena consciencia de las consecuencias de sus actos. La particularidad en el establecimiento de esta ley, relacionada con su fin preventivo, es que esa peligrosidad se medía aun cuando existiera peligrosidad sin delito, es decir, se aplicaban medidas de seguridad a determinadas personas por la categoría a la que pertenecían, antisociales, y no porque efectivamente hubiesen ejecutado algún acto u omisión típico y antijurídico.

En junio del año 1994, la Ley N° 19.313 viene a derogar todo el capítulo referente a la determinación de los antisociales y al establecimiento de las medidas de seguridad, quedando vigente solamente aquello referente a medidas de seguridad y enajenados mentales, que contenían tanto el Código Penal como el Código de Procedimiento Penal.

Ya en el año 1989, entra en vigencia la Ley N° 18.857 que vino a modificar el Código de Procedimiento Penal, creando de manera definitiva un Libro especialmente dedicado al tratamiento penal del inimputable por enajenación mental y las medidas de seguridad y protección aplicables. Estableció una serie de modificaciones relevantes para la aplicación de medidas de seguridad, entre las cuales cabe destacar aquella que hace la distinción entre el loco o demente peligroso o no peligroso y el curable e incurable. Y, respecto de esto último, es que se señala expresamente que en el informe pericial que se realiza a los enajenados mentales, deberá constar la situación del procesado en cuanto a su peligrosidad y a su posibilidad de recuperación, criterio que será clave en la determinación de si corresponderá la aplicación de una medida de seguridad y qué medida en particular sería la más idónea para cada caso.

Las medidas de seguridad están reguladas actualmente en nuestro ordenamiento jurídico, en cuanto a su aplicación y ejecución respecto de los enajenados mentales, en el Código Procesal Penal, en el Título VII, Libro cuarto, titulado “Procedimiento para la aplicación exclusiva de medidas de seguridad” y en el Título VIII, párrafo Cuarto del mismo libro, que regula la

ejecución de estas medidas². Así, el artículo 455 del Código Procesal Penal³ establece los presupuestos para que concurra la aplicación de una medida de seguridad sobre un enajenado mental que comete un delito. Esta disposición procedimental, establece que, para la aplicación de una medida de seguridad, se requiere de tres elementos fundamentales:

1. Que se encuentre comprobada la comisión del hecho tipificado por la ley como delito, es decir, que estemos ante la comisión de un hecho típico y antijurídico, prescindiendo del elemento de culpabilidad;
2. La participación del sujeto en la comisión del delito; y,
3. Que existan antecedentes calificados y suficientes para presumir que el sujeto enajenado mental configura un peligro para sí mismo o para terceros.

Respecto de este último, la peligrosidad, a pesar de que se desarrollará más adelante, es importante tener presente desde ya, que dicho elemento viene a ser una especie de reemplazo del elemento de la culpabilidad y que, será determinado mediante un juicio, para lo cual el juez debe tener a la vista los antecedentes que van a establecer si el sujeto enajenado mental atentará contra sí mismo o contra otros. Al respecto, el profesor Garrido Montt, nos dice que “la pena es *retribución* por el hecho típico y se regula por la *culpabilidad*; la medida de seguridad es la respuesta a la *peligrosidad* de un sujeto y se regula por la probabilidad de que cometa un *delito*”⁴.

2.2. Naturaleza jurídica de las medidas de seguridad aplicada a inimputables.

Las medidas de seguridad pueden definirse como la privación o restricción de bienes jurídicos aplicadas en función de la peligrosidad del sujeto que ha cometido un hecho definido en la ley como delito, orientadas a la prevención especial y aplicadas por órganos jurisdiccionales.

La doctrina, entre ellos, el Profesor Garrido Montt, las ha definido como “medida de seguridad es la que puede imponer un tribunal en los casos prescritos por la ley, y que consiste

² Finalmente, y ya con la publicación del Código Procesal Penal el 12 de octubre del año 2000, se consagra el carácter postdelictual de la aplicación de medidas de seguridad a enajenados mentales.

³ De esta forma, la regulación procedimental de las medidas queda sujeta al Código Procesal Penal, sin que se encuentre consagrada a nivel constitucional o en el Código Penal, pese a la afectación de derechos fundamentales que implica su aplicación.

⁴ Garrido Montt, M. (2007). *Derecho Penal Parte General*. Tomo I. Santiago: Editorial Jurídica, p. 346.

en la ‘privación de bienes jurídicos, que tiene como fin evitar la comisión de delitos y que se aplica en función del sujeto peligroso y se orienta a la prevención especial’ (Landrove Díaz, Gerardo, *Las consecuencias jurídicas del delito*, p. 169.)”⁵. El profesor Enrique Cury, las define como aquellas que “constituyen una irrupción en los derechos de la persona, destinada al logro de finalidades de prevención especial, esto es, a la resocialización del sujeto peligroso, cuando sea posible, o a su aseguramiento en los demás casos”⁶. También han sido definidas como aquellas medidas que, “nacén con la finalidad por una parte de corregir y por otra de anular el riesgo que determinadas personas representan”⁷. Por ello, se van a aplicar con el objeto tanto de resguardar la seguridad de la sociedad, así como de velar por la rehabilitación del enajenado mental.

Las medidas de seguridad vienen a actuar paralelamente a las penas⁸, pues son reacciones del ordenamiento jurídico frente a la comisión de un delito, con la distinción de que las personas a quienes se aplican medidas de seguridad, no son sujetos a quienes, ante una conducta delictual, puedan aplicarse penas debido a que en su actuar falta el elemento de la culpabilidad para poder tipificar las conductas constitutivas de delito, ya que no es posible que practiquen un juicio de discernimiento debido a su enajenación mental.

Al respecto, el Profesor Garrido Montt señala que “de consiguiente, han de someterse a los principios de intervención mínima y de legalidad que rigen el sistema penal. Corresponde aplicar pena o medida de seguridad, una u otra separadamente y no en conjunto, porque ambas tienen el carácter y producen los efectos de una sanción; en todo caso, debe preferirse la imposición de una pena antes que una medida, por cuanto su naturaleza y duración están establecidas en la ley y determinadas por una sentencia, y se impone por un hecho realizado y no sólo por el juicio de valor que merece una persona, como sucede con la medida. De aplicarse ambas, deberán cumplirse de modo simultáneo, si es posible y siempre que la finalidad de la medida no se desvirtúe.”⁹. En este sentido, el profesor Cury señala que “El punto de vista debe ser el ‘principio de la menor intervención posible’, en virtud del cual ha de procurarse que ésta

⁵ Garrido Montt, M. (2007). *Derecho Penal Parte General*. Tomo I. Santiago: Editorial Jurídica, p. 344.

⁶ Cury Urzúa, E. (2011). *Derecho Penal: Parte General*. Santiago: Editorial Jurídica, p.775.

⁷ Fernández Moraga, R. (2015). *Las medidas de seguridad. Algunos aspectos relevantes*. Revista Jurídica del Ministerio Público, N° 65, p.206.

⁸ La medida de seguridad es una de las posibles respuestas que el ordenamiento jurídico-penal ofrece como mecanismo de control social, por ello se la sitúa en un plano paralelo a la pena, pero no cabe confundirla.

⁹ Garrido Montt, M. (2007). *Derecho Penal Parte General*. Tomo I. Santiago: Editorial Jurídica, p. 348.

sea siempre la estrictamente indispensable. De acuerdo con ello, siempre que sea viable debe prescindirse de toda reacción penal, cuando no lo es, debe preferirse aquella que implica el empleo efectivo de un solo recurso (monismo relativo), y siempre de aquel que importe una intromisión menos intensa en la esfera de los derechos del afectado; por último, sólo cuando sea inevitable ha de echarse mano de los dos (pena y medida), haciendo del dualismo un sistema de última ratio.”¹⁰. Y agrega luego que “si puede también atenderse a la resocialización del sujeto durante el término de ejecución de la pena, debe prescindirse de la medida, la cual ha de reservarse únicamente para aquellos casos en los cuales no es procedente la imposición de pena o en que, debido a la considerable peligrosidad del sujeto, no se puede someterlo a un tratamiento eficaz dentro del período de cumplimiento de la pena”¹¹.

El requisito de la culpabilidad se reemplazará, de cierto modo, con el de la peligrosidad¹² del sujeto y es con este criterio que se va a determinar cuándo y qué medidas de seguridad son aplicables en cada caso, siempre resguardando tanto la seguridad personal del individuo enajenado mental, como la seguridad de la sociedad y también buscando, finalmente, la recuperación o rehabilitación del sujeto, cuando sea posible. Así, es dable entender la comisión previa de un delito como un indicio de peligrosidad que, sumado a otros antecedentes calificados y discutidos en juicio, concederán la legitimidad al consiguiente proceder, privando o restringiendo los derechos del enajenado mental mediante la aplicación de medidas de seguridad.

2.3 Normas que rigen las medidas de seguridad.

Las medidas de seguridad, su aplicación y ejecución, se encuentran reguladas en el Código Procesal Penal, que en sus artículos 455 al 465 determina que a los enajenados mentales que cometen delitos o a aquellos que caen en enajenación mental luego de cometido el delito y antes de la dictación de la sentencia, o incluso posterior a su dictación, se les aplicarán medidas de seguridad, las que van a ser diferentes dependiendo del delito que hayan cometido- crimen, simple delito o falta- y, principalmente, de la peligrosidad del sujeto¹³. El Código Procesal Penal vino a establecer una serie de garantías básicas al procedimiento aplicable a los inimputables

¹⁰ Cury Urzúa, E. (2011). *Derecho Penal: Parte General*. Santiago: Editorial Jurídica, p.777.

¹¹ Cury Urzúa, E. (2011). *Derecho Penal: Parte General*. Santiago: Editorial Jurídica, p.778.

¹² La exigencia de la comisión de un delito por parte del enajenado mental, no implica que el fundamento de la medida deje de ser la peligrosidad.

¹³ Peligrosidad entendida como la probabilidad de que una persona cometa un hecho contrario al orden social.

por enajenación mental, entre las cuales se encuentran aquellas en que se exigirá la acreditación de haber cometido un ilícito, el derecho a defensa, la limitación del tiempo de aplicación de medida de seguridad respecto de la pena aplicable al delito, y el establecimiento de un control judicial a la aplicación de estas medidas.

Asimismo, es fácil desprender que en el Código Procesal Penal se consagran ciertos principios respecto de la aplicación de medidas de seguridad, los cuales resguardan las garantías fundamentales de los enajenados mentales que cometen delitos, y contienen implícitamente los principios de inocencia, legalidad, provisionalidad y proporcionalidad.

2.4 Principios generales atinentes a la aplicación de medidas de seguridad sobre enajenados mentales.

Las medidas de seguridad configuran una limitación a la libertad del individuo enajenado mental, por ello será necesario el resguardo de sus garantías fundamentales. En concordancia con lo anterior se vislumbran cuatro principios fundamentales¹⁴: Principio de inocencia, principio de legalidad, principio de provisionalidad y principio de proporcionalidad.

i. El principio de inocencia. Este tiene un contenido similar al principio de inocencia relativo a la aplicación de penas a personas imputables. Así, su alcance tiene dos dimensiones: primero, en cuanto a la carga probatoria, pues es el ente persecutor el que debe probar la participación del enajenado mental en la comisión del delito; y, segundo, el tribunal determinará la responsabilidad del sujeto acusado por medio de la sentencia que ordene la aplicación de una medida de seguridad, para lo cual el tribunal debe llegar a la convicción de que el sujeto enajenado mental fue responsable de la comisión del delito, más allá de que no pueda establecerse el elemento de la culpabilidad debido a la condición de enajenación mental del sujeto. Y es aquí donde cabe una diferencia relevante, pues en el caso de los enajenados mentales, si bien sigue siendo necesario que concurra la comisión de un hecho típico y antijurídico, y su probada participación en la comisión del delito, se elimina el elemento de culpabilidad, siendo el elemento de la peligrosidad el que va a considerarse para la aplicación de una medida de seguridad.

¹⁴ Relativos también a la aplicación de penas.

ii. Principio de legalidad. Este principio consiste en la necesidad de que tanto las medidas de seguridad a aplicar, como las conductas sancionables, estén previamente establecidas y tipificadas en la ley vigente al momento de la comisión del delito o de dictarse la sentencia respectiva¹⁵.

Este principio de legalidad tiene tres aristas principales, dependiendo del bien específico que garantice:

a) Criminal. Tiene asidero en los artículos 1° y 18 del Código Penal y en los artículos 1°, 455 y 457 del Código Procesal Penal. “Nullum crimen sine previa lege”, este aforismo latín viene a reforzar lo ya señalado, respecto de que no puede aplicarse una medida de seguridad que no esté previamente establecida y la conducta castigada tipificada ex ante en la ley.

b) Jurisdiccional. Requiere necesariamente de la dictación previa de una sentencia firme del juez competente para la aplicación de medidas de seguridad, y que esa sentencia debe ajustarse a derecho, es decir, debe ser acorde lo prescrito por las leyes y reglamentos vigentes aplicables al caso en particular. Esta garantía se encuentra resguardada en el artículo 1° del Código Procesal Penal.

c) Ejecución. La ejecución de las medidas de seguridad está entregada al control de los tribunales competentes, establecido de esta forma en el artículo 481 del Código Procesal Penal.

iii. Principio de provisionalidad. Este principio viene a dar respuesta a la finalidad preventiva especial de las medidas de seguridad. Esto es que las medidas de seguridad serán necesarias mientras se mantenga la situación de peligrosidad del sujeto enajenado mental, peligrosidad que constituye el fundamento de la aplicación de estas medidas.

En este sentido, el mismo artículo 481 del Código Procesal Penal, establece en su inciso primero que “Las medidas de seguridad impuestas al enajenado mental sólo podrán durar mientras subsistieren las condiciones que las hubieren hecho necesarias, y en ningún caso podrán extenderse más allá de la sanción restrictiva o privativa de libertad que hubiere podido imponérsele o del tiempo que correspondiere a la pena mínima probable, el que será señalado

¹⁵ Esto considerando adicionalmente el principio pro reo. El principio pro reo constituye una excepción al principio de irretroactividad de la ley y consiste en que, ante la entrada en vigencia de una nueva ley que aplicable a un caso en particular, previa sentencia, sea menos restrictiva que la ley actual, se aplicará la ley que más beneficie al imputado.

por el tribunal en su fallo.” Esta disposición viene a fortalecer la idea de que las medidas de seguridad, en cuanto a su aplicación, se basan en la peligrosidad del sujeto, de modo que su aplicación debe finalizar cuando la peligrosidad desaparezca.

iv. Principio de proporcionalidad. La proporcionalidad configura un criterio prudencial en la aplicación de las medidas de seguridad. No puede determinarse previamente la duración del tratamiento que va a requerir cada sujeto en condición de enajenación mental para superar su peligrosidad, razón por la cual, teóricamente, la duración de las medidas de seguridad debiera ser indeterminada. Sin embargo, esta situación presenta un grave problema de justicia, pues pondría en una situación de mejor resguardo de derechos al sujeto que, ante la comisión de los mismos hechos, fuese imputable debido a que la pena tendrá una extensión de tiempo determinada en su aplicación, correspondiente con la culpabilidad, en cambio, al inimputable, no le pondría límites más que su mejora en cuanto a eliminación del elemento de peligrosidad, cuestión que bien podría no pasar nunca. En este sentido, la aplicación de la medida de seguridad por tiempo indeterminado colisiona directamente con el principio general de certeza jurídica¹⁶, dejando en una situación notoriamente desventajosa al sujeto inimputable frente al imputable, ante la realización del mismo delito.

El principio de proporcionalidad significa una relación directa entre el hecho y la consecuencia jurídica asociada, esto contempla el tipo de medida de seguridad adoptada en contra del inimputable enajenado mental y su duración.

Debiera, entonces, para determinar la duración de la medida, estarse a una ponderación entre la peligrosidad manifestada en el juicio respectivo y los bienes jurídicos afectados con la aplicación de la medida. En este sentido, el artículo 481 del Código Procesal Penal, en su inciso primero, viene a limitar la duración de las medidas de seguridad, teniendo como tiempo máximo la duración de la pena mínima aplicable al sujeto imputable que cometiera el mismo delito. Este artículo se aplica en concordancia con el artículo 457 del mismo Código, que señala que la medida de seguridad aplicable será de acuerdo con la gravedad del caso en particular. La aplicación conjunta de ambas disposiciones resguarda la seguridad jurídica, toda vez que se

¹⁶ El principio de certeza jurídica tiene directa relación con los principios de razonabilidad y proporcionalidad en la delimitación que la ley imponga a la aplicación, en este caso, de penas o medidas de seguridad (sin entenderlas como sustitutivas una de otra).

acerca a un límite legal en la imposición de medidas de seguridad que dicen relación, en su duración, a la extensión de tiempo que tendría un tratamiento normal para un enajenado mental.

2.5 Clasificación de las medidas de seguridad

La doctrina nacional e internacional distingue entre las medidas de seguridad predelictuales y postdelictuales, cuyo criterio de clasificación es la concurrencia de la previa comisión o no de un delito.

Las medidas predelictuales, buscan el resguardo de la seguridad de la sociedad basada simplemente en la peligrosidad del sujeto y no en la ejecución de una conducta típica y antijurídica por parte del enajenado mental, es decir, su aplicación procede por el solo hecho de encontrarse el sujeto privado de razón, no porque haya cometido un delito. Respecto de las medidas de seguridad postdelictuales, serán impuestas después y a causa de la comisión del delito, previo proceso judicial.

Respecto de esta clasificación, nuestro ordenamiento jurídico penal no contempla medidas de seguridad predelictuales, de forma que se requerirá necesariamente la comisión de un delito por parte del sujeto peligroso, esta circunstancia no significa que el fundamento de la medida deje de ser la peligrosidad, sino que, se relaciona más bien con los principios mencionados anteriormente, las garantías fundamentales del enajenado mental y la búsqueda de la seguridad jurídica.

Así, para que concurra la aplicación de una medida de seguridad, deben estar presentes estos tres elementos: el sujeto se hallare en estado de demencia o cayere en estado de enajenación mental durante el procedimiento; existencia del delito; y, participación efectiva en el hecho ilícito.

En tanto, el artículo 457 del Código Procesal Penal dispone claramente dos tipos de medidas de seguridad, que pueden clasificarse evidentemente, de acuerdo con la doctrina, como medidas de seguridad privativas de libertad y no privativas de libertad.

Respecto de las primeras, aquellas privativas de libertad, se refiere a la medida de internación en un establecimiento psiquiátrico. El sujeto enajenado mental, será internado, según lo disponga la sentencia respectiva, en un establecimiento psiquiátrico, en una institución especializada o bien, en un recinto especial habilitado en el hospital público más cercano. Y,

respecto de las medidas de seguridad no privativas de libertad, señala la custodia y tratamiento, referida a la situación en que el enajenado mental es entregado a un familiar, a su guardador o a una institución pública o privada de beneficencia, socorro o caridad, que se encargará de su seguridad y tratamiento.

Es notorio, atendido el grado de afectación a los derechos del enajenado mental, que puede desprenderse que la medida de seguridad de internación es más grave que la de custodia y tratamiento, toda vez que la medida de seguridad de internación implica una privación total de libertad, símil al encarcelado, pero sobre el cual además se adoptan medidas respecto de su salud que no necesariamente cuentan con el consentimiento del enajenado mental ni de su familia.

Serán los jueces mediante la sentencia, en cada caso, los que establecerán las condiciones de cumplimiento de la medida de seguridad, tanto en la forma como en la duración. Es de suponer que, debido a la condición de inimputables que los hace ser sujetos de aplicación de medidas de seguridad, distintas de las penas, los sujetos enajenados mentales no pueden ser internados en establecimientos carcelarios. Es más, si la persona se encuentra privada de libertad en uno de estos establecimientos, cuando cae en enajenación mental, debe ser trasladada a una institución especializada, en el caso ideal, o bien, se habilitará un recinto especial en el hospital público más cercano, de la forma que prescribe la ley.

Es precisamente en torno a esta última clasificación, que se desarrollará la presente investigación.

De esta forma, en lo sucesivo nos referiremos exclusivamente a medidas de seguridad de internación (en adelante, indistintamente, “Medidas”) aplicadas por sentencia judicial a enajenados mentales que cometen delitos o que caen en enajenación mental durante el juicio.

3. Medida de seguridad de internación aplicada a los inimputables por enajenación mental.

La medida de seguridad de internación es aquella que cumplen los sujetos enajenados mentales cuya participación en un hecho típico y antijurídico ha sido probada, y que debido a su “enfermedad requieren de una supervisión permanente y tratamiento farmacológico periódico”¹⁷. Para la aplicación de estas Medidas, deben cumplirse los requisitos específicos que establece el Código Procesal Penal, en su Libro IV.

3.1 Requisitos para la aplicación de medidas de seguridad.

3.1.1 Hecho típico y antijurídico.

En la fase objetiva, el artículo 455 del Código Procesal Penal establece como requisitos que exista un hecho, el que debe estar tipificado como delito, y que haya participación del imputado enajenado mental en la comisión de dicho delito.

3.1.2 Inimputabilidad: enajenado mental.

Es redundante, pero no por ello menos necesario mencionar como requisito que el sujeto que comete el delito debe estar en situación de demencia o enajenación mental, ya sea al momento de cometer el delito, o bien, puede caer en enajenación mental durante el procedimiento o, incluso, luego de condenado.

3.1.3 Peligrosidad.

En la fase subjetiva, el mismo artículo 455 antes señalado, exige que haya un pronóstico o juicio de peligrosidad. La jurisprudencia nacional entiende este juicio de peligrosidad “como la posibilidad de que, como consecuencia de un cierto estado del autor, sean de esperar de él hechos antijurídicos relevantes, que sean nocivos para la generalidad”¹⁸. Para lograr que el juez logre la convicción necesaria para dictaminar la aplicación de una medida de seguridad de internación, es necesario que ese juicio de peligrosidad esté fundamentado en un diagnóstico del acusado, que se indique la patología constatada, se señale su variabilidad y progresividad, y el riesgo que representa para sí y para terceros.

¹⁷ SCA de Talca de 22 de julio de 2011, ROL 246-2011, considerando quinto

¹⁸ SCS de 18 de abril de 2013, ROL 1079-2013, considerando octavo.

Luego, se hace necesario desarrollar en qué consiste la peligrosidad, toda vez que constituye el elemento esencial de la aplicación de medidas de seguridad. La peligrosidad la vamos a entender como la “probabilidad concreta”¹⁹ de que un sujeto cometa un delito. Esta probabilidad concreta dice relación con la concurrencia de dos elementos: uno) es la probabilidad real y definida, no es una sospecha del juez, de que el sujeto pueda ejecutar determinada acción y omisión; dos) la conducta del sujeto encuadra en la tipificación de algún delito (cabe entender esto siempre considerando que no existe el elemento de la culpabilidad para poder aplicar una pena, ya que el sujeto es inimputable). Para la determinación del segundo elemento, se debe considerar la distinción entre dos tipos de peligrosidad: la peligrosidad social y la peligrosidad criminal. La peligrosidad social, se entiende como “la probabilidad, en elocuentes palabras de Cerezo, de que un individuo llegue a ser o sea ya un marginado, un parásito, molesto para la convivencia social y que sea por tanto un asocial, aunque no suele cometer delitos propiamente tales”²⁰. Y, la peligrosidad criminal es la que persigue nuestro ordenamiento jurídico con la aplicación de medidas de seguridad, es aquella probabilidad cierta de cometer un delito.

La peligrosidad se va a entender en dos aspectos, uno predelictual que consistiría en el peligro de cometer un delito; y la peligrosidad postdelictual, que consistiría en el peligro de que un sujeto que ya cometió un delito, reincida.

Así, si bien el sujeto no es consciente de que sus conductas son constitutivas de delito, su actuar sigue significando un gran riesgo para sí mismo o para el resto de la sociedad.

El Código Procesal Penal viene a recoger el fundamento de la aplicación en un sentido bastante poco concreto, que es el siguiente: la probabilidad que tiene el inimputable enajenado mental en ejecutar una conducta que afectare a sí mismo o a terceros. Esta probabilidad se va a determinar básicamente, no existiendo criterios establecidos, con el informe pericial psiquiátrico que se le hubiese practicado al enajenado mental, a petición del juez de garantía. El informe pericial tiene como finalidad concluir dos ítems principales: la peligrosidad del sujeto y la posibilidad de recuperación. Sin embargo, también debe contener un diagnóstico psiquiátrico, establecerá la relación entre el trastorno mental que sufre el sujeto y el hecho punible, la relación

¹⁹ Horvitz Lennon, M. y López Masle, J. (2004). *Derecho Procesal Penal Chileno*. Santiago: Editorial Jurídica, p.556.

²⁰ Falcone Salas, D. (2007). Una mirada crítica a la regulación de las medidas de seguridad en Chile. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, Segundo Semestre, N° XXIX, p.242.

entre el trastorno mental y posibles conductas delictuales futuras. Luego, el perito, para poder redactar el informe va a tener en consideración lo siguiente: la patología del sujeto, las máximas de la experiencia y sus conocimientos científicamente afianzados. De este modo queda claro que el informe pericial es un informe subjetivo que dirá relación con la opinión experta del perito y que, si bien es vinculante en el juicio, seguirá quedando a criterio del juez de garantía la determinación judicial de la enajenación mental. La jurisprudencia nacional se ha referido en este sentido en cuanto a la concurrencia de la aplicación de medidas de seguridad, señalando que “si bien es cierto que en materias como la presente, la opinión de un perito médico de la especialidad correspondiente constituye un antecedente relevante a la hora de pronunciarse acerca de la pertinencia de la aplicación de una medida de seguridad respecto de un imputado enajenado mental, por cierto que no es lo único, y el fallo que se pronuncie sobre el particular no puede girar, fundamentalmente, acerca de la completitud de contenido de sus dichos y afirmaciones, pues de así procederse, se corre riesgo que el ejercicio de la función jurisdiccional, atributo y deber exclusivo y excluyente del órgano investido constitucional y legalmente para ello, se entienda delegado en profesionales de ciencias diversas a la jurídica”²¹.

La finalidad de la aplicación de medidas de seguridad, en virtud de la peligrosidad, consiste en lograr un tratamiento exitoso, de modo tal que se elimine la peligrosidad del sujeto y que su reinserción en la sociedad no constituya un peligro para sí mismo ni para con terceros.

Los tres requisitos anteriores son los únicos necesarios para que el Juez de Garantía respectivo determine la concurrencia o no de la aplicación de una medida de seguridad. Aun cuando, como resultado del juicio, el imputado enajenado mental sea absuelto debido a su inimputabilidad, el Código Procesal Penal, en su artículo 463 letra c), permite imponer una medida de seguridad al acusado, habiéndose constatado la existencia y participación en un hecho típico y antijurídico²².

²¹ SCA de Talca de 17 de agosto de 2007, ROL 380-2007, considerando octavo.

²² En este sentido, SCS de 16 de junio de 2006, ROL 486-2006.

3.2 Garantías de los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación.

3.2.1 Derecho a defensa del imputado enajenado mental.

De conformidad con la norma constitucional que resguarda el debido proceso en el artículo 19 N° 3²³, consta, evidentemente, la consagración del derecho a defensa también, y, sobre todo, al tratarse de imputados enajenados mentales. En este sentido, el artículo 459 del Código Procesal Penal establece la obligatoriedad de la designación de un curador ad litem al encontrarse ante el supuesto de existir antecedentes acerca de la enajenación mental del imputado, toda vez que nuestra Constitución lo que protege y consagra es el adecuado ejercicio del derecho a defensa, y habido el caso de una probable enajenación mental, el imputado no estaría en condiciones de entender ni razonar respecto del hecho que hubiere cometido, menos de sus probables consecuencias jurídicas. En este mismo sentido, la necesidad de la designación del curador ad litem, se entiende por la calidad de “incapaz” que sustenta el sujeto enajenado mental -efectiva o probable-, de manera tal que con su designación se busca garantizar su protección y custodia, lo que implica la protección y custodia tanto de los derechos que le corresponden como persona como sobre sus bienes.²⁴

El imputado enajenado mental está en una evidente situación de vulnerabilidad al no poder ser parte del proceso comunicacional en que consiste el procedimiento penal, a través de la serie de audiencias que son parte de cada juicio. Por esto, el correcto resguardo del debido proceso, en atención a la protección de los derechos del imputado enajenado mental, implicaría que la interpretación del artículo 458 del Código Procesal Penal, no pudiera ser otra más que, ante indicios o antecedentes suficientes que hicieren parecer que el imputado está en situación de enajenación mental, el Juez de Garantía competente debe suspender el procedimiento hasta la obtención del informe pericial que confirme la enajenación mental y con ello, pueda reanudar el procedimiento designando a un curador ad litem que proteja los derechos del enajenado mental, a fin de continuar con el proceso para poder fallar, según corresponda, declarando el

²³ Artículo 19 n°3, incisos 3 y 4: “La ley arbitrará los medios para otorgar asesoramiento y defensa jurídica a quienes no puedan procurárselos por sí mismos. La ley señalará los casos y establecerá la forma en que las personas naturales víctimas de delitos dispondrán de asesoría y defensa jurídica gratuitas, a efecto de ejercer la acción penal reconocida por esta Constitución y las leyes. Toda persona imputada de delito tiene derecho irrenunciable a ser asistida por un abogado defensor proporcionado por el Estado si no nombrare uno en la oportunidad establecida por la ley.”

²⁴ Horvitz Lennon, M. (2008). El tratamiento del inimputable enajenado mental en el proceso penal chileno. *Revista Estudios de la Justicia*, N° 10, p.119.

sobreseimiento, o bien, la absolución en conjunto con la aplicación de una medida de seguridad, si es que la considera necesaria y sea la más adecuada en cada caso.

Es discutido si el curador ad litem que designe el juez de garantía puede ser la misma persona que su defensor, por la independencia de los roles que tendría el curador ad litem versus los de defensor. La doctrina ha señalado que puede tratarse de personas distintas, sin establecer la obligatoriedad de que lo sean, sino más bien, lo expresa así en una forma de señalar que, al tratarse de personas distintas, sería una suerte de doble protección al sujeto imputado enajenado mental.²⁵ Sin embargo, ya en el 2009, la Corte Suprema dejaba establecido que no habría inconveniente en que ambas calidades recaigan en una misma persona, pues “(...) es perfectamente posible que sean ejercidas ambas aptitudes por la misma persona, ya que por un lado la curatela vela por la protección y custodia de la persona o bienes del inimputable, lo que en modo alguno afecta la actuación del defensor técnico en lo que atañe a su representación y defensa jurídica, por lo que se trata de aspectos diferentes, de tal forma que el requerido en ningún momento dejó de tener defensor ni curador.”²⁶ De este modo, podemos concluir que cualquier inconveniente planteado al respecto diría más relación con la capacidad personal y profesional del abogado o abogada de actuar conforme a todas las atribuciones y deberes que le corresponderían por tener ambas calidades, que con una cuestión formal, pues mientras se resguarden los derechos del imputado enajenado mental, no hay problema con que ambas calidades recaigan en una misma persona.

3.2.2 Duración y control de la medida de seguridad de internación.

La duración de las medidas de seguridad se establece conforme a los principios de necesidad²⁷ y proporcionalidad. El inciso primero del artículo 481 del Código Procesal Penal expresa, básicamente, tres criterios para determinar la duración de las medidas de seguridad aplicadas en cada caso: 1) sólo podrán durar mientras subsistan las condiciones que las hayan hecho necesarias; 2) en ningún caso podrán extenderse más allá de la sanción restrictiva o privativa de libertad que hubiere podido imponérsele si se tratase de persona imputable, la que será indicada siempre por el juez de garantía competente en su fallo; y, 3) no podrán durar más

²⁵ Horvitz Lennon, M. (2008). El tratamiento del inimputable enajenado mental en el proceso penal chileno. *Revista Estudios de la Justicia*, N° 10, p.119.

²⁶ SCS de 20 de octubre de 2009, Rol 5203-2009, considerando decimoquinto.

²⁷ El principio de necesidad consiste en que la medida de seguridad aplicada a cada caso no puede exceder el tiempo necesario para prevenir la peligrosidad.

del tiempo que corresponda a la pena mínima probable. Es decir, no puede superar el mínimo de la pena aplicable al mismo delito, cuando correspondiere y el sujeto fuese imputable.

Entonces, alcanzado cualquiera de los tres límites señalados en la norma expresa -no subsistencia de las condiciones que la hubieren hecho necesaria, extinción de la pena aplicable o de la pena probable- se podrá poner término a las medidas de seguridad²⁸.

La Ley plantea un mecanismo de control respecto de las condiciones en que se cumple la medida de seguridad privativa de libertad. Esta consiste en que impone al Ministerio Público la obligación de inspeccionar cada seis meses los establecimientos psiquiátricos o instituciones donde se encuentren internados o se hallen cumpliendo un tratamiento enajenados mentales. Realizada la inspección, el Ministerio Público debe informar del resultado al juez de garantía y solicitarle la adopción de las medidas que fueren necesarias para poner remedio a todo error, abuso o deficiencias que observe en la ejecución de la medida de seguridad, pudiendo siempre recabar cualquier informe que estime necesario para decidir sobre la continuación, modificación o cesación de las condiciones en que se está ejecutando la medida de seguridad establecida. El juez de garantía, ejerciendo el control jurisdiccional, deberá adoptar las providencias necesarias para corregir todos los vicios en que se pudieran haber incurrido por autoridades o por cualquier persona durante la ejecución de la medida de seguridad²⁹ y citar a una audiencia al Ministerio Público, según lo establece el artículo 481 del Código Procesal Penal, en sus incisos tercero al sexto, pudiendo decretar la modificación o suspensión de la medida de seguridad.

3.3 Procedimiento para aplicar las medidas de seguridad.

3.3.1 Enajenado mental al momento de la comisión del delito.

El procedimiento para aplicar medidas de seguridad a enajenados mentales en nuestro ordenamiento jurídico, se encuentra establecido en el Título VII del Libro cuarto - la supletoriedad está en el Libro II- del Código Procesal Penal. Respecto del sujeto enajenado mental, si aparecen antecedentes que permitan presumir su inimputabilidad por enajenación mental se pedirá informe pericial psiquiátrico y se suspenderá el procedimiento hasta que se

²⁸ Hermosilla Arriagada, G. (2004). *Nuevo Procedimiento Penal: Procedimientos especiales; medidas de seguridad; recursos*. Tomo V. Santiago: Editorial Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales Universidad Central de Chile, p.48.

²⁹ Hermosilla Arriagada, G. (2004). *Nuevo Procedimiento Penal: Procedimientos especiales; medidas de seguridad; recursos*. Tomo V. Santiago: Editorial Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales Universidad Central de Chile, p.31.

remitiere dicho informe que será concluyente para que el Juez tome una decisión. Este informe puede ser solicitado a petición de parte, por el Ministerio Público o de oficio por el juez de garantía, “la intervención de oficio del juez de garantía en este caso no es objetable, pues no se trata de una diligencia encaminada a fundar la imputación penal, sino a establecer eventualmente una causa de exclusión de la responsabilidad criminal, así como los presupuestos de un procedimiento más garantista para el imputado”³⁰. Los antecedentes calificados a que hace referencia el artículo 455 del Código Procesal Penal, no están tipificados ni tienen un límite establecido, de modo que pueden ser desde algún informe médico previo que dé cuenta de la evidente enajenación mental, o bien, pueden ser las conductas del sujeto, como, por ejemplo, un comportamiento extraño al ser entrevistado, la evidente falta de memoria o de conciencia de los actos cometidos, la incoherencia en su relato o el absurdo en el mismo.

Esta última materia es discutida en la doctrina y jurisprudencia nacional, debido a que, por una parte, se tiende a pensar que es el informe psiquiátrico el que otorgaría un presupuesto suficiente respecto de la inimputabilidad del sujeto. Sin embargo, y, por otro lado, afectaría los derechos del imputado el someterlo, estando a la espera del informe, a medidas cautelares que no corresponderían si es que efectivamente estuviese o hubiese actuado bajo un estado de enajenación mental. En este sentido, la Ilustrísima Corte de Apelaciones de San Miguel, en causa ROL 126-2016, fallo de fecha 9 de mayo de 2016, ha sido exhaustiva al referirse a este tema y en sus considerandos cuarto y quinto explica la necesidad de que quien se enfrente a una audiencia debe tener la facultad mental de entender lo que se le está comunicando, citando a Julio Maier, en Derecho Procesal Penal, tomo I, quien se refiere al proceso penal como un acto comunicativo que requiere de la interlocución activa entre quienes interrogan y quien debe responder. Continúan, los jueces del grado, indicando que “Cuatro: (...) cuando dicha comunicación es deficitaria o nula, bastarán antecedentes indiciarios de dicha situación para presumir que el sujeto no está en condiciones de defenderse apropiadamente, imponiéndose la suspensión del procedimiento hasta elucidar este aspecto”³¹, continúa, en el considerando siguiente y reforzando la idea del resguardo de los derechos del imputado y de la seguridad del mismo como de terceros, “Quinto: (...) el procedimiento debe suspenderse, sin posibilidad de,

³⁰ Horvitz Lennon, M. y López Masle, J. (2004). *Derecho Procesal Penal Chileno*. Santiago: Editorial Jurídica, p.566.

³¹ SCA de San Miguel de 9 de mayo de 2016, ROL 126-2016.

ante la duda sobre la imputabilidad, aplicarse una medida cautelar personal general, debiendo prevalecer la intangibilidad de los derechos fundamentales”³².

Siguiendo el raciocinio de la Corte de Apelaciones de San Miguel, que a nuestro juicio es la mejor forma de resguardar los derechos del imputado, si bien a la espera de este “diagnóstico” que se contendrá en el informe psiquiátrico, se va a suspender el procedimiento, esta suspensión solo será efectiva respecto del sujeto de quien se sospecha una enajenación mental y, por tanto, su inimputabilidad, pero no respecto de los otros participantes, en sus calidades de coimputados, respecto de los cuales el procedimiento seguirá su curso normal.

Esta suspensión del procedimiento, referida en el párrafo anterior, trae consigo un problema al tratar sobre medidas cautelares aplicables al sujeto de quien se sospecha una enajenación mental. Esto ya que, tal y como lo ha determinado nuestra jurisprudencia, suspendido el procedimiento no se puede aplicar una medida cautelar. Sin embargo, esta situación la salva el artículo 464 del Código Procesal Penal, pues en base a esta norma, la jurisprudencia nacional ha interpretado que puede decretarse la internación provisional como medida cautelar. La internación provisional viene a actuar como una medida cautelar, evidentemente de carácter provisional, en resguardo de la seguridad del propio imputado y de terceros. En este sentido, la Excelentísima Corte Suprema, en causa Rol de ingreso N°11508-2017, en fallo de fecha 5 de abril de 2017, establece en su considerando segundo, *“Que, tal como ha señalado esta Corte en otros pronunciamientos, ‘la suspensión del procedimiento que se decreta por el Juez de Garantía hasta tanto no se remita el informe psiquiátrico requerido de conformidad al artículo 458 del Código Procesal Penal que confirme o descarte la sospecha de enajenación mental del encartado, no importa una paralización absoluta del procedimiento, por cuanto dicha suspensión sólo tiene por objeto evitar que se produzcan en el ínterin actos de investigación o jurisdiccionales en los que, de ser efectiva la enajenación, el imputado no podría participar o, al menos, no podría hacerlo ejerciendo adecuadamente su derecho de defensa’ (SCS 28.370-15, entre otras) pudiendo solicitarse y decretarse en contra del imputado medidas cautelares conforme lo prescribe el artículo 464 del Código Procesal Penal - internación provisional o las del artículo 155, como lo autorizan los incisos 1° y 2° del artículo 464, respectivamente- para, por ejemplo, asegurar la comparecencia del imputado al*

³² SCA de San Miguel de 9 de mayo de 2016, ROL 126-2016.

procedimiento de medida de seguridad o al juicio oral ordinario, según lo que se determine una vez recibido el informe pedido conforme al artículo 458, o para dar adecuada protección a la víctima.”. Así las cosas, durante el procedimiento el tribunal puede ordenar a petición de alguno de los intervinientes la internación provisional del imputado en un establecimiento asistencial, cuando concurren los requisitos de los artículos 140 y 141 Código Procesal Penal, esto ya que la internación importaría una restricción de derechos asimilable a la medida cautelar más grave -prisión preventiva- y, por ende, requiere de la concurrencia de varias circunstancias para poder aplicarse.

Es del todo lógico pretender que sea indispensable, sumado a los requisitos anteriores, contar con el informe psiquiátrico que señale que el imputado “sufre una grave alteración o insuficiencia de sus facultades mentales que hicieren temer que atentará contra sí mismo o contra otras personas”. Sin embargo, la jurisprudencia no ha sido conteste en este tema y, en este sentido, la Ilustrísima Corte de Apelaciones de San Miguel, en fallo ya citado con anterioridad, en el considerando sexto, ha señalado que “contar con un informe psiquiátrico, en concepto de esta Corte, ello es atribuible a un vacío legal, pues resulta expresamente riesgoso ingresar a un imputado evidentemente enajenado mental a un establecimiento de detención común, como asimismo, resulta riesgoso mantener en libertad a una persona, que atendido la gravedad del delito y las circunstancias de que éste fue cometido, pueda constituir un peligro para la seguridad de terceros y de sí mismos”³³, cuestión que resulta de toda lógica si pensamos que lo que quiso el legislador al establecer la aplicación de medidas de seguridad a enajenados mentales que cometen delitos, fue resguardar tanto la seguridad de terceros como la de los mismos imputados.

Ahora bien, recepcionado el informe psiquiátrico, podrá establecerse la imputabilidad o inimputabilidad del sujeto y, en este último caso, el mismo informe deberá hacerse cargo de estimar la peligrosidad para sí mismo como para con terceros que significaría el inimputable.

Si, de acuerdo con la conclusión del informe psiquiátrico, el Ministerio Público estima que concurre la causal del artículo 10 N°1 del Código Penal y además considera aplicable la medida de seguridad, atendida la peligrosidad del sujeto enajenado mental, deberá así requerirlo al Juez de Garantía respectivo. Este requerimiento será por escrito y cumplirá con las exigencias del escrito de acusación, atendidas las circunstancias de cada caso. Particularmente y atendido

³³ SCA de San Miguel de 9 de mayo de 2016, ROL 126-2016.

a que no se puede imponer una pena a los sujetos inimputables, el Ministerio Público no puede solicitar en caso alguno procedimiento abreviado o la suspensión condicional del procedimiento.

Debido a los derechos y facultades de víctima y querellante, este último podrá acompañar al procedimiento, la presentación a que hace referencia el artículo 261 del Código Procesal Penal, acompañando a la misma los antecedentes demostrativos de la imputabilidad del requerido, lo que en la práctica constituye, en definitiva, una oposición al requerimiento del Ministerio Público, derecho resguardado en el inciso final del artículo 461 del Código Procesal Penal.

Luego, revisados todos los antecedentes presentados, el Juez de Garantía, en audiencia citada para tales efectos, deberá declarar si el sujeto es imputable o inimputable dependiendo de si existieron antecedentes suficientes para establecer con certeza la inimputabilidad del sujeto o no. Si es imputable y hubo oposición al requerimiento fiscal por el querellante, este último deberá acusar. En caso contrario, le ordenará al Ministerio Público formule la acusación- dicha acusación podrá contener peticiones subsidiarias respecto de la medida de seguridad- a fin de continuar con el curso de un procedimiento normal contra un sujeto imputable.

Declarada la enajenación mental, el juez de Garantía dictará sentencia la cual podrá absolver si no se constata la existencia de un hecho típico y antijurídico o la participación del imputado en él. En caso contrario, si es condenatoria, podrá imponer al imputado inimputable una medida de seguridad.

Finalmente, si de acuerdo con la conclusión del informe psiquiátrico, el Ministerio Público estima que concurre la causal del artículo 10 N°1 del Código Penal, pero no considera aplicable la medida de seguridad, atendido que la peligrosidad del sujeto enajenado mental no constituye un riesgo para sí mismo o para el resto de la sociedad, estaríamos ante la situación prevista en el artículo 250 letra c) del Código Procesal Penal, de modo que debe efectuar el fiscal a cargo, la solicitud de sobreseimiento definitivo de la causa, conforme al artículo 460 del mismo Código.

3.3.2 Imputado y condenado que cae en enajenación mental

Distinto es el caso del imputado o condenado que cae en enajenación mental durante el procedimiento o durante el cumplimiento de la condena, respectivamente.

El artículo 465 del Código Procesal Penal se encarga de regular la situación de la enajenación mental sobreviniente. La norma establece dos casos: 1) si el imputado cae en enajenación mental después de iniciado el procedimiento, pero antes de la formalización o acusación; y, 2) si el imputado cae en enajenación mental luego de ser formalizado o acusado.

En cualquiera de estos dos casos, si el imputado cae en enajenación mental después de iniciado el procedimiento será el juez de garantía, a petición del fiscal o de cualquiera de los intervinientes y previo informe psiquiátrico, quien decretará el sobreseimiento temporal o definitivo. Va a corresponder el sobreseimiento temporal hasta que desaparezca la incapacidad del imputado, y corresponderá decretar sobreseimiento definitivo si estuviésemos ante una enfermedad mental incurable. Esta regla se aplica cuando no proceda la terminación del procedimiento por cualquier otra causa, por ejemplo, si concurriera alguna causal de sobreseimiento definitivo distinta a la prevista en el artículo 250 letra e) del Código Procesal Penal.

Ahora bien, si el imputado ya había sido formalizado o acusado y, de acuerdo con su peligrosidad, se considera un riesgo para sí mismo o para los demás, pueden aplicarse, entonces, medidas de seguridad. En este caso, se sigue el procedimiento establecido en el Título VII del Libro IV del Código Procesal Penal, esto es, que se inicia con el requerimiento del fiscal a cargo ante el juez de garantía competente, el que deberá hacerse cargo del pronunciamiento sobre la enajenación mental.

Distinto es el caso del condenado que cae en enajenación mental. El artículo 482 del Código Procesal Penal prescribe que “el tribunal, oyendo al fiscal y al defensor, dictará una resolución fundada declarando que no se deberá cumplir la sanción restrictiva o privativa de libertad y dispondrá, según el caso, la medida de seguridad que correspondiere.”

A solicitud del fiscal o defensor, el tribunal citará a una audiencia a las partes, con la finalidad de establecer la enajenación mental del condenado. Junto con ello, y existiendo antecedentes calificados respecto de la peligrosidad del condenado, se decidirá si se debe aplicar una medida de seguridad u ordenar se ponga en libertad, atendiendo la salud del condenado, no pudiendo cumplirse las penas privativas o restrictivas de libertad. El mismo tribunal será quien velará por el cumplimiento inmediato de esta nueva resolución.

3.3.3 Situación en el Código de Procedimiento Penal.

El procedimiento antiguo es bastante similar, en sus bases, al procedimiento actual. Se encontraba regulado en los artículos 682 y siguientes del Código de Procedimiento Penal. La aplicación de las medidas de seguridad es siempre predelictual, además de hacer la misma distinción entre las dos medidas de seguridad que contempla el Código Procesal Penal, estas son aquellas privativas de libertad, medida de seguridad de internación, y aquellas no privativas de libertad, medida de seguridad de fianza y cuidado. El elemento que va a determinar la aplicación de una u otra medida de seguridad era, también, la peligrosidad del sujeto. Y dicho elemento de la peligrosidad va a definirse en el respectivo informe pericial que debe confeccionar el Servicio Médico Legal para establecer si existe o no enajenación mental, de existir, si es curable o incurable y la medida de seguridad que, de corresponder, sería la más adecuada.

La diferencia con el procedimiento actual es que, con la entrada en vigencia del Código Procesal Penal, se deja de vincular el cuidado de los enajenados mentales a la autoridad sanitaria, concepto al que no se hace referencia en el nuevo Código, dejando en manos del sistema judicial la aplicación de las medidas de seguridad sin necesidad de contar con un organismo de apoyo para la continuación de los tratamientos de los enajenados mentales que cumplieron medidas de seguridad.

Finalmente, en el antiguo procedimiento, se ordenaba a los Fiscales de las Cortes de Apelaciones el deber de fiscalización que debía cumplirse mediante visitas cada tres meses a los establecimientos donde se cumplen medidas de seguridad, ya sean psiquiátricos o carcelarios, informando de la situación de los internos al Ministerio Público, velando por el resguardo de sus derechos y de las condiciones en que se encuentran cumpliendo la medida de seguridad impuesta en cada caso. Dicha función está entregada en el procedimiento actual directamente al Ministerio Público.

3.4 Ejecución de la medida de seguridad de internación.

Las normas que rigen la ejecución de las medidas de seguridad están estructuradas, de manera tal que establecen deberes concretos para los entes públicos involucrados en ella, como lo es directamente el Ministerio Público.

3.4.1 Establecimientos de internación psiquiátrica para el cumplimiento de medidas de seguridad.

La medida de seguridad de internación es aquella que va a ejecutarse en un establecimiento psiquiátrico o en aquella Unidad especializada y dispuesta para tal fin.

El artículo 481, en relación con el 457, ambos del Código Procesal Penal, dejan establecido que ninguna de las medidas de seguridad que contempla el mismo Código podrá ejecutarse en un recinto carcelario. Es más, si la persona se encuentra recluida -en el caso de los condenados que caen en enajenación mental- deberá ser trasladada a una institución especializada donde se ejecutará la medida de internación. Y, en caso de no existir tal establecimiento, deberá habilitarse. Así lo dispone el artículo 457 del Código Procesal Penal, en su inciso segundo, al señalar que ante la falta de institución especializada “se habilitará un recinto especial en el hospital público más cercano”.

De esta norma se desprende que, el ideal es que la medida de internación “se ejecute en el recinto más especializado posible desde el punto de vista médico, y en caso de no existir éste se prefiera el hospital público más cercano.”³⁴

En la actualidad, de acuerdo a la información entregada por la Subsecretaría de Justicia, respecto de los datos que obran en poder la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense, existen siete instituciones en las que se cumplen medidas de seguridad que son las siguientes: Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria del Servicio de Salud de Arica, Hospital Philippe Pinel; Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria del Hospital El Salvador de Valparaíso, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, Hospital Guillermo Grant, Unidad de Evaluación de Personas Imputadas del Hospital Regional de Temuco, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Forense Hospitalaria Intrapenitenciaria de Punta Arenas.

³⁴ Horvitz Lennon, M. (2008). El tratamiento del inimputable enajenado mental en el proceso penal chileno. *Revista Estudios de la Justicia*, N° 10, p.134.

4. Tratamiento de los Derechos Humanos del enajenado mental que cumple una medida de seguridad de internación en un establecimiento psiquiátrico.

Los inimputables por enajenación mental son en realidad personas que viven en situación de discapacidad, teniendo una o más deficiencias físicas y/o mentales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno y que ven impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás³⁵. Esta definición se corresponde al modelo social de la discapacidad que rechaza el modelo individualista, y que pone el foco en la sociedad y sus barreras y no en aspectos físicos o cognitivos del sujeto.

Este modelo social, implica un cambio de paradigma que se verá reflejado en las normas internacionales sobre la materia y en algunas modificaciones legislativas internas. De esta forma, para nuestro ordenamiento jurídico, las personas en situación de discapacidad son sujetos de Derechos Humanos.

4.1 Marco regulatorio internacional de los Derechos Humanos del enajenado mental como sujeto en situación de discapacidad.

4.1.1. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

El mayor estándar internacional de protección de derechos en materia de discapacidad es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD) adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 13 de diciembre del año 2006, y ratificada por el Estado de Chile el año 2008.

Dicha convención, es el primer Tratado de Derechos Humanos del siglo XXI, viene a llenar un vacío en el marco de las normas internacionales, considerando la discapacidad como una cuestión de Derechos Humanos y estableciendo como pilares fundamentales la igualdad y no discriminación que, en su calidad de principios, cruzan toda la regulación. Además, viene a entender a la situación de discapacidad mental como un producto social que surge de la

³⁵ Artículo 5° de la Ley N° 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad: “Persona con discapacidad es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”

interacción entre una persona con deficiencias de largo plazo en el ámbito psíquico y barreras de entorno que evitan su participación plena y efectiva en la vida social, en igualdad de condiciones con las demás.³⁶

La convención, no plantea las diferencias clásicas entre Derechos civiles y políticos, y derechos económicos, sociales y culturales de las personas en situación de discapacidad, más bien establece un catálogo clásico de derechos con algunas incorporaciones que parte de la doctrina ha planteado se trataría de nuevos conceptos. Este catálogo de derechos está compuesto, entre otros, por el Derecho a la vida, protección de riesgo y situaciones humanitarias, protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, protección contra la explotación, la violencia y el abuso, protección de la integridad personal, libertad y seguridad de la persona, libertad de desplazamiento y nacionalidad, el derecho de movilidad personal, la libertad de opinión y acceso a la información, igual reconocimiento de personas ante la ley, respeto de la privacidad, del hogar y la familia, la habilitación y rehabilitación, el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad, el derecho a la accesibilidad, el acceso a la justicia, la participación en la vida política y pública, la participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte, Derecho a la educación, Derecho al trabajo y al empleo, y como novedades, plantea el derecho a la protección contra la explotación, la violencia y el abuso, el Derecho a la movilidad personal, el Derecho a la accesibilidad y el Principio de autonomía personal.

Respecto a los sujetos privados de libertad, antes de la entrada en vigor de la Convención, la existencia de una discapacidad mental podía ser motivo lícito de privación de libertad y detención, de tal forma que en los ordenamientos jurídicos existían medidas de seguridad predelictuales, basadas en la peligrosidad del sujeto sin la exigencia de la comisión de un delito previo. La Convención se aparta radicalmente de ese enfoque y en su artículo 14 establece para los Estados parte, la obligación de asegurar que las personas en situación de discapacidad, no se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de

³⁶ A ello se refiere el inciso segundo del artículo 1° de la CDPD: “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”

conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique una privación de libertad.

Respecto a las obligaciones, el Estado de Chile con la ratificación de la convención, ha adquirido las obligaciones de asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los Derechos Humanos y las libertades fundamentales de las personas en situación de discapacidad, de adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos, la elaboración y aplicación de legislación y políticas públicas para hacer efectivo lo consagrado en la Convención y finalmente, la obligación de no restringir ni derogar ningún derecho humano ni libertad fundamental reconocido en el ordenamiento jurídico interno. En relación con las personas en situación de discapacidad privadas de libertad, el Estado ha adquirido el compromiso de garantizar el logro de la plena inclusión de las personas en situación de discapacidad, eso incluye, a aquellas que se enfrenten a los procedimientos de adjudicación de responsabilidad y, consecuentemente, a quienes sean sometidos a su internación y tratamiento forzado en instituciones psiquiátricas forenses.

4.1.2 Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

En la normativa internacional, encontramos también, la Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 7 de junio del año 1999, y ratificada por el Estado de Chile el año 2001. Esta convención incorpora una serie de definiciones sobre la materia, dentro de las que destaca aquella relativa a la discriminación contra las personas con discapacidad, desarrollada en el Artículo 1° de la Convención que señala “...*identificándola como toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus Derechos Humanos y libertades fundamentales*”³⁷. Esta Convención busca que los Estados parte eliminen

³⁷ Artículo 1° de la Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

progresivamente toda forma de discriminación que atente en contra de la dignidad y ejercicio de los derechos de las personas en situación de discapacidad.

A pesar de la importancia de esta convención, cabe destacar que utiliza un lenguaje propio de la época que plantea la discapacidad como un atributo del sujeto, circunstancia que como se mencionó, es rectificadas en la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad.

4.2 Marco regulatorio nacional de los Derechos Humanos del enajenado mental como sujeto en situación de discapacidad.

4.2.1 Constitución Política de la República.

Por su parte, en el derecho nacional la norma más relevante en materia de discapacidad y que va a travesar todo nuestro ordenamiento jurídico, es la Constitución Política de la República, pues en su Artículo 1° plantea el eje fundamental de las bases de la institucionalidad, *“Las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos”*, de esta forma, establece como principio elemental en materia de discapacidad, la igualdad en dignidad y derechos de todos los sujetos.

Partiendo de esta base, la Constitución dispone de un catálogo de derechos fundamentales, para todos los individuos, incluyendo a aquellos en situación de discapacidad, y entre los que destacan, el derecho a la vida e integridad física y psíquica; la igualdad ante la Ley; la igual protección de la Ley en el ejercicio de sus derechos; el derecho a la protección de la salud por parte del Estado, la garantía del debido proceso, entre otros. Además de establecer estas garantías constitucionales, otorga la posibilidad de hacerlas exigibles, mediante la acción de protección que, aun cuando en el mismo cuerpo normativo se incorpore con determinadas restricciones, en la práctica y en virtud de la propiedad sobre los derechos, se transforma en una herramienta que permite reestablecer el imperio del derecho en los casos de restricciones arbitrarias e ilegales.

4.2.2 Leyes Especiales.

En nuestra regulación nacional, las normas más importantes en materia de discapacidad, la Ley N° 18.600, que “Establece normas sobre deficientes mentales”, del año 1987, que en su artículo primero dispone que la prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades para las personas en situación de discapacidad³⁸ y deberes para su familia y la sociedad, respecto del rol del estado, le asigna un rol preponderante en la prevención y el diagnóstico precoz.

Resulta importante destacar que esta norma, nos entrega una definición de discapacidad mental, señalando que *“se considera persona con discapacidad mental a toda aquella que, como consecuencia de una o más limitaciones síquicas, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social”*³⁹ Dicha definición se corresponde al modelo biológico tradicional, y esta lejana al lenguaje con el que en la actualidad se aborda este tema, que define la situación de discapacidad desde la óptica del entorno y no desde la patología, de esta forma, plantea la discapacidad como un atributo inherente a la persona, y no, como el constructo social que es en definitiva.

A pesar de lo anterior, y en línea con el compromiso internacional adoptado por el Estado, se han dictado en los últimos años, una serie de leyes, tendientes a hacer efectivos los derechos de las personas en situación de discapacidad mental, las cuales utilizan un lenguaje mucho más apropiado a los parámetros internacionales actuales, tenemos entre otras, Ley N° 20.422, “Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad”, del año 2010, la que tiene como objeto asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, y eliminar cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad, lo más relevante de esta norma, es que incluye una definición que se aparta de la idea de patología y se acerca mucho más a las corrientes actuales que ligan a los sujetos con los entornos y los vislumbran como personas con derechos, no con discapacidad. En su Artículo 3°

³⁸ La norma utiliza la expresión “discapacidad mental”, y es en consideración a estas concepciones, que el Comité de la CDPD señaló en sus Observaciones a Chile que se requiere una “armonización legislativa relativa a las personas con discapacidad”, dada “la persistencia del modelo médico y el uso de terminología peyorativa tales como “invalidez”, “incapaces” y “dementes” en normas vigentes, incluido el Código Civil, por lo que se sugiere adecuar los términos a lo antes indicado, y eliminar aquellas frases discriminatorias hacia ese colectivo como “que padece, que sufre, discapacidad”, entre otras.

³⁹ Artículo 2° de la Ley N°18600, “Establece normas sobre deficientes mentales”.

establece como principios rectores, la vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y dialogo social.

Siguiendo el mismo camino, y con la misión de contar con un mecanismo judicial efectivo, que permita castigar la discriminación arbitraria se aprueba en el año 2012 la Ley N° 20.609 “que establece medidas contra la discriminación” que viene a dotar de acciones efectivas que permitan reestablecer el imperio del derecho, en los casos de discriminación, a su vez, el año 2015, la Ley N° 20.584 “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud”, que viene a reiterar el compromiso del Estado con la realización oportuna y sin discriminación de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de los individuos que se encuentren en situación de discapacidad mental, además, establece reglas sobre la hospitalización involuntaria de dichos sujetos⁴⁰. Esta norma, crea la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y de Comisiones Regionales de Protección⁴¹.

A la fecha, en nuestro ordenamiento jurídico no existe una ley que armonice plenamente la normativa sobre personas en situación de discapacidad mental y privación de libertad⁴², y que sea compatible con los principios y orientaciones de las Convenciones internacionales vigentes y ratificadas por Chile.

4.3 Marco regulatorio internacional de los Derechos Humanos del enajenado mental como sujeto en situación de discapacidad privado de libertad.

4.3.1 Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica)

En el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, destaca la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) ratificada por Chile en el año 1990,

⁴⁰ Artículo 2°,5° y párrafo 8° de la Ley N°20.584 “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud”

⁴¹ La Comisión Nacional tiene como misión promover, proteger y defender los Derechos Humanos de las personas en situación de discapacidad mental, a su vez, las Comisiones Regionales deben, entre otras cosas, visitar instalaciones hospitalarias psiquiátricas, supervisar la aplicación de tratamientos. Sin embargo, según lo señalado por el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), la falta de presupuesto y de recursos propios de estas Comisiones limitan el efectivo resguardo de los derechos. Por ello, el INDH llama a que se promueva una reforma a la Ley sobre Derechos y Deberes de los Pacientes, de modo que las Comisiones Regionales ejerzan sus labores de modo independiente, sin estar sujetas al Ministerio de Salud, y cuenten con recursos humanos y financieros para cumplir con sus objetivos.

⁴² Sin perjuicio de lo señalado en el código Sanitario y el Reglamento N°570, que regula la Hospitalización Psiquiátrica involuntarias y a los establecimientos que la otorgan.

donde resalta el Derecho a la Integridad Personal, en su Artículo 5º, señala “*toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano*”, enfatizando el hecho de que no puede ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

4.3.2 Pacto Internacional de Derechos Civiles y políticos.

En el Sistema Universal de Derechos Humanos, destaca el Pacto Internacional de Derechos Civiles y políticos, ratificado por Chile en 1975, establece el trato digno a las personas privadas de libertad “*1. Toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano*⁴³” (...).

4.3.3 Reglas de Tokio

Como parte del Sistema Universal de Derechos Humanos, encontramos Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas no Privativas de la Libertad o también llamadas Reglas de Tokio, que fueron adoptadas por la Asamblea General el 14 de diciembre de 1990, y surgen con el objeto favorecer la participación de la comunidad en la gestión de la justicia penal, además, contienen una serie de principios básicos, entre los cuales destaca la aplicación prioritaria de las medidas no privativas de libertad, de ahí surge la necesidad de regular y fortalecer un sistema que otorgue alternativas a la respuesta penal ante la comisión de un ilícito, fundamentalmente aquellas de menor lesividad.

4.3.4 Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (o “Reglas Mandela”)

Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, más conocidas como Reglas Mandela, constituyen un estándar nuevo y universal para la gestión de los centros penitenciarios y para el tratamiento de la población privada de su libertad. Aun cuando estas Reglas no poseen carácter vinculante para los Estados, sí buscan ser

⁴³ Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

recomendaciones esenciales que deberían servir de guía para la aplicación de políticas penitenciarias.

Dentro de sus principios fundamentales destacan:

i. El principio de la Dignidad Humana. Consistente en que todos los reclusos serán tratados con el respeto que merecen en virtud de su dignidad inherente en tanto persona, reforzando la idea de que no existe ninguna circunstancia que justifique la tortura y los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y dando lugar a la obligación del Estado de proteger la vida e integridad de todos los sujetos privados de libertad.

ii. El principio de Imparcialidad y No-Discriminación. Toda acción vinculada con el trato a personas privadas de libertad debe necesariamente superar el estándar de no discriminación. Esta regulación busca proteger y promover los derechos de las personas privadas de libertad con necesidades especiales, asegurar que las personas privadas de libertad en situación de discapacidad físicas, mentales o de otra índole participen en condiciones equitativas, y sean tratadas de acuerdo con sus necesidades de salud

iii. El principio de Menor Lesividad. Los sujetos que se enfrentan al sistema penitenciario ven reducida su autodeterminación y su libertad ambulatoria. Pero, este es el único castigo que conlleva la imposición de la pena. Por ello, la obligación es evitar cualquier perjuicio y/o sufrimiento adicional.

iv. El principio de Reinserción. La reinserción social es la base de la tarea penitenciaria y resulta indispensable para evitar la reincidencia de los sujetos.

v. El principio de Normalidad. Cualquier actividad que se diseñe desde la administración penitenciaria debería ser concebida teniendo en cuenta que tendría que servir para cuando la persona recupere la libertad.

4.3.5 Manual sobre Reclusos con necesidades especiales.

Dicho manual forma parte de una serie de herramientas que ha desarrollado la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, para asistir a los estados en el desarrollo de las

reformas en justicia penal y sistema penitenciario. Pone su foco, en los grupos más vulnerables, que ven intensificados sus problemas al encontrarse privados de libertad. Dentro de estos grupos, se encuentran los reclusos con necesidades de cuidado de la salud mental, planteando como retos especiales el mejoramiento del acceso a la justicia, el derecho a la salud que comprende el derecho a una atención médica adecuada pero también a un entorno que no genere ni exacerbe enfermedades, la atención médica adecuada, la no discriminación, la seguridad y protección en el cumplimiento de la pena, la preparación para la liberación y la continuidad del apoyo posterior, entre otras.

4.4 Marco regulatorio nacional de los Derechos Humanos del enajenado mental como sujeto en situación de discapacidad privado de libertad.

4.4.1 Decreto N°518 de 1998 que aprueba el Reglamento de Establecimientos Penitenciarios.

La situación de vulnerabilidad y dependencia que se da entre los privados de libertad y el Estado en su rol de garante, transforma a las normas que regulan el actuar de la administración penitenciaria al interior de los Establecimientos, en normas fundamentales a la hora de establecer los Derechos Humanos que tienen los sujetos privados de libertad, pues va a establecer la forma en la cual el Servicio se relaciona con la población, tanto en cuestiones relacionadas con el mantenimiento del régimen penitenciario y en la forma en que se buscará lograr la Reinserción Social.

En línea con lo anterior, encontramos el manual de principios y orientaciones básicas en Derechos Humanos, de Gendarmería de Chile, el que está basado en los estándares internacionales sobre esta materia.

4.5 Derechos Humanos del enajenado mental como sujeto en situación de discapacidad privado de libertad.

Como hemos visto, los estándares normativos del derecho internacional de los Derechos Humanos le otorgan al enajenado mental una especial protección en atención a la situación de discapacidad que enfrentan, estableciendo un catálogo de derechos y principios como el respeto

a la dignidad inherente, la autonomía individual, la no discriminación, la garantía del debido proceso, la igualdad de oportunidades, entre otras.

Estas prerrogativas no sufren modificaciones con la privación de libertad (más allá de la obvia restricción a la libertad ambulatoria) de esta forma se impone a los Estados el deber de tratar a toda persona privada de libertad, incluida aquellas en situación de discapacidad, con el respeto debido a la dignidad inherente del ser humano. Lo anterior, se ha denominado en doctrina como Principio de trato humano, dicho principio y es reconocido de manera indirecta por la CPR “*El Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común, para lo cual debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece*”. En el ámbito del derecho internacional, destacando el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Lo anterior significa que, los enajenados mentales, en tanto personas, no pierden sus derechos fundamentales, sino que gozan de los mismos que cualquier ciudadano libre.

Sin embargo, no debemos desconocer que la aplicación de una medida de seguridad de internación conlleva, en los términos del profesor Cury, una interrupción en los derechos del sujeto, que puede ir más allá de la restricción a su libertad personal, incluyendo otras restricciones que son consecuencia del estado de privación de libertad, lo fundamental es señalar que dichas restricciones serán legítimas sí y solo sí están contempladas en normas de rango legal, tienen un objetivo legítimo y son proporcionales⁴⁴. Y en ningún caso, la privación de libertad justificará la restricción antojadiza de otros Derechos Humanos, de manera que éstos deben ser respetados y garantizados de la misma forma que lo son respecto de las personas que gozan de su libertad y tratándose de enajenados mentales, como ya vimos, con mayor fuerza por tratarse de una población a la que el propio ordenamiento jurídico le reconoce una especial protección. Esto último reforzado con la sujeción especial del sujeto respecto del Estado-garante que la ubica en una condición de vulnerabilidad.

⁴⁴ Nash, C. (2009). *El sistema Interamericano de Derechos Humanos en acción. Aciertos y desafíos*. México: Porrúa, p. 41

De esta forma el Estado de Chile, está obligado a respetar los derechos que establece nuestra normativa interna y el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, a todas las personas, incluidas aquellas privadas de libertad que se encuentren en situación de discapacidad. Y, además, está obligado a promover y asegurar los derechos establecidos en nuestros cuerpos normativos y en los tratados internacionales que hayan sido ratificados por el Estado y que se encuentren vigentes⁴⁵. Así, los derechos del enajenado mental que cumple una medida de seguridad de internación sufren una restricción legítima cuando hablamos de la libertad personal, pero no existe norma de rango legal y que cumpla con los requisitos señalados anteriormente, que establezca la restricción de otro derecho. Como ha señalado la CIDH en el caso caratulado “Fleury y otros contra Haití”, sentencia del 23 de noviembre de 2011: *“Esta Corte ha indicado que como responsable de los establecimientos de detención, el Estado se encuentra en una posición especial de garante de los derechos de toda persona que se halle bajo su custodia. En ese mismo sentido, ante esta relación e interacción especial de sujeción, el Estado debe asumir una serie de responsabilidades particulares y tomar diversas iniciativas especiales para garantizar a las personas detenidas o retenidas las condiciones necesarias para contribuir al goce efectivo de aquellos derechos que bajo ninguna circunstancia pueden restringirse o de aquellos cuya restricción no deriva necesariamente de la privación de libertad, y que, por tanto, no pueden ser limitados, incluyendo el derecho a la vida, a la integridad personal y al debido proceso. Su falta de cumplimiento puede resultar en una violación de la prohibición absoluta de aplicar tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”*.

Así, además de las garantías y derechos establecidos, el sistema de protección de los Derechos Humanos impone obligaciones al Estado-Garante, en relación ejecutar todas las medidas necesarias para proteger la integridad física y psíquica de los sujetos privados de libertad, lo que incluye, en la práctica, fundamentalmente establecer protocolos para reaccionar ante eventos adversos o mecanismo de protección.

De esta forma, de todos los derechos de los que goza el enajenado mental, el de mayor relevancia, sin duda, es el Derecho a la Salud, en atención a la situación de discapacidad a la que se enfrenta el sujeto y a que el cumplimiento de la medida de seguridad de internación se desarrollará en un centro psiquiátrico de salud. En atención a lo anterior, en lo sucesivo

⁴⁵ Tal como señalan los artículos 5º inciso 2 y 19 de la Constitución Política de la República.

desarrollaremos el contenido de las obligaciones que surgen para el Estado a partir de este derecho, para finalmente establecer si existe o no una vulneración del derecho a la salud en la aplicación de una medida de seguridad de internación.

4.6 Derecho a la protección de la salud del enajenado mental que cumple medida de seguridad de internación.

4.6.1 Naturaleza jurídica del derecho a la protección de la salud.

El derecho a la salud es en primer término un derecho humano, que debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Además, es un derecho fundamental, entendiendo aquello en los términos expresados por el Profesor Agustín Squella, esto es, “aquellos Derechos Humanos consagrados y garantizados por los ordenamientos jurídicos de los Estados, en la mayor parte de los casos en su normativa constitucional, y que suelen gozar de una tutela reforzada”. Lo anterior, atendido a que, en nuestro ordenamiento jurídico, el derecho a la salud forma parte de nuestra tradición constitucional y tiene reconocimiento expreso, a partir de la Constitución de 1925.

Nuestra carta fundamental, no habla del Derecho a la salud, sino que, utiliza deliberadamente el término Derecho a la Protección de la Salud⁴⁶ en atención a que la salud, entendida como un estado completo de bienestar⁴⁷ que incluye el ámbito físico, psíquico y social de una persona, es una cuestión que el Estado no puede asegurar, pues es imposible garantizar que alguien no se enferme, es por ello que el texto constitucional se inclina por la nomenclatura Protección a la salud.

4.6.1.1 Exigibilidad del derecho

A pesar de su reconocimiento constitucional, es un derecho respecto del cual, parte de la doctrina ha entendido su exigibilidad sujeta a las restricciones presupuestarias del Estado. Sin

⁴⁶ Actas Oficiales de la Comisión Constituyente, Sesiones N° 18, 187, 190, 192, 193, 194, 407, 411 y 416. 187ª. (en línea) Santiago: 1973 (fecha de consulta: 30 de agosto de 2015). Disponible en web: http://www.bcn.cl/lc/cpolitica/actas_oficiales-r

⁴⁷ A esta definición de salud se han ido incorporando otras dimensiones, como la capacidad de funcionar o la salud como un fenómeno continuo y dinámico a lo largo del tiempo, hasta llegar a instaurarse la idea de que la salud es un fenómeno multidimensional.

embargo, más allá de la discusión doctrinaria, nuestro Tribunal Constitucional (en adelante TC), ha señalado que la materialización efectiva de este tipo de derechos no puede quedar sujeta a la disponibilidad presupuestarias del Estado, así, en sentencia ROL N° 1218, de fecha 7 de julio 2009, ha señalado “VIGÉSIMO. Que la amplia mayoría de la doctrina nacional y extranjera reconoce que los derechos sociales, llamados también derechos de prestación o de la segunda generación, son tales y no simples declamaciones o meras expectativas, cuya materialización efectiva quede suspendida hasta que las disponibilidades presupuestarias del Estado puedan llevarlos a la práctica. Acertadamente, se ha escrito (Francisco J. Laposta: ‘Los Derechos Sociales y su Protección Jurídica. Introducción al Problema’, en Jerónimo Betegón et. al. (coordinadores): Constitución y Derechos Fundamentales, (Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2004, pp. 299 y 301), que en tales derechos:

‘El núcleo normativo es que el sujeto tiene un título para exigir que se entreguen ciertos bienes, se le presten ciertos servicios o se le transfieran ciertos recursos. Entre tales derechos encontramos la prestación de un servicio (educación, salud, protección del riesgo, etc.). (...) Desde un punto estructural, los derechos sociales no son derechos de una naturaleza necesariamente distinta a los derechos civiles o políticos. En particular, no es correcto afirmar sin ningún tipo de matización que los derechos sociales son siempre derechos de prestación, mientras que los llamados derechos civiles o políticos no lo son. Entre los derechos civiles más básicos encontramos también derechos de prestación como el derecho a un juicio imparcial. (...) Incluso la pura seguridad jurídica de la persona y los bienes, que da lugar a un derecho humano primario y antiquísimo, quizás el más antiguo, exige la previa instauración de lo que se ha considerado un bien público originario: El Estado y la ley (...) VIGESIMOTERCERO. Que, en conclusión y coincidiendo con lo sostenido por la doctrina citada, cabe reconocer que los derechos a la protección de la salud y a la seguridad social son de naturaleza prestacional o de la segunda generación, involucrando conductas activas de los órganos estatales y de los particulares para materializarlos en la práctica, habida consideración de que la satisfacción de tales exigencias representa un rasgo distintivo de la legitimidad sustantiva del Estado Social en la democracia constitucional contemporánea;’⁴⁸.

⁴⁸ En igual sentido: STC de fecha 8 de septiembre de 2009, ROL 1287-2009, considerandos 20 a 23; y, STC de fecha 26 de junio de 2008, considerando 26, ROL 976-2008.

La herramienta con la que cuentan las personas para hacer exigible dicho derecho es la acción de protección, sin embargo, lo que se protege a través de esta acción, no es más que el derecho a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea éste estatal o privado, y no el acceso, a todo evento, a un sistema de salud. Circunstancia que se deriva del diseño plasmado en nuestra Constitución, pues lo que se garantiza no es el contenido social de esos derechos, sino los contenidos asociados a la libertad. El contenido sustantivo del derecho es lo que queda al margen.

A pesar de lo anterior, esto ha sido matizado mediante algunas fórmulas. La primera, es a través de su desarrollo normativo que ha procurado su ampliación⁴⁹; la segunda, de facto, mediante la exigibilidad indirecta producida por el ensanchamiento de su tutela a través del recurso de protección que se ha extendido a supuestos que no estaban cubiertos originalmente por el recurso. Esta ampliación, a pesar de constituir un avance, se ha realizado desde un plano individual, y no desde uno colectivo; la tercera, utilizando la innegable conexión teórica y práctica entre el derecho a la vida y el derecho a la salud, pues, el derecho a la vida, con mucha claridad, no sólo implica el deber del Estado de abstenerse de intervenir en acciones que puedan afectar o vulnerar el derecho a la vida de sus habitantes, sino que también envuelve obligaciones positivas que le caben al Estado en su resguardo, vinculadas estrechamente con el derecho a la salud.

Así las cosas, podemos definir al derecho a la protección de la salud como un Derecho Fundamental, reconocido en nuestra Constitución Política, que constituye una obligación para el Estado y para privados, consistente en un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, incluyendo en él, una amplia gama de factores socioeconómicos (nutrición, trabajo, otros) que promueven las condiciones necesarias para llevar una vida sana.

⁴⁹ Plan Auge, incorporado en la Ley N° 19.966 de 3 de septiembre de 2004, que establece un "Régimen de Garantías en Salud", cuyo artículo 2° contempla las GES relativas a las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, que se deben asegurar obligatoriamente a sus beneficiarios. Sin embargo, es importante consignar que de acuerdo con el artículo 24 de la Ley, el procedimiento contemplado en caso de incumplimiento es de carácter administrativo -y no judicial- mediante reclamo del afectado, o quien lo represente, ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud.

4.6.2 Reconocimiento nacional e internacional del derecho a la protección de la salud.

Este derecho se incorpora en nuestro ordenamiento, a través de su consagración constitucional, y, mediante diversos tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentran vigentes, donde tiene reconocimiento expreso.

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo texto consagra el derecho a la salud en los siguientes términos: artículo 25 “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 19 de diciembre de 1969, que fue publicado en el Diario Oficial el 27 de mayo de 1989, señala en su artículo 12, N°1: “Los Estados parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, se trata de la norma más relevante, del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH), pero no la única, pues, en la misma línea, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado en Salvador el 17 de Noviembre de 1988, suscrito por Chile el 5 de junio de 2001, señala en su artículo 10 titulado ‘Derecho a la Salud’: “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.”

En nuestro ordenamiento jurídico, el derecho a la salud es parte de nuestra tradición constitucional, a partir de la Constitución de 1925, así, en el 19 N° 9 de la CPR: “El Derecho a la protección de la salud.

El Estado Protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

4.6.3 Estructura del derecho a la protección de la salud.

Atendido lo anterior, corresponde analizar la estructura del derecho a la protección de salud⁵⁰, para ello utilizaremos la teoría de Robert Alexy, definiendo la estructura básica del derecho en los siguientes términos: A (titular del derecho) tiene derecho a G (Objeto del derecho) en contra de B (obligado del derecho).

4.6.3.1 El titular del derecho a la protección de la salud.

La titularidad del derecho a la protección de la salud está asignada por mandato constitucional, a todo miembro de la especie humana. Al respecto el tribunal constitucional en sentencia ROL 2846, de fecha 14 de enero de 2016, señala “La Constitución reconoce una titularidad general para el ejercicio de derechos constitucionales aplicables a ‘todas las personas’, lo cual no excluye el reconocimiento de titularidades específicas, tales como la que reconoce a los ‘trabajadores’ (artículo 19, N° 16, incisos 5° y 6°) o a las ‘organizaciones sindicales’ (artículo 19, numeral 19°, inciso 2°)”.⁵¹ No es el objeto de esta tesis desarrollar la amplia discusión en torno a Derechos Humanos individuales y colectivos⁵². Por ello, y en lo relevante para esta investigación, estableceremos en este punto que, como titular del derecho a la protección de salud, se encuentra, sin lugar a duda, el enajenado mental que cumple medidas de seguridad.

⁵⁰ Además, conforme a cada elemento, hemos de definir nuestra posición respecto al derecho a la protección de la salud del enajenado mental, con el objeto de que, en lo sucesivo, dicha definición facilite el análisis de la eventual vulneración del derecho.

⁵¹ Y en la misma línea, existen diversas sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que otorgan reparaciones a las comunidades indígenas, como el Caso Comunidad Mayagna (Sumo) Awas Tingni, sentencia de 31 de agosto de 2001, primera ocasión en que la Corte expresa su visión sobre los derechos de los pueblos indígenas, reconociéndolos como colectivos.

⁵² Además de considerar que como señala parte de la doctrina, los derechos individuales y colectivos constituyen la doble cara de una misma moneda.

4.6.3.2 El obligado por el derecho a la protección de la salud.

Los derechos sociales obligan en forma primaria al Estado, comprendido por todos sus poderes en el ejercicio de sus funciones, además, en virtud el reconocimiento expreso de la eficacia horizontal de los derechos fundamentales⁵³, a los particulares. Si bien, como hemos señalado, el destinatario del derecho es el Estado y los particulares, el primero tiene un rol preferente, así lo ha señalado el propio TC, en sentencia ROL 1710 del 6 de agosto del 2010, “CENTESIMODECIMOCTAVO: Que, tratándose del derecho a la salud, la Constitución va más allá, pues establece el ‘deber preferente del Estado de garantizar la ejecución de las acciones de salud’. Esta expresión es utilizada únicamente en este derecho (Silva Bascuñán, Alejandro; Tratado de Derecho Constitucional, Tomo XII, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 2008, p. 140); la Constitución no califica de igual manera otros deberes del Estado (Bulnes Aldunate, Luz; El derecho a la protección de la salud en la Constitución de 1980; en Gaceta Jurídica N° 294, diciembre, 2004, p. 18);”⁵⁴. Dicho lo anterior, y en lo relevante para esta investigación, estableceremos en este punto que, como obligado al derecho a la protección de salud se encuentra el Estado de Chile, en un rol primario.

4.6.3.3 El objeto del derecho a la protección de la salud.

¿Obligado a qué?, esa es la pregunta rectora que nos ayudará a desentrañar cual es el objeto del derecho a la protección de la salud.

En primer término, debemos esclarecer, que más allá de la distinción clásica respecto de la obligatoriedad de derechos civiles y políticos, y, derechos económicos, sociales y culturales, la obligación de cumplimiento en materia de derechos fundamentales se expresa, siempre, mediante el respeto y garantía de los derechos y libertades consagrados en nuestro ordenamiento jurídico.

En segundo término, además, el derecho contempla un conjunto de obligaciones de hacer y no hacer, así, podemos señalar que existen tres niveles de obligaciones, una obligación negativa primaria, que implica respetar el derecho, una obligación positiva secundaria, que

⁵³ Artículo 6 Inciso 2° de la Constitución Política de la República “Los preceptos de esta Constitución obligan tanto a los titulares o integrantes de dichos órganos como a toda persona, institución o grupo”.

⁵⁴ STC de fecha 6 de agosto de 2010, ROL 1710-2009, considerando 118.

implica proteger el derecho y una serie de obligaciones positivas terciarias que implican hacer cumplir o satisfacer el derecho.

En tercer término, podemos apreciar dos dimensiones del derecho a la protección de la salud⁵⁵:

- a) Por una parte, como el derecho a acceso de la salud -acciones que tengan por objeto su prevención, recuperación y rehabilitación-; y,
- b) Por otra parte, como una garantía de que la persona no sufrirá enfermedades evitables, ya sean provocadas por acciones de los agentes del Estado, por civiles, o por la omisión de éstas.

4.6.4 Obligaciones del Estado respecto del enajenado mental que cumple medida de seguridad de internación.

Dicho lo anterior, desarrollaremos el análisis de las obligaciones que se impone para el Estado, según la propia redacción del Artículo 19 N°9 de la CPR, siendo las siguientes:

- i. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Este deber del Estado en materia de salud, en definitiva, determina la imposibilidad del Estado de restringir al individuo el acceso igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo, sobre la base de la igualdad de los beneficiarios.

Los tipos de acciones de salud comprendidos son:

- a) Acción de promoción de la salud: Son aquellas que crean, modifican o elevan las condiciones para que una persona no esté en peligro o disminuyan los daños en su salud, es decir, promueven el óptimo desarrollo físico y mental del ser humano, ejemplo de este tipo de acciones son aquellas campañas educativas sobre higiene y salubridad.
- b) Acción de protección de la salud: Son aquellas que establecen métodos preventivos con la finalidad de prevenir el deterioro o la pérdida de la salud de los grupos más expuestos a una

⁵⁵ Nancuante Almonacid, U. y Romero Celedón, A. (2012). *Régimen Jurídico de la Salud*. Santiago: Thomson Reuters, p. 322.

determinada patología, ejemplo de este tipo de acciones son aquellas campañas de vacunación masivas.

c) Acción de recuperación de la salud: Son aquellas medidas de medicina curativa, directas que se llevan a cabo para que una persona recupere su estado normal de salud, ejemplo de estas son todas las prestaciones médicas dirigidas a las personas cuando están enfermas.

d) Acción encaminada a la rehabilitación del individuo: Son aquellas medidas que apuntan a entregar los mecanismos necesarios para personas que han experimentado un problema de salud y cuyo objeto es recuperarla, ejemplo de estas son las prestaciones de salud entregadas por el Instituto Teletón

ii. Obligación de coordinar y controlar actividades relacionadas con la salud. La obligación nace de la idea plasmada en la Constitución respecto al rol del estado, el Estado asume un doble rol sobre el sector privado, en primer término, un rol de coordinación, que implica establecer un orden entre instituciones públicas y privadas, con el objeto de lograr una integración mutua en el cumplimiento de sus deberes, en segundo término, un rol de control, consistente en la vigilancia al funcionamiento del sistema, y en lo concreto, consistente en la adopción de las medidas correctivas del caso.

iii. Obligación de garantizar la ejecución de acciones de salud, sea por parte de instituciones públicas o privadas. En esta obligación se refleja la idea del constituyente de evitar la existencia de un sistema estatal único, el Estado no puede jamás dejar de cumplir esta función, el contenido de esta obligación implica dar certeza a cualquier titular del derecho, que las acciones de salud serán otorgadas sin discriminación y se llevará a cabo a través de distintos organismos que tienen dentro de sus funciones principalmente las de fiscalizar y coordinar.

Finalmente, el precepto constitución señala que cada persona tendrá derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste, estatal o privado, circunstancia que emana de la libertad como principio fundamental de nuestra Constitución.

Establecido lo anterior, debemos señalar que las obligaciones contenidas en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos son complementos del derecho interno, y van a aportar criterios de interpretación y establecer mecanismos de garantía. Así, el Pacto Internacional de

Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) que tiene rango constitucional (en virtud del artículo 5° inciso 2° de la Carta Fundamental), y las observaciones generales del Comité DESC, respecto de las cuales, a pesar de no ser jurídicamente obligatorias, el Tribunal Constitucional las ha citado en reiterados fallos, vienen a complementar las obligaciones contenidas en el N°9 del artículo 19 de la Constitución, en el siguiente sentido:

a) Obligación de respetar el derecho a la salud. Está compuesta por obligaciones negativas, que se refieren a una abstención del Estado, y están descritas latamente en la observación general N°14, que, entre otras cosas, señala que el Estado cumple la obligación de respetar “absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. Además, las obligaciones de respetar incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas. Esas excepciones deberán estar sujetas a condiciones específicas y restrictivas, respetando las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables, en particular los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental.⁵⁶”

Sin embargo, en relación con esta obligación, y en particular respecto de las personas en situación de discapacidad, la Observación general N° 5 señala “9. La obligación de los Estados Parte en el Pacto de promover la realización progresiva de los derechos correspondientes en toda la medida que lo permitan sus recursos disponibles exige claramente de los gobiernos que hagan mucho más que abstenerse sencillamente de adoptar medidas que pudieran tener repercusiones negativas para las personas con discapacidad. En el caso de un grupo tan vulnerable y desfavorecido, la obligación consiste en adoptar medidas positivas para reducir las

⁵⁶ Observación General N° 14, parágrafo 34. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 22° período de sesiones, Ginebra, año 2000.

desventajas estructurales y para dar el trato preferente apropiado a las personas con discapacidad, a fin de conseguir los objetivos de la plena participación e igualdad dentro de la sociedad para todas ellas. Esto significa en la casi totalidad de los casos que se necesitarán recursos adicionales para esa finalidad, y que se requerirá la adopción de una extensa gama de medidas elaboradas especialmente.”⁵⁷

Es por ello, que esta obligación debe entenderse como un punto de partida y no como una obligación que satisface el núcleo del derecho.

b) Obligación de proteger el derecho a la salud. Está compuesta por obligaciones positivas, descritas en la referida Observación N°14, incluyen entre otras, “las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología. Los Estados también tienen la obligación de velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia; impedir que terceros induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, por ejemplo a la mutilación de los órganos genitales femeninos; y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género.”⁵⁸

c) Obligación de cumplir el derecho a la salud. Está compuesta por obligaciones positivas, descritas en la Observación general N°14, que incluyen entre otras, aquellas relativas a que el Estado debe reconocer “suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten

⁵⁷ Observación General N°5, parágrafo 9. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 11° período de sesiones, Ginebra, año 1994.

⁵⁸ Observación General N° 14, parágrafo 35. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 22° período de sesiones, Ginebra, año 2000.

una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales. Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país. Otras obligaciones incluyen el establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos, el fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/SIDA, la salud sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas.”⁵⁹

La obligación de cumplir el derecho a la salud contiene, además, dos obligaciones: primero, la obligación de cumplir–facilitar, que contiene medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la salud; y, segundo, la obligación de cumplir–promover, que requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población.

⁵⁹ Observación General N° 14, parágrafo 36. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 22° período de sesiones, Ginebra, año 2000.

5. Síntesis conclusiva: estado actual del derecho a la protección de la salud de los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación.

El derecho a la protección de la salud, como bien se señaló, tiene como beneficiarios a todos los individuos, lo que incluye evidentemente, a aquellos que se encuentran privados de libertad, y con mayor razón a aquellos sujetos enajenados mentales que se encuentran cumpliendo medidas de seguridad de internación en un establecimiento psiquiátrico, pues dichos sujetos, se encuentran en una situación particular de vulnerabilidad, derivada del deterioro de su salud mental, la que el mismo derecho estima de tal entidad, que establece reglas especiales para su tratamiento.

En lo sucesivo se analizará el estado actual del derecho a la protección de la salud de los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación, a partir de las obligaciones que tiene el Estado de Chile al respecto.

El siguiente análisis se basa en la información que obtuvimos, mediante Ley de Transparencia, desde diferentes instituciones y organismos, cuyas respuestas están acompañados en los Anexos del presente trabajo.

5.1 Obligación de otorgar el libre e igualitario acceso a la salud mental de los enajenados mentales que se encuentran cumpliendo una medida de seguridad de internación en un establecimiento psiquiátrico.

Dicha obligación se traduce en el deber de abstenerse de denegar o limitar el acceso al derecho a la protección de la salud a los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación, es decir, que están privados de libertad, y se encuentran contenidas las siguientes acciones:

i. Acción de promoción y protección de la salud mental. Respecto a estas acciones, en el contexto de las medidas de seguridad, debieran estar destinadas a mejorar las condiciones de salud mental que provocan la comisión de un delito por parte de enajenados mentales y a la elaboración de métodos preventivos con la finalidad de evitar el deterioro de la salud en los grupos de riesgo.

Al respecto, es importante tener presente que del total de delitos cometidos por enajenados mentales, o sujetos que caen en enajenación durante el juicio, los delitos de amenazas simples, lesiones (leves, menos graves, graves), desacato, robo con intimidación, robo con violencia, robo por sorpresa, robo en lugar habitado y hurto corresponden a más del 60% de los delitos cometidos, mientras que los delitos sexuales solo representan el 1% del total. Sin embargo, a pesar de esta marcada tendencia, y de tratarse de una población que por su condición de vulnerabilidad es de fácil identificación, no existe ningún plan ni programa destinado a la prevención de delitos cometidos por personas con discapacidad intelectual, según la información entregada por la propia subsecretaría de prevención delito.⁶⁰

En este sentido el Estado de Chile, no ha desarrollado programas destinados a mejorar condiciones de salud de sujetos que se encuentren en situación de discapacidad mental y que puedan cometer delitos. Esto es un reflejo de la posición pasiva que asume el Estado respecto de los delitos que finalizan con la aplicación de una medida de seguridad, y lo que resulta aún más preocupante, es que responde a una posición estatal generalizada respecto a todas las personas en situación de discapacidad mental. Muestra clara de lo anterior, es entre otras cosas, el hecho de que Chile pertenece al 40% de los países en el mundo, que no poseen una Ley de salud mental que articule el conjunto de normas e instrumentos programáticos existentes y que se encuentre en armonía con el derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Como hemos señalado anteriormente no existe un programa focalizado a este sector de la población, circunstancia concordante con la realidad del gasto público destinado a la salud mental, que alcanza poco más del 2% del total destinado a todo el sector, muy por debajo de la recomendación mínima de la OMS. Cuestión relevante, si considerados que la OMS ha establecido un parámetro de recursos totalmente modesto para que los servicios de salud mental puedan funcionar de manera correcta y comprometida, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios. Señalan que los recursos financieros que se necesitan son: US\$ 2 por persona y año en los países de ingresos bajos y US\$ 3 a 4, en los de ingresos medios.

Lo anterior, resulta en extremo relevante si consideramos que alrededor de 430 millones de personas sufren trastornos mentales y de conducta a nivel mundial y que los factores que han

⁶⁰Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Prevención del Delito N° AB09170000384. En correo electrónico, de fecha 21 de junio de 2019, remitido por casilla no-responder@portaltransparencia.cl.

determinado la proliferación de estos trastornos son tanto, factores culturales, históricos, socioeconómicos y biológicos, entre ellos pueden destacarse principalmente la pobreza, el acceso deficiente a la salud, los abusos (físicos, sexuales y psicológicos) y el consumo problemático de drogas. En este sentido, pareciera ser un problema que podría disminuir con los avances y el desarrollo económico de un país, sin embargo, el desarrollo económico desligado de la distribución equitativa de ingresos y oportunidades constituye un elemento que produce la proliferación de las enfermedades, así, la OMS ha señalado que *"La desigualdad económica favorece el aumento de los trastornos mentales y contribuye a crear una sociedad ansiógena, estresada y frágil."*⁶¹

Así, el sistema de salud que otorga el Estado de Chile no ha dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales, manteniendo una gran divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación efectiva.

De esa manera es de toda lógica pensar que sin políticas públicas adecuadas y eficientes, un país tan desigual como el nuestro podría en el futuro enfrentar una epidemia de enfermedades mentales. Esta conclusión no es antojadiza, pues los índices de salud mental en nuestro país son alarmantes, entre otras cosas, tenemos que la tasa de suicidios supera en promedio la de los países de la OCDE, y "aun cuando Chile cuenta hoy con planes y programas de salud mental, éstos se deben actualizar y articular en una práctica de políticas públicas coherentes, de calidad y de aplicación universal, con respeto de los derechos ciudadanos. Es imperativo profundizar el modelo comunitario de salud mental, cerrando las brechas existentes, resolviendo las incoherencias y necesidades insatisfechas, alcanzando los estándares de calidad requeridos. El gasto público en salud de nuestro país es muy bajo en relación a los países desarrollados. Esto reduce la cobertura y obliga a desarrollar tareas principalmente curativas, genera gastos de bolsillo a las personas, aumenta la automedicación de psicofármacos y sobrecarga a los equipos de salud primaria y especializada, entre otras consecuencias"⁶²

Luego, las estadísticas en Chile son, al menos, preocupantes, "el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad (Fondo Nacional de la Discapacidad. Primer Estudio Nacional de

⁶¹ Pérez del Río, F. (2013). Márgenes de la psiquiatría. Desigualdad económica y enfermedad mental. *Revista Norte de Salud Mental*. Volumen XI, N° 45, p. 71

⁶² Ministerio de Salud. (2017). Plan nacional de Salud Mental 2017-2025, p. 10.

la Discapacidad en Chile. FONADIS; 2005.), establece que en Chile hay 348.057 personas en situación de discapacidad mental, correspondiente a un 2,2% de la población. Así también, este estudio muestra que la discapacidad es 4 veces más frecuente en la adultez que en la infancia y 14 veces más en población adulta mayor. En grupos con condición socioeconómica baja la discapacidad es dos veces más frecuente que en población con condición socioeconómica media alta. Por su parte, el Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (Ministerio de Desarrollo Social. Segundo Estudio Nacional de Discapacidad. Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS; 2015.) mostró que el 20% de la población adulta se encuentra en situación de discapacidad y un 64,4% de éstas son mujeres. Del total de personas adultas en situación de discapacidad el 5,4% presenta Dificultad Mental o Intelectual como condición permanente y/o de larga duración, mientras que el 4,1 presenta alguna dificultad psiquiátrica. Además, el 59% de las personas en situación de discapacidad declararon tener un trastorno mental y del comportamiento (no significa que su situación de discapacidad sea causada por el trastorno mental y del comportamiento), de acuerdo a las definiciones de la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).”⁶³

Evidentemente la forma de salvar esta situación es aumentando la disponibilidad de servicios de salud mental y para ello, la OMS ha concluido que son cinco obstáculos clave que deben superarse: 1) la no inclusión de la atención de salud mental en los programas de salud pública y las consiguientes consecuencias desde el punto de vista de la financiación; 2) la actual organización de los servicios de salud mental; 3) la falta de integración de la salud mental en la atención primaria; 4) la escasez de recursos humanos para la atención de salud mental; y, 5) la falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública.

Siguiendo con este razonamiento, es dable concluir que, afectada la salud mental de los habitantes de un país, se produce como consecuencia un aumento significativo en los hechos delictivos cometidos por sujetos que padecen trastornos mentales. Así las cosas, se presenta como una cuestión necesaria y urgente de analizar, la manera en la que el ordenamiento jurídico se enfrenta a esta realidad y realiza acciones destinadas a la promoción y prevención de la salud mental de la población de riesgo.

⁶³ Ministerio de Salud. (2017). Plan nacional de Salud Mental 2017-2025, p.17.

ii. Acción de recuperación de la salud del enajenado mental. Estas acciones están destinadas a que una persona recupere su estado salud en el contexto del cumplimiento de una medida de seguridad de internación, dentro de ellas tenemos acciones directas de medicina curativa e indirectas que se ejerce absteniéndose de los tratamientos coercitivos e ilegales. Es, precisamente, con ocasión de la aplicación de las medidas de seguridad a enajenados mentales, que dicha población penal se encuentra en alto riesgo de vulneración de derechos humanos, en particular el derecho a la salud. En la mayoría de los países son frecuentes las denuncias de violaciones de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental o psicológica, que incluyen la coerción física, la reclusión y la privación de las necesidades básicas y la intimidad. Por ello, el foco de esta acción debe estar puesto en los Centros de Internación.

Los lugares en los que se cumplen medidas de seguridad, pertenecen a la Macro Red de Psiquiatría Forense nivel nacional⁶⁴, esta, tiene una capacidad total de 130 camas para el cumplimiento de medidas de seguridad de internación, dicha capacidad se encuentra distribuida en 4 centros a nivel nacional, que participan en la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense⁶⁵, siendo estos: el Hospital Psiquiátrico Phillipe Pinel de Putaendo⁶⁶ (70 camas), el Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak de Santiago⁶⁷ (40 camas), el Hospital Regional de Concepción “Guillermo Grantt Benavente”⁶⁸ (18 camas) y el Hospital “El Salvador” de Valparaíso (2 camas)⁶⁹.

Como primera cuestión fundamental, debemos señalar que los sujetos en situación de discapacidad que están cumpliendo medidas de seguridad de internación en dichos centros se encuentran en un estado de tal vulnerabilidad, que dependen absolutamente de los funcionarios de los establecimientos de internación psiquiátrica, para poder desarrollar y satisfacer sus

⁶⁴ Respuesta a Solicitud de información pública a la Defensoría Penal Pública N° AK005T0000434. En carta N°86055, de fecha 2 de mayo 2019.

⁶⁵ Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Justicia N° AK001T-0002877. En oficio ordinario N°4562, de fecha 18 de julio de 2019.

⁶⁶ Respuesta a Solicitud de información pública a Servicio de Salud Aconcagua N° AO021T0000690. En oficio ordinario N°741, de fecha 03 de mayo de 2019.

⁶⁷ Respuesta a Solicitud de información pública al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak N°AO100T0000203. En carta N°135, de fecha 22 de abril de 2019.

⁶⁸ Respuesta a Solicitud de información pública al Hospital Guillermo Grant N°AO064T0000396. En oficio ordinario N°3231, de fecha 24 de mayo de 2019.

⁶⁹ Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Justicia N° AK001T-0002877. En oficio ordinario N°4562, de fecha 18 de julio de 2019.

necesidades básicas. De esta forma, todas las acciones que estos realicen van a repercutir de manera directa en el estado de salud de los internos.

Las acciones de medicina curativa, se refieren a las condiciones de salud en que se cumplen las medidas de seguridad, en particular a los tratamientos a los que son sometidos los internos, el número de profesionales de la salud que los atiende, las medidas de control, higiene y recreación, estas acciones debería manifestarse en protocolos nacionales de administración de medicamentos, contratación de personal suficiente y capacitado, regulación que permita a los familiares y/o representantes del enfermo poder participar en la planificación del tratamiento (y, a su vez, establezcan controles paralelos sobre los parientes cuyas decisiones puedan afectar al paciente), entre otras cosas.

Así, ante las solicitudes de información realizada a toda la Macro Red de Psiquiatría forense, sus respuestas, fueron las siguientes:

Centros de internación psiquiátrica forense				
	Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel⁷⁰	Instituto Psiquiátrico Horwitz⁷¹	Hospital Guillermo Grant⁷²	Hospital del Salvador⁷³
Ubicación	Región de Valparaíso	Región Metropolitana	Región del Bío Bío	Región de Valparaíso ⁷⁴
Centro de cumplimiento de medida de seguridad	Si	Si	Si	No
Capacidad del centro de internación				
Camas clínicas	70 camas	40	18	N/A
N° de personas que cumplen medidas de seguridad	64	40	4	

⁷⁰ Respuesta a Solicitud de información pública a Servicio de Salud Aconcagua N° AO021T0000690. En oficio ordinario N°741, de fecha 03 de mayo de 2019.

⁷¹ Respuesta a Solicitud de información pública al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak N°AO100T0000203. En carta N°135, de fecha 22 de abril de 2019.

⁷² Respuesta a Solicitud de información pública al Hospital Guillermo Grant N°AO064T0000396. En oficio ordinario N°3231, de fecha 24 de mayo de 2019.

⁷³ Respuesta a Solicitud de información pública al Hospital Del Salvador N°AO079T0000286. En correo electrónico, de fecha 14 de mayo de 2019, remitido por casilla no-responder@portaltransparencia.cl.

Hombres	61	40	3	N/A
Mujeres	3	N/A	1	N/A
Número de habitaciones	40	4	7	N/A
Camas por habitación	1 (Unidad de alta complejidad) 2 en promedio (Unidad mediana complejidad)	10	1 con 1 cama, 1 con dos camas y 5 con 3 camas	N/A
Capacidad utilizada	91%	100%	17%	N/A
Personal médico destinado al cumplimiento de medidas de seguridad				
Psiquiatras	2	4	4	N/A
Psicólogos	3	3	2	N/A
Enfermeros	7	1 (turno diario)	3 (2 turno diario 1 en turno de noche)	N/A
Técnicos en enfermería	18	16 (4 por turno)	5 por turno	N/A
Terapeutas ocupacionales	3	No informa	No informa	N/A
Personal médico según capacidad utilizada del centro				
Psiquiatras	1 cada 32 internos	1 cada 10 internos	1 cada 1 interno	N/A
Psicólogos	1 cada 21,3 internos	1 cada 13,3 internos	1 cada 2 internos	N/A
Enfermeros	1 cada 9,1 internos	1 cada 40 internos (turno diario)	1 cada 2 internos	N/A
Técnicos en enfermería	1 cada 3,5 internos	1 cada 2,5 internos	1 cada 0,8 internos	N/A
Lugares de esparcimiento				
Número de lugares de esparcimientos	3 (Unidad mediana complejidad) 4 (Unidad de alta complejidad)	3	3	N/A

Sala de estar	Sí	No informa	Sí	N/A
Patio	Sí	Si	Sí	N/A
Sala de recepción de visitas	Sí	No informa	No informa	N/A
Áreas verdes de esparcimiento	Sí	No	No	N/A
Taller	Sí (No especifica)	Si (No especifica)	No	N/A
Área de deportes	Sí (Multicancha)	Si (cancha de futbol)	No	N/A
Lugares de esparcimiento según capacidad utilizada del centro				
Numero de lugares de esparcimiento	1 lugar cada 9,1 internos	1 lugar cada 13,3 internos	1 lugar cada 1,3 internos	N/A
Condiciones de higiene				
Baños	9	2	2	N/A
Medida de control de higiene	Sí	Si	Si	N/A
Obligación de ducha	Sí (Diaria)	No informa	Si (Diaria)	N/A
Baños según capacidad utilizada del centro				
Baños	1 cada 7,1 internos	1 cada 20 internos	1 cada 2 internos	N/A
Condiciones de alimentación				
Comidas diarias	5	4	6	N/A
Horarios	09.00 hrs. desayuno / 12.30 hrs. almuerzo / 15,00 hrs. once/ 18,00 hrs. cena / 21,30 hrs. colación.	08.30 hrs. desayuno / 12.30 hrs. almuerzo / 16.00 hrs. once/ 18.00 hrs. cena.	08.00 hrs. desayuno / 10.30 hrs. colación / 12.00 hrs. almuerzo / 15.00 hrs. once/ 19.00 hrs. cena / 21.00 hrs. colación nocturna.	N/A
Procedimientos y protocolos				
Protocolos	Sí	Si	No	N/A

Para suministro medicamentos	Sí	Si	N/A	N/A
Para evaluación psicológica	No	Si	N/A	N/A
Para situaciones de abuso sexual	No	No	N/A	N/A
Para situaciones de maltrato físico	No	Sí	N/A	N/A
Para accidentes	No	Si	N/A	N/A
Para daño autoinfligido	No	Si	N/A	N/A
Para muerte	No	No informa	N/A	N/A
Otros	Sistema de Alerta en caso de emergencia. Contención física y prevención de eventos adversos. (3)	No informa	N/A	N/A
Visitas				
Régimen de visitas	Sí	Sí	Sí	N/A
Quienes pueden visitar	Solo familiares directos	Curador Ad-litem, familiares directos	Familiares directos y a quién autorice el paciente, salvo que por motivos médicos exista una restricción.	N/A
Horarios	Lunes a domingo de 09.00 a 18.00 hrs.	Lunes a jueves de 14.00 a 16.00 hrs.	Martes, jueves, sábados, domingos y festivos de 15.00 a 17.00 hrs.	N/A
Lugares a los que pueden acceder	Sala de visitas	Comedor	Comedor	N/A
Número máximo de visitas	2	2	No informa	N/A
Número de internos que recibe visitas	No informa	24 internos	2	N/A

Como vemos, del total de centros, solo 3 señalaron contar con unidades psiquiátricas destinadas al cumplimiento de medidas de seguridad de internación. De esta forma, y a pesar de que toda la información recopilada está conteste en que el Hospital del Salvador de Valparaíso cuenta con una unidad de cumplimiento de estas medidas, dicha institución señaló que considerando “centros psiquiátricos donde se cumplen medidas de seguridad” como centros con pacientes psiquiátricos que cumplen algún tipo de condena, la unidad, no cumple con ese perfil por lo que no hay información que entregar. Así, esta discordancia probablemente se deba, a que la Unidad del Hospital del Salvador, en la actualidad, es una unidad de psiquiatría forense transitoria.

Por ello, en lo sucesivo analizaremos las respuestas otorgadas por el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, Instituto Psiquiátrico Horwitz y el Hospital Guillermo Grant.

Una primera cuestión para destacar es que los centros tienen un porcentaje de capacidad total utilizada, que bordea el 70%, lo que en principio podría indicar que no existe hacinamiento en el cumplimiento de dichas medidas. Sin embargo, en atención a que por parte de las autoras no se realizó una inspección de los centros, y que los sujetos que cumplen estas medidas se encuentran en una situación de vulnerabilidad particular, el número excesivo de camas por habitaciones podría generar condiciones similares a las del hacinamiento, como el estrés y la violencia. Sin considerar, además, que dentro de las cárceles chilenas existen una serie de personas en situación de discapacidad mental esperando un cupo en los centros psiquiátricos⁷⁵, dichos sujetos no solo no cuentan con especialistas, sino que además están sometidos a condiciones ambientales que pueden agravar su situación. Así las cosas, este porcentaje de capacidad resulta engañoso.

En relación al personal médico, es una realidad evidente que existen grandes diferencias en la distribución de profesionales competentes en atención de salud mental. Estas diferencias son dadas, obviamente, por los recursos económicos con los que cuenta cada país y que destinan a la salud mental. Los principales obstáculos que impiden ofrecer tratamiento y atención relacionados a la salud mental son la escasez de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales. La realidad de los centros psiquiátricos es que en promedio existen 1

⁷⁵ En línea con las conclusiones del informe de la Defensoría Penal Pública, del año 2017.

siquiatra cada 11 personas, 1 psicólogo cada 14 personas, sin considerar que los números de profesionales informados no dan cuenta de los turnos realizados, por lo que podríamos presumir que la suma la estadística es aún menor. Así, los Centros están imposibilitados de brindar un cuidado individualizado. Sumado lo anterior, la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense ha manifestado su preocupación por la falta de especialización de los profesionales que trabajan en los centros de internación y en particular, la falta de recursos para que estos puedan especializarse en psiquiatría forense y drogas.

Una cuestión de máxima importancia, es la carencia de protocolos en la mayoría de los centros, y la nula existencia de un protocolo en caso de abuso sexual de internos y de muerte, teniendo presente que las condiciones de su entorno y de su propia situación de discapacidad mental, vuelven difícil, quizá imposible que se genere una denuncia formal contra estos hechos de manera que resulta fundamental que los funcionarios cuenten con un protocolo para actuar en estos casos, que lamentablemente son frecuentes, y respecto de los cuales solo aquellos de connotación mediática han podido ser investigados.

Surge entonces la siguiente pregunta, un interno en un centro psiquiátrico que cumple una medida de seguridad de internación y es abusado sexualmente, ¿qué hace?, la mayoría no recibe visitas, sus compañeros de pieza están en una situación de igual vulnerabilidad y el centro de internación no cuenta con ningún protocolo. En este punto, la situación de abandono por parte del Estado evidentemente vulnera el derecho a la protección de la salud.

Respecto a los demás protocolos, en la mayoría de los centros no existen protocolos de medicación, evaluación psicológica, daño auto infringido, accidente, lo que significa que en definitiva no cuentan con las herramientas básicas para reaccionar ante estas circunstancias.

De la obligación estatal en comento, resulta relevante que no se cuente con protocolos de medicación forzosa, lo que puede implicar que en la práctica exista sobre medicación, carencia de esta y discontinuidad en el tratamiento. En este sentido, algunos centros han manifestado en las sesiones de la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense⁷⁶, que los medicamentos no son suficientes para abastecer a toda la población, por ello, respecto a este

⁷⁶ Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Justicia N° AK001T-0002877. En oficio ordinario N°4562, de fecha 18 de julio de 2019. Acta Reunión Comisión Nacional de Psiquiatría Forense, de fecha 9 de mayo de 2019.

asunto se ha planteado la necesidad de crear una canasta tipo de fármacos para la Macro Red de Psiquiatría Forense.

En relación a las escasas visitas que reciben los internos y los lugares de esparcimientos destinados, la recuperación de la salud puede verse perjudicada, pues la salud mental de una persona, cualquiera, evidentemente se deteriora al estar alejado de sus afectos y de las condiciones físicas mínimas.

iii. Acción encaminada a la rehabilitación del individuo, en miras a su reinserción social.

Centros de internación psiquiátrica forense				
	Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel	Instituto Psiquiátrico Horwitz	Hospital Guillermo Grant	Hospital del Salvador
Seguimiento a los pacientes finalizada la medida de seguridad				
Seguimiento luego de ser dado de alta	No	Si	Si	N/A
Control ambulatorio	N/A	Si, quincenal	Si	N/A
Protocolo de seguimiento	N/A	No	No	N/A
Contacto con familia paciente finalizada la medida	N/A	No	No	N/A
Actividad reinserción social				
Actividades de reinserción social	No responde	Dependiendo de cada caso, se realizan derivaciones a hogares forenses para un ingreso paulatino a la sociedad	Si	N/A

Respecto de esta acción, de los cuatro establecimientos consultados, solo dos de ellos nos informaron positivamente sobre la existencia de un seguimiento luego del alta de cada

interno que estuvo cumpliendo medidas de seguridad, así como de actividades de reinserción social de los mismos.

En detalle, el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak ha señalado que realiza un control ambulatorio quincenal a los internos que fueron dados de alta. En este sentido, el Hospital Guillermo Grant solo nos indica que también hace un control ambulatorio de estos sujetos, pero no señala cada cuánto.

Asimismo, respecto de la realización de actividades de reinserción social, el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak⁷⁷ ha indicado que caso a caso estudia la posibilidad de derivar a los ex internados a hogares forenses para que los apoyen en su proceso de reinserción social. Y, el Hospital Guillermo Grant⁷⁸, solo nos respondió que realiza actividades de reinserción social, sin especificar.

Debido a la poca información entregada y a la falta de protocolos al respecto, nos es imposible concluir que el Estado cumple con esta obligación, toda vez que no se logra apreciar si el seguimiento y control a los ex internados resulta ser suficiente para evitar que su situación empeore o recaigan en la comisión de delitos, ni tampoco es posible establecer que las actividades de reinserción que indican -solo dos de los centros- que existen son las adecuadas en cada caso.

De esta forma, en relación a la obligación de otorgar el libre e igualitario acceso a la salud mental de los enajenados mentales que se encuentran cumpliendo una medida de seguridad de internación en un establecimiento psiquiátrico, no existen planes ni programas destinados a la prevención de delitos cometidos por enajenados mentales, no existe una ley de salud mental, ni directrices o programas que provengan de las instituciones que debieran tener roles relevantes en esta materia -como lo son los Ministerios de Prevención del delito, de Salud y de Justicia y Derechos Humanos- destinados a la promoción de la salud mental. Finalmente, y en relación a la recuperación de la salud mental, el Estado, no solo no cumple con acciones positivas destinadas a lograr mejorar las condiciones de salud, sino que, además, afecta la salud de los

⁷⁷ Respuesta a Solicitud de información pública al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak N°AO100T0000203. En carta N°135, de fecha 22 de abril de 2019.

⁷⁸ Respuesta a Solicitud de información pública al Hospital Guillermo Grant N°AO064T0000396. En oficio ordinario N°3231, de fecha 24 de mayo de 2019.

internos, pudiendo éstos ingresar en el sistema en mejores condiciones que las que tengan al abandonar los centros, esta es sin duda, la vulneración más evidente. Como ya hemos señalado, frente a las agresiones físicas, sexuales, los accidentes, el suministro forzado de medicamentos ¿qué hace el Estado y sus agentes?, pues bien, el Ministerio de Justicia y Derechos humanos, no sabe si existen o no protocolos al respecto, el Ministerio Público no tiene información sistematizada respecto de estas medidas y los Centros en los que se cumplen las medidas de seguridad no cuentan con protocolos, ni con medicamentos suficientes, ni funcionarios especializados en el tratamiento de internos.

5.2 Obligación de vigilancia respecto al funcionamiento de los establecimientos psiquiátricos en los que enajenados mentales cumplen medidas de seguridad de internación.

Resulta relevante a la hora de analizar el cumplimiento de las medidas de seguridad en los establecimientos de internación psiquiátricos, la información que obra en poder de instituciones como la Subsecretaría de Justicia y Derechos Humanos, sobre los Protocolos, Reglamentos e Instructivos vigentes en relación a la aplicación de las medidas de seguridad. Sin embargo, no es posible obtener desde dichas entidades una respuesta determinante acerca de la existencia de protocolos que obren en su poder, lo que significa que no existen Protocolos que indiquen los estándares mínimos que debieran cumplirse en cada uno de los establecimientos psiquiátricos en los que se cumplen medidas de seguridad de internación o que existen pero que son desconocidos por las entidades que tienen como objeto proponer al Ministro de Justicia y Derechos Humanos el diseño y elaboración de políticas, planes, programas y estudios referidos a la promoción y protección de los derechos humanos, y colaborar en el fomento y desarrollo de dichas políticas, planes, programas y estudios.

Así, y aun cuando la ley es clara al señalar, en el artículo 481 del Código Procesal Penal⁷⁹, que es al Ministerio Público al que le corresponde la inspección de los establecimientos psiquiátricos en que se cumplen medidas de seguridad de internación, con el fin de informar

⁷⁹ Artículo 481, inciso 5, Código Procesal Penal: “Sin perjuicio de lo anterior, el ministerio público deberá inspeccionar, cada seis meses, los establecimientos psiquiátricos o instituciones donde se encontraren internados o se hallaren cumpliendo un tratamiento enajenados mentales, en virtud de las medidas de seguridad que se les hubieren impuesto, e informará del resultado al juez de garantía, solicitando la adopción de las medidas que fueren necesarias para poner remedio a todo error, abuso o deficiencia que observare en la ejecución de la medida de seguridad.”

debidamente al Juez de Garantía competente, de las condiciones en que se está ejecutando la medida de seguridad de internación impuesta, ante nuestra solicitud de información respecto de la existencia de los protocolos antes mencionados la Subsecretaría de Justicia⁸⁰ señaló no tener información respecto a la existencia de ellos y, curiosamente, derivó la solicitud a Gendarmería de Chile, organismo que no está obligado por ley a supervigilar el cumplimiento de las medidas de seguridad y que desarrolla un rol más bien asistencial.

En tanto, la Subsecretaría de Derechos Humanos⁸¹, ante nuestra misma solicitud, derivó la misma a la Subsecretaría de Justicia. De esta forma, no nos fue posible obtener una respuesta respecto a la existencia de protocolos establecidos a nivel nacional para el cumplimiento de las Medidas.

Cuestión relevante, es que el Hospital Guillermo Grant, como establecimiento de internación psiquiátrica, carece de estos instrumentos.

Al respecto la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense ha establecido la importancia de la existencia de estos protocolos y ha determinado su creación mediante la sistematización de la información estadística relevante para ello. Sin embargo, no existe, a la fecha, siquiera la información estadística suficiente para crearlos, de modo tal que ninguna de estas ideas se ha concretado.

Ante la solicitud de información al Ministerio Público⁸², en su rol de vigilante, respecto del número de requerimientos de medidas de seguridad del año 2018, su respuesta fue que toda la información estadística que manejan está en los boletines estadísticos publicados en su página web, los cuales, si bien son completos en cuanto a información sobre procedimientos y las distintas formas de poner término a ellos, se refiere solo a aquellos procedimientos seguidos contra personas capaces y en ningún caso muestra algún tipo de levantamiento de información referida a procedimientos seguidos en contra de enajenados mentales que hayan terminado con imposición de medidas de seguridad. También, nos informó directamente el Ministerio Público, que no posee datos sistematizados sobre los requerimientos de medidas de seguridad que se

⁸⁰ Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Justicia N°AK001T0002792. En oficio ordinario N°3554, de fecha 2 de junio de 2019.

⁸¹ Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Derechos Humanos N°AK012T0000298. En oficio ordinario N°405, de fecha 2 de mayo de 2019.

⁸² Respuesta a Solicitud de información pública al Ministerio Público Folio SIAU N°8645. En carta DEN LT N°307/2019, de fecha 9 de mayo de 2019.

efectúan en el contexto de investigaciones penales. Indicando, además, que otorgar la información requerida implicaría distraer indebidamente a sus funcionarios del cumplimiento regular de sus funciones habituales.

Luego, en una nueva solicitud de información derivada del Defensor Nacional, en que pedimos información respecto del número de establecimientos psiquiátricos en que se cumplen medidas de seguridad de internación y número de personas que estuvieren en calidad de internos enajenados mentales, el Ministerio Público⁸³ se desentiende totalmente de su función de control y responde no ser fuente oficial de la información solicitada pues, en sus términos, los centros psiquiátricos no dependen del Ministerio Público y es el Poder Judicial quien decreta las medidas de seguridad. Y, por último, reitera que no tiene datos sistematizados sobre medidas de seguridad.

De esta forma, y si bien es válida a nivel de Ley de Transparencia la excusa entregada en ambos casos, queda de manifiesto que el Ministerio Público considera que la sistematización de esta información -que es fundamental para poder cumplir su labor de supervigilancia del respeto a las garantías (en cuanto a informar cualquier error, abuso o deficiencia) de los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación en establecimientos psiquiátricos, y es fundamental, como se dijo, para la creación de protocolos- no es parte de sus prioridades.

Cabe destacar que no es primera vez que al Ministerio Público se le hace un requerimiento de información respecto de esta materia. En el año 2017, ante una solicitud similar, en cuanto a información sobre el número de inspecciones que realiza la Fiscalía a los establecimientos psiquiátricos o instituciones donde se encontraren internados o se hallaren cumpliendo tratamiento enajenados mentales, conforme al artículo 481 del Código Procesal Penal, el Ministerio Público señala que existe un oficio interno que lo regula⁸⁴. Sin embargo, la información que entrega es discordante con la información entregada por cada establecimiento de internación psiquiátrica, de modo tal que aun cuando en esa oportunidad da cuenta de una especie de fiscalización, los datos entregados demuestran una falta de control y una deficiencia

⁸³ Respuesta a Solicitud de información pública la Defensoría Nacional, deriva al Ministerio Público N° AK005T0000434. En carta DEN LT N°380/2019, de fecha 30 de mayo de 2019.

⁸⁴ Ulloa Eyzaguirre, T. (2017) Evolución de las medidas de seguridad aplicables a los inimputables por enajenación mental en el ordenamiento jurídico chileno. Análisis crítico de Derecho Comparado. *Revista de Derecho Universidad San Sebastián*. N°23, p.107.

en su rol de fiscalizador del cumplimiento de las garantías de los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación.

Luego, en términos generales solicitamos las estadísticas o los análisis que hayan desarrollados los centros psiquiátricos en relación al cumplimiento y cualquier otro dato que pueda resultar relevante respecto de los inimputables cumpliendo medidas de seguridad de internación, solicitud que no tuvo respuesta.

Finalmente, la Excelentísima Corte Suprema nos otorgó los siguientes datos: Entre enero del año 2018 y julio del año 2019, hubo 2.411 requerimientos de medidas de seguridad, dentro de los cuales en 101 casos se decretó la internación provisional del imputado, y que, a la fecha, 902 de ellas se encuentran suspendidas en virtud de los artículos 171 o 458 del Código Procesal Penal, 363 de ellas se encuentran concluidas, de los cuales 313 terminaron en sobreseimiento y 50 de ellas, con sentencias de medidas de seguridad⁸⁵.

A pesar de la obtención de estos datos, resultan insuficientes, pues tal como señalamos con anterioridad, la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense considera indispensable para poder instaurar protocolos y nuevas políticas de cumplimiento de medidas de seguridad de internación teniendo un control sobre los establecimientos de internación psiquiátrica, el contar con información sistematizada sobre esta materia.

Cabe señalar que, en el marco del procedimiento penal antiguo, este deber de fiscalización está entregado a los fiscales de las Cortes de Apelaciones, en el mismo sentido que lo es hoy, para el Ministerio Público, debiendo informar al Fiscal Judicial de la Corte Suprema, de las condiciones en que se encuentran los internos, recayendo en este último el deber de representar las deficiencias del sistema observadas y comunicándolas a las autoridades judiciales y administrativas que correspondan.

De esta forma el organismo llamado por ley a cumplir con el rol de supervigilancia de los establecimientos de internación psiquiátrica, en el proceso penal actual, es el Ministerio Público y el mismo desconoce su rol, dejando a la deriva la fiscalización de dichos establecimientos en cuanto al respecto por las garantías de los internos. Así, respecto de la obligación de vigilancia al funcionamiento de los establecimientos psiquiátricos en los que

⁸⁵ Respuesta de la Excelentísima Corte Suprema en carta de fecha 31 de julio de 2019.

enajenados mentales cumplen medidas de seguridad de internación la vulneración es evidente, toda vez que es la propia institución llamada por ley a ejercer la supervigilancia del cumplimiento de las medidas, quien se ha desentendido de la obligación legal que pesa sobre ella, careciendo de información sobre los Centros en los que se cumplen medidas, no teniendo estadísticas sistematizadas de su cumplimiento que los apoyen en su labor fiscalizadora y a la hora de informar la frecuencia de dicha fiscalización ha entregado datos que se contradicen con los informados por los propios centros. Además, la Subsecretaría de Justicia y de Derechos Humanos, no tiene conocimiento de los protocolos que se implementan en los Centros de Internación, ni estadísticas u otros datos relevantes, cuestión que se distancia del propio objetivo planteado por dicha institución, esto es, la protección de los derechos de las personas, la reinserción social y la seguridad ciudadana, todo ello en un marco de respeto a los derechos humanos.

5.3 Obligación de garantizar la ejecución de acciones de salud destinadas a los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación en establecimientos psiquiátricos.

Esta obligación estatal consiste en que, en definitiva, se debe asegurar los siguientes aspectos que contempla el derecho a la protección de la salud de los enajenados mentales que cumplen medidas de internación en establecimientos psiquiátricos:

a) Disponibilidad. En un aspecto general, se refiere a contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud, es decir, implementación de políticas públicas, que se traduce en una ley de salud mental.

En el caso en concreto, refiriéndonos a la oferta de establecimientos psiquiátricos para cumplimiento de medidas de internación involuntarias, la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense⁸⁶ ha tratado extensamente este tema en cada una de sus reuniones, en que sus participantes han dejado de manifiesto la urgencia de la creación de Unidades de Psiquiatría Forense Definitivas por región.

⁸⁶ Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Justicia N° AK001T-0002877. En oficio ordinario N°4562, de fecha 18 de julio de 2019.

A nivel nacional las camas psiquiátricas disponibles no logran abarcar la cantidad de personas en situación de discapacidad mental que forman parte del sistema penitenciario, de esta forma, y según los datos de Gendarmería⁸⁷ en el año 2018 existían 265 reclusos con enfermedades mentales, solo en la Región Metropolitana. Si consideramos que la realidad de hacinamiento y falta de servicios básicos en las cárceles chilenas son un acelerante para la proliferación de enfermedades mentales, es posible concluir que esa cifra puede ser aun mayor. De esta forma, nos enfrentamos a una realidad evidente, no solo los centros de internación psiquiátrica son deficientes, además a pesar de la norma expresa⁸⁸ que señala que en ningún caso las medidas de seguridad podrán llevarse a cabo en un establecimiento carcelario, la realidad es que en las cárceles chilenas se cumplen medidas de seguridad.

Sumado a lo anterior, y respecto de las unidades existentes, se requiere con urgencia un presupuesto estable y suficiente, pues la urgencia llega a ser tal que, en algunos casos, como el de la Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria de Arica, existe un déficit de medicamentos por falta de presupuesto.

b) Accesibilidad. Este aspecto quiere decir que el derecho a la protección de la salud debe manifestarse de forma tal que sea accesible y asequible para todos, dentro de la jurisdicción, lo que implica accesibilidad física y de información, y además no discriminación en el acceso.

Respecto de este punto, hoy existen establecimientos de internación psiquiátrica definitivos sólo en tres regiones del país, lo que evidentemente es insuficiente pues implica que la internación de los enajenados mentales sobre quienes se decretan medidas de seguridad deben, en muchos casos, terminar cumplimiento medidas de seguridad en centros penitenciarios o son trasladados a otras regiones, lo que implica un costo de traslado y un aislamiento de este enajenado mental, pues se aleja de su red de apoyo, si es que la tuviere. Así, en el Hospital Guillermo Grant, encontramos cumpliendo medidas de seguridad a sujetos que son de la ciudad de Osorno, ubicada a 542 kilómetros de la capital regional del Bío Bío, con todos los costos que eso implica.

⁸⁷ Respuesta a Solicitud de información pública a Gendarmería de Chile N°AK006T0009388. En oficio Ordinario 1102, de fecha 18 de octubre de 2018.

⁸⁸ Artículo 457 del Código Procesal Penal.

En este sentido, también es relevante lo señalado antes en cuanto a los problemas que se han manifestado en las reuniones de la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense, respecto de la necesidad de la creación de Unidades de Psiquiatría Forense definitivas en cada región, de manera que sirvan tanto para descongestionar los establecimientos de internación psiquiátrica ya existentes, como para que se pueda garantizar cabalmente la protección a los derechos de estos sujetos, y en este sentido el derecho a la protección de la salud, terminando con los traslados interregionales para el cumplimiento de medidas de seguridad de internación de los enajenados mentales y, con esto, evitando los costos económicos y sociales que eso conlleva en la actualidad.

c) Aceptabilidad. En este aspecto, se refiere a que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida. Esta circunstancia difícilmente se verifique en los centros psiquiátricos en los que se cumplen medidas de seguridad de internación, si consideramos que al menos en el papel, no tienen ningún protocolo respecto de la adecuación cultural de los tratamientos. Sumado a esto, los profesionales que participan, como ya se señaló, carecen de la formación necesaria para atender las particulares propias de la población a la que están destinados.

d) Calidad. Finalmente, en cuanto a este aspecto, se entiende que la obligación de garantizar las acciones de salud que afectarán directamente a enajenados mentales que se encuentran cumpliendo medidas de seguridad de internación, consiste en que las mismas sean apropiadas desde el punto de vista científico y médico, entregando la libertad de determinar este criterio de “apropiadas” a los mismos establecimientos de internación psiquiátrica en los que se cumplen dichas medidas de seguridad.

Este mecanismo es manifiestamente deficiente, desde que no existen el número de establecimientos ni de profesionales suficientes, y los que hay no cuentan siempre con el nivel de conocimientos por especialidad requeridos para poder ejercer correctamente las acciones destinadas a la protección del derecho a la salud de los internos enajenados mentales que se encuentran cumpliendo medidas de seguridad en los distintos establecimientos psiquiátricos a nivel nacional. El problema se hace aún más grave debido a que a la escasez de tratamientos se suma la mala calidad de la atención que reciben los internos. Sobre todo, cuando se considera

que no basta un tratamiento psiquiátrico para mejorar la salud mental de los sujetos, sino que, además, se necesita apoyo y atención social, que en atención a las visitas recibidas por los internos y a los lugares de esparcimiento destinados, dificultan este objetivo.

Así, se incumple, también, la obligación estatal de garantizar la ejecución de acciones de salud destinadas a los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación en establecimientos psiquiátricos, pues no promueve el tratamiento, el cuidado y la rehabilitación de los sujetos y, sobre todo, porque otorga un deficiente acceso, en términos de calidad y accesibilidad, a los servicios de salud mental.

5.4 Conclusiones generales.

La protección de la libertad y la seguridad personal, determinan la prohibición de la privación arbitraria de libertad, estableciendo como única excepción aquellas que se produzcan por causas legales, con arreglo a los procedimientos establecidos y respetando garantías que el ordenamiento jurídico le otorga a las personas en situación de discapacidad. Esta idea, se encuentra, como vimos, plasmada en la legislación nacional e internacional, sin embargo, la regulación poco sistemática y genérica ha resultado insuficiente a la hora de asegurar la protección de los derechos de las personas en situación de discapacidad privados de libertad.

Insuficiencia que ha transformado a las medidas de seguridad en una respuesta deficiente respecto a la problemática existente en nuestro país. En la práctica, las deficiencias normativas y la falta de interés del Estado de Chile han provocado que, en el marco del cumplimiento de medidas de seguridad de internación, se verifique la vulneración del derecho a la protección de la salud de los enajenados mentales.

Las personas en situación de discapacidad mental se duplican con la pobreza, la desigualdad económica, la falta de trabajo, de oportunidades y redes asistenciales y deriva en que muchas de ellas terminen viviendo en las calles, expuestas a todo tipo de riesgo, en particular el consumo problemático de estupefacientes. El problema que subyace es una cuestión de dignidad, justicia social y derechos humanos. Privados de libertad, las personas en situación de discapacidad mental ven afectada su condición de salud, por el encierro, por la falta o el exceso

de medicación, la carencia de protocolos que los protejan ante los abusos y, sobre todo, por la violencia institucional de la que son víctimas.

En este contexto, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y toda la normativa internacional vigente y ratificada por Chile, nuestras propias leyes internas, constituyen una herramienta indispensable que nos compele a reconocer la autonomía de los sujetos en situación de discapacidad, y la aplicación estricta del principio de igualdad ante la ley y de no discriminación. Sin perjuicio, de la necesidad de contar con una ley integral para garantizar la protección y el ejercicio de los derechos por parte de los sujetos en situación de discapacidad privados de libertad.

Los casos de abuso y vulneración de derechos abundan⁸⁹, han sido denunciados por medios de comunicación, pero no han sido parte del debate público.

Chile enfrenta un importante desafío en materia de salud mental, urge la creación de políticas públicas y la creación de una normativa especial que sistematice el sin fin de normas que versan sobre la materia, de tal manera que nuestro ordenamiento jurídico camine hacia el acceso preferente a penas sustitutivas y el cumplimiento de medidas de seguridad (y también de condenas) en unidades psiquiátricas amables, con acceso a atención de salud de calidad,

⁸⁹ https://www.cnnchile.com/pais/indh-funcionario-hospital-psiquiatrico-abuso-sexual-paciente-violacion_20190412/: “INDH se querrela contra funcionario de hospital psiquiátrico que abusó sexualmente de una paciente”, noticia de fecha 12 de abril de 2019, publicada por CNN Chile, se refiere a un caso de una denuncia por violación en contra de un funcionario -técnico paramédico- del Instituto psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak que habría cometido en contra de una paciente que se encontraba sedada con fármacos. La causa se encuentra actualmente en investigación, y de acuerdo con las pruebas de las que se ha comentado en los medios de comunicación, resultaría evidente la violación que comete el paramédico en contra de la paciente, aprovechándose de su situación de vulnerabilidad por su padecimiento psiquiátrico que la habría llevado a internarse en el centro, sumado a su estado de inconsciencia, debido a que estaba sedada por los fármacos que le habrían suministrado en su tratamiento; <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/region-del-biobio/concepcion-presentan-recurso-de-amparo-por-internos-engrillados-en/2018-11-08/173339.html>: “Concepción: Presentan recurso de amparo por internos engrillados en Servicio de Psiquiatría”, esta noticia, fue publicada por Cooperativa, con fecha 8 de noviembre de 2018, y expone la grave situación de la que estaban siendo víctimas internos de la Unidad de Corta Estadía Forense del Hospital Regional de Concepción, al ser sometidos a castigos indebidos como consecuencia de una falta disciplinaria. Los internos fueron engrillados a sus camas sin derecho a visitas, lo cual constituye un trato inhumano, cruel y degradante; <http://www.latercera.com/nacional/noticia/estudio-la-defensoria-revela-precariedades-causas-personas-inimputables/235764/>: “Estudio de la Defensoría revela precariedades en causas de personas inimputables”, esta última noticia fue publicada por La Tercera, con fecha 8 de julio de 2018, trata sobre un informe de la Defensoría que da cuenta de los problemas que enfrentan quienes cometen delitos y padecen enfermedades mentales, quienes terminan en prisión por la falta de cupos en recintos psiquiátricos. Expone un caso en particular en que suspendido el proceso y al argumentar la defensa que padecía de esquizofrenia, el juez ordenó la internación provisoria del imputado en el Hospital Siquiátrico José Horwitz Barak, el cual hasta la fecha no contaba con cupo para recibirlo. Desde el recinto, como detallaban los documentos contenidos en la carpeta investigativa del caso, señalaban que el imputado se encontraba en el puesto 21 de la lista de espera.

servicios comunitarios que favorezcan el desarrollo de redes de apoyo y de herramientas que les permitan vivir con dignidad.

El Estado, no ha abordado esta problemática con la necesaria importancia, pues a pesar de que, en las estadísticas, las medidas de seguridad son insignificantes en cantidad frente a las penas, eso no justifica el abandono en que se encuentra el sistema. Chile debe, con urgencia, asumir el desafío de reformar el tratamiento que otorga al enajenado mental que cumple medidas de seguridad de internación y en particular, velar por el respecto de los derechos fundamentales de los sujetos que se encuentran privados de libertad, de manera tal, que pueda ser capaz de otorgar el más completo disfrute de salud posible.

La presencia de estos sujetos en el debate público ha sido absolutamente invisibilizada, su presencia incomoda, como incomodan los marginados. Y aun cuando el Estado garante sea el principal obligado, sobre todos los ciudadanos pesa el deber moral de visibilizar las problemáticas sociales que afectan a los grupos más vulnerables de nuestro país.

6. Bibliografía

1. Alexy, R. (1993). *Teoría de los Derechos Fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.
2. Castro, Á., Cillero, M., & Mera, J. (2010). *Derechos fundamentales de los privados de libertad*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.
3. Cury Urzúa, E. (2011). *Derecho Penal: Parte general* (10 ed.). Santiago: Editorial Jurídica.
4. Estados Americanos. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*.
5. Estados Americanos. (2002). *Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*.
6. Falcone Salas, D. (Segundo Semestre de 2007). Una mirada crítica a la regulación de las medidas de seguridad en Chile. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*(XXIX), 235-256.
7. Fernández Moraga, R. (2015). Las medidas de seguridad. Algunos aspectos relevantes. *Revista Jurídica del Ministerio Público*(65), 205-221.
8. Figueroa García-Huidobro, R. (2013). El derecho a la salud. *Estudios Constitucionales*(2), 283-332.
9. Figueroa San Martín, F. (2017). Medidas de seguridad y discapacidad psicosocial, nuevos elementos para debatir. *Revista de la Justicia Penal*(7), 11-36.
10. Garrido Montt, M. (2007). *Derecho Penal Parte General. Tomo I*. Santiago: Editorial Jurídica.
11. Hermosilla Arriagada, G. (2004). *Nuevo Procedimiento Penal: Procedimientos especiales; medidas de seguridad; recursos. Tomo V*. Santiago: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales Universidad Central de Chile.
12. Horvitz Lennon, M. I. (2008). El tratamiento del inimputable enajenado mental en el proceso penal chileno. *Revista Estudios de la Justicia*(10), 105-139.
13. Horvitz Lennon, M. I., & López Masle, J. (2004). *Derecho Procesal Penal Chileno* (Vol. Tomo II). Santiago: Jurídica de Chile.
14. Instituto de Derechos Humanos. (2016). *Situación de los Derechos Humanos en Chile. Informe anual*. Santiago.
15. Matínez Garay, L. (Abril de 2014). La incertidumbre de los pronósticos de peligrosidad: consecuencias para la dogmática de las medidas de seguridad. *Revista para el Análisis del Derecho*(2).
16. Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Santiago.

17. Naciones Unidas. (1976). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*.
18. Naciones Unidas. (1990). *Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad*.
19. Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.
20. Naciones Unidas. (2009). *Manual sobre reclusos con necesidades especiales*.
21. Naciones Unidas. (2015). *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos*.
22. Nancuante Almonacid, U., & Romero Celedón, A. (2012). *Régimen Jurídico de la Salud*. Santiago: Thomson Reuters.
23. Nash, C. (2009). *El sistema Interamericano de Derechos Humanos en acción. Aciertos y desafíos*. México: Editorial Porrúa.
24. Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental. (2014). *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la situación en Chile*. Santiago.
25. Pérez del Río, F. (Febrero de 2013). Márgenes de la psiquiatría. Desigualdad económica y enfermedad mental. *Revista Norte de Salud Mental*, XI(45), 66-74.
26. Squella, A. (2005) "El derecho a la salud como uno de los derechos fundamentales de las personas", en *Anuario de Filosofía Jurídica y Social*, N° 23. (Valparaíso, Edeval), pp. 103-133.
27. Tapia, P. (Diciembre de 2013). Las medidas de seguridad. Pasado, presente y ¿futuro? de su regulación en la legislación chilena y española. *Política Criminal*, 8(16), 574-599.
28. Tapia, P. (2014). Las medidas de seguridad. Reformas más recientes y últimas propuestas. *Revista Jurídica de Castilla y León*, (8), 1-21.
29. Tribunal Pleno. Corte Suprema. (2018). *Informe Proyecto de ley 3-2018*. Santiago.
30. Ulloa Eyzaguirre, T. (2017). Evolución de las medidas de seguridad aplicables a los inimputables por enajenación mental en el ordenamiento jurídico chileno. Análisis crítico de Derecho Comparado. *Revista de Derecho Universidad San Sebastián*(23), 46-118.
31. Unidad de Defensa Penal Especializada. Departamento de Estudios y Proyectos. Defensoría Nacional. Defensoría Penal Pública. (2017). *La peligrosidad del enajenado mental en la jurisprudencia penal*. Santiago.

7. Anexo

7.1 Respuesta a Solicitud de información pública al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak N°AO100T0000203. En carta N°135, de fecha 22 de abril de 2019.

7.2 Respuesta a Solicitud de información pública al Hospital Guillermo Grant N°AO064T0000396. En oficio ordinario N°2331, de fecha 24 de mayo de 2019.

7.3 Respuesta a Solicitud de información pública a Servicio de Salud Aconcagua N° AO021T0000690. En oficio ordinario N°741, de fecha 03 de mayo de 2019.

7.4 Respuesta a Solicitud de información pública al Hospital Del Salvador N°AO079T0000286. En correo electrónico, de fecha 14 de mayo de 2019, remitido por casilla no-responder@portaltransparencia.cl.

7.5 Respuesta a Solicitud de información pública al Ministerio Publico Folio SIAU N°8645. En carta DEN LT N°307/2019, de fecha 9 de mayo de 2019.

7.6 Respuesta a Solicitud de información pública la Defensoría Nacional, deriva al Ministerio Publico N° AK005T0000434. En carta DEN LT N°380/2019, de fecha 30 de mayo de 2019.

7.7 Respuesta a Solicitud de información pública a la Defensoría Penal Publica N° AK005T0000434. En carta N°86055, de fecha 2 de mayo 2019.

7.8 Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Derechos Humanos N°AK012T0000298. En oficio ordinario N°405, de fecha 2 de mayo de 2019.

7.9 Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Justicia N°AK001T0002792. En oficio ordinario N°3554, de fecha 2 de junio de 2019.

7.10 Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Justicia N° AK001T-0002877. En oficio ordinario N°4562, de fecha 18 de julio de 2019. Actas Reuniones Comisión Nacional de Psiquiatría Forense, de fechas 14 de marzo, 9 de mayo y 6 de junio, todas de 2019.

7.11 Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Prevención del Delito N°AB091T0000384. En correo electrónico, de fecha 21 de junio de 2019, remitido por casilla no-responder@portaltransparencia.cl.

7.12 Respuesta a Solicitud de información pública a Gendarmería de Chile N°AK006T0009388. En carta N° 3059, de fecha 30 de octubre de 2018 y oficio Ordinario 1102, de fecha 18 de octubre de 2018.

7.13 Respuesta de la Excelentísima Corte Suprema en carta de fecha 31 de julio de 2019.

7.1 Respuesta a Solicitud de información pública al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak N°AO100T0000203. En carta N°135, de fecha 22 de abril de 2019.



Santiago, 22 de Abril del 2019

Señora (ita) Katherine Cares Carrasco
katherine.cares@ug.uchile.cl
Presente

Estimada Sra. (ita) Cares, en atención a la Solicitud de Acceso a la Información Pública, efectuada a través del Portal de Transparencia, el día 13 de abril del 2019, mediante Folio AO100T0000203, cumpla con informar a usted, que se tomó conocimiento y, que de conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 20.285 sobre Acceso a la Información Pública, su Reglamento D.S. N° 13 de 2009 y a la Instrucción General N° 10 de 2011, sobre el Procedimiento Administrativo de Acceso a la Información, emitida por el Consejo para la Transparencia, se procede a dar respuesta a lo requerido en relación a:

Petición: "REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN SOBRE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN CENTROS PSIQUIÁTRICOS DONDE SE CUMPLEN MEDIDAS DE SEGURIDAD.

Los siguientes datos solicitados son respecto de las personas que se encuentran cumpliendo medidas de seguridad, desde enero de 2018 a la fecha. No requerimos datos personales.

- 1) Capacidad total del Centro Psiquiátrico para personas que deban cumplir medidas de seguridad.
- 2) Número total de personas que actualmente están cumpliendo medidas de seguridad en el Centro, diferenciadas por sexo, en caso de que corresponda.
- 3) Número de médicos psiquiatras que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro.
- 4) Número de psicólogos que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro.
- 5) Número de enfermeros que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro.
- 6) Número de técnicos en enfermería que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro.
- 7) Número de habitaciones dispuestas para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro.
- 8) Número de camas por habitación para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro.
- 9) Número de lugares de esparcimiento dentro del Centro Psiquiátrico y horario de esparcimiento y/o recreo dispuestas para los internos
- 10) Número de baños dispuestos para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro.
- 11) Medidas de control de la higiene de los internos (obligatoriedad de ducharse).
- 12) Horarios de entrega de alimentos a los internos.
- 13) Procedimiento establecido para el ingreso al Centro Psiquiátrico del interno que cumple medidas de seguridad.
- 14) Solicitamos los siguientes Protocolos que se encuentren vigentes a la fecha (en caso de existir, adjuntarlos):
Para el suministro de medicamentos a los internos. (Incluir información sobre si se necesita en todos los casos la autorización de la familia del interno para medicarlo, y si se obliga al interno a medicarse aún contra su voluntad.)
Para realizar la evaluación psicológica y médica. Incluir información sobre quiénes diagnostican y en qué oportunidades; y, determinación de los tratamientos a seguir (si se continúa con el tratamiento habitual del interno, si es que lo tuviere).
Para actuar ante situaciones de abuso sexual a internos.
Para actuar ante situaciones de maltrato físico y/o psicológico.
Para actuar en caso de accidentes de internos.
Para actuar en caso de daño autoinfligido por los internos.
Para actuar en caso de muerte de los internos
- 15) Respecto al régimen de visitas de los internos.
Quiénes pueden visitar a los internos.
Horarios de visitas.
Lugares a los que pueden acceder las visitas.
Número de internos que recibe visitas.

Número de internos que no recibe visitas.

Cualquier otro dato relevante al respecto.

16) Respecto al seguimiento del interno luego de ser dado de alta.

Requerimos Protocolo en caso de existir.

Información sobre la existencia y frecuencia de controles médicos posteriores.

Información sobre la existencia de contacto con la familia del paciente finalizada la internación.

Información sobre la existencia de actividades de reinserción social de los internos.

17) Estadísticas o análisis, que se hayan realizado por la institución para el análisis de las medidas de seguridad que se cumplen en el centro.

18) Cualquier otro dato que pueda resultar relevante respecto de los internos cumpliendo medidas de seguridad, en el sentido de la información antes solicitada.

Observaciones Los datos serán utilizados para la elaboración de una tesis sobre la aplicación de medidas de seguridad. El formato de respuesta puede ser PDF, Word, Excel".

Respuesta: De acuerdo a lo informado, por Jefe de Servicio de Psiquiatría Forense, Dra. Sandra Moglia, comunico lo siguiente:

1) Capacidad total del Centro Psiquiátrico para personas que deban cumplir medidas de seguridad.

R: 40 camas.

2) Número total de personas que actualmente están cumpliendo medidas de seguridad en el Centro, diferenciadas por sexo, en caso de que corresponda.

R: 40 pacientes.

3) Número de médicos psiquiatras que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro.

R: 4 médicos.

4) Número de psicólogos que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro.

R: 3 Psicólogos.

5) Número de enfermeros que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro.

R: 1 Enfermera en jornada diurna.

6) Número de técnicos en enfermería que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro.

R: 4 por turno, 16 en total

7) Número de habitaciones dispuestas para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro.

R: 4 habitaciones y 1 sala de observación.

8) Número de camas por habitación para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro.

R: 10 camas.

9) Número de lugares de esparcimiento dentro del Centro Psiquiátrico y horario de esparcimiento y/o recreo dispuestas para los internos.

R: Patio trasero, cancha de fútbol, talleres matutinos en terapia ocupacional, sábados en programa de rehabilitación (09:00 a 13:00).



10) Número de baños dispuestos para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro.

R: 2 salas de baños con 3 tazas de baños y 3 duchas cada uno.

11) Medidas de control de la higiene de los internos (obligatoriedad de ducharse).

R: Se realiza supervisión de aseo y confort.

12) Horarios de entrega de alimentos a los internos.

R: Desayuno: 08:30 horas
Almuerzo: 12:30 horas
Once: 16:00 horas
Cena: 18:00 horas

13) Procedimiento establecido para el ingreso al Centro Psiquiátrico del interno que cumple medidas de seguridad.

R: El usuario debe contar con una sentencia de cumplimiento de medida de seguridad ejecutoriada emanada por un tribunal que indique que el lugar de cumplimiento de ésta es el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak".

14) Solicitamos los siguientes Protocolos que se encuentren vigentes a la fecha (en caso de existir, adjuntarlos):

- Para el suministro de medicamentos a los internos. (Incluir información sobre si se necesita en todos los casos la autorización de la familia del interno para medicarlo, y si se obliga al interno a medicarse aún contra su voluntad. Se adjunta protocolo.

- Para realizar la evaluación psicológica y médica. Incluir información sobre quiénes diagnostican y en qué oportunidades; y, determinación de los tratamientos a seguir (si se continúa con el tratamiento habitual del interno, si es que lo tuviere. Se adjunta protocolo.

- Para actuar ante situaciones de abuso sexual a internos. No se cuenta con protocolo específico.

- Para actuar ante situaciones de maltrato físico y/o psicológico. Se adjunta protocolo.

- Para actuar en caso de accidentes de internos. Se adjunta protocolo.

- Para actuar en caso de daño autoinfligido por los internos. Se adjunta protocolo.

15) Respecto al régimen de visitas de los internos.

- Quiénes pueden visitar a los internos: Curador ad-litem u otros familiares directos. Solo 2 personas por pacientes.

- Horarios de visitas: Lunes y Jueves de 14:00 a 16:00 horas.

- Lugares a los que pueden acceder las visitas: Sólo comedor de pacientes, donde se realizan las visitas vigiladas.

- Número de internos que recibe visitas: 26 pacientes.

- Número de internos que no recibe visitas: 14 pacientes.

16) Respecto al seguimiento del interno luego de ser dado de alta.

- Requerimos Protocolo en caso de existir: No existe protocolo.

- Información sobre la existencia y frecuencia de controles médicos posteriores: Se realizan controles ambulatorios en forma quincenal usualmente.



- Información sobre la existencia de contacto con la familia del paciente finalizada la internación: Se realiza contacto constante durante la internación a través de asambleas de psicoeducación familiar, visitas domiciliarias y reuniones con el equipo profesional tratante.

- Información sobre la existencia de actividades de reinserción social de los internos: Dependiendo de cada caso, se realizan derivaciones a hogares forenses para un ingreso paulatino a la sociedad.

17) Estadísticas o análisis, que se hayan realizado por la institución para el análisis de las medidas de seguridad que se cumplen en el centro.

R: No se cuenta con la información requerida.

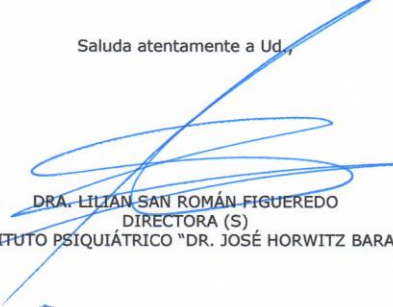
18) Cualquier otro dato que pueda resultar relevante respecto de los internos cumpliendo medidas de seguridad, en el sentido de la información antes solicitada.

R: Toda la información relevante ya se respondió en los puntos anteriores.

Finalmente, de no encontrarse conforme con la respuesta precedente, Usted podrá interponer un amparo a su derecho de acceso a la información ante el Consejo para la Transparencia dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde la notificación de la misma.



Saluda atentamente a Ud.,


DRA. LILIAN SAN ROMÁN FIGUERO
DIRECTORA (S)
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ BARAK"



**7.2 Respuesta a Solicitud de información pública al Hospital Guillermo Grant
N°AO064T0000396. En oficio ordinario N°2331, de fecha 24 de mayo de 2019.**



HOSPITAL G.M.O. GRANT BENAVENTE
TRANSPARENCIA
LFZ

ORD. 002331 24.05.2019

ANT.: Solicitud de Acceso a la
Información Pública, Folio
N°AO064T0000396.

MAT.: Respuesta a lo solicitado.

A: SRA. KATHERINNE CARES CARRASCO
katherinne.cares@ug.uchile.cl

Junto con saludar y en el contexto de la Ley 20.285, usted ingresa solicitud de Acceso a la Información Pública con fecha 03 de Mayo de 2018, en Folio N°AO064T0000396 documento en el cual requiere en cita que se copia textual:

Los siguientes datos solicitados son respecto de las personas que se encuentran cumpliendo medidas de seguridad, desde enero de 2018 a la fecha. No requerimos datos personales. 1) Capacidad total del Centro Psiquiátrico para personas que deban cumplir medidas de seguridad. 2) Número total de personas que actualmente están cumpliendo medidas de seguridad en el Centro, diferenciadas por sexo, en caso de que corresponda. 3) Número de médicos psiquiatras que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro. 4) Número de psicólogos que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro. 5) Número de enfermeros que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro. 6) Número de técnicos en enfermería que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro. 7) Número de habitaciones dispuestas para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro. 8) Número de camas por habitación para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro. 9) Número de lugares de esparcimiento dentro del Centro Psiquiátrico y horario de esparcimiento y/o recreo dispuesto para los internos. 10) Número de baños dispuestos para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro. 11) Medidas de control de la higiene de los internos (obligatoriedad de ducharse). 12) Horarios de entrega de alimentos a los internos. 13) Procedimiento establecido para el ingreso al Centro Psiquiátrico del interno que cumple medidas de seguridad. 14) Solicitamos los siguientes Protocolos que se encuentren vigentes a la fecha (en caso de existir, adjuntarlos): a) Para el suministro de medicamentos a los internos. (Incluir información sobre si se necesita en todos los casos la autorización de la familia del interno para medicarlo, y si se obliga al interno a medicarse aún contra su voluntad.) b) Para realizar la evaluación psicológica y médica. Incluir información sobre quiénes diagnostican y en qué oportunidades; y, determinación de los tratamientos a seguir (si se continúa con el tratamiento habitual del interno, si es que lo tuviere). c) Para actuar ante situaciones de abuso sexual a internos. d) Para actuar ante situaciones de maltrato físico y/o psicológico. e) Para actuar en caso de accidentes de internos. f) Para actuar en caso de daño autoinfligido por los internos. g) Para actuar en caso de muerte de los internos 15) Respecto al régimen de visitas de los internos. a) Quiénes pueden visitar a los internos. b) Horarios de visitas. c) Lugares a los que pueden acceder las visitas. d) Número de internos que recibe visitas. e) Número de internos que no recibe visitas. f) Cualquier otro dato relevante al respecto. 16)

Respecto al seguimiento del interno luego de ser dado de alta: a) Requerimos Protocolo en caso de existir b información sobre la existencia y frecuencia de controles médicos posteriores. c) Información sobre la existencia de contacto con la familia del paciente finalizada la internación. d) Información sobre la existencia de actividades de reinserción social de los internos. 17) Estadísticas o análisis, que se hayan realizado por la institución para el análisis de las medidas de seguridad que se cumplen en el centro. 18) Cualquier otro dato que pueda resultar relevante respecto de los internos cumpliendo medidas de seguridad, en el sentido de la información antes solicitada.

En relación a lo anterior y analizada su solicitud de Acceso a la Información Pública ingresada a nuestro Portal de Transparencia, informamos a usted que cumple con los requisitos establecidos en el art. 12 de la Ley 20.285, por tanto se declara admisible.

En razón a lo anterior y dando respuesta a su Solicitud de Acceso a la Información Pública, se adjunta información en formato Word.

Atentamente.



SRA. ELIZABETH SANCHEZ KRAUSE
REFERENTE DE TRANSPARENCIA
HOSPITAL GMO. GRANT BENAVENTE
(Por orden del Director, Resol. Exta.
N°1521/27.03.2018 que delega facultad)

Distribución:-
- El Indicado.
- Oficina de Partes.
- Asesoría Jurídica HGGB.

REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN SOBRE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN CENTROS PSIQUIÁTRICOS DONDE SE CUMPLEN MEDIDAS DE SEGURIDAD.

Los siguientes datos solicitados son respecto de las personas que se encuentran cumpliendo medidas de seguridad, desde Enero de 2018 a la fecha. No requerimos datos personales.

1) Capacidad total del Centro Psiquiátrico para personas que deban cumplir medidas de seguridad.
18 camas

2) Número total de personas que actualmente están cumpliendo medidas de seguridad en el Centro, diferenciadas por sexo, en caso de que corresponda.
4 (3 hombres y 1 mujer)

3) Número de médicos psiquiatras que atienden a pacientes que cumplen medidas de seguridad en el centro.
4 Psiquiatras

4) Número de psicólogos que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro.
2 Psicólogos

5) Número de enfermeros que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro.
2 en turno Diurno, 1 Turno de Noche

6) Número de técnicos en enfermería que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro.
5 por Turno

7) Número de habitaciones dispuestas para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro.
7 habitaciones

8) Número de camas por habitación para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro.
1 habitación con 1 cama, 1 habitación con 2 camas y 5 habitaciones con 3 camas cada una.

9) Número de lugares de esparcimiento dentro del Centro Psiquiátrico y horario de esparcimiento y/o recreo dispuesto para los internos.
3 lugares de esparcimiento (Patio y dos salas de estar con televisión), salas de estar abiertas permanentemente durante el día, patio se abre en 5 oportunidades al día cada una de media hora.

10) Número de baños dispuestos para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro.
2 baños. Un baño con tres cubículos y el otro individual.

11) Medidas de control de la higiene de los internos (obligatoriedad de ducharse).
Ducha diaria, cambio de sábana diaria, medidas de higiene personal diaria.

12) Horarios de entrega de alimentos a los internos.

08,00 hrs. desayuno
10.30 hrs. colación
12,00 hrs. almuerzo
15,00 hrs. once
19,00 hrs. cena
21,00 hrs. colación nocturna

13) Procedimiento establecido para el ingreso al Centro Psiquiátrico del interno que cumple medidas de seguridad.

Ingreso mediante orden de cumplimiento de medida de seguridad establecida por un Tribunal, ingresa vía asistencia pública donde es evaluado por psiquiatra de turno, quien genera indicaciones de tratamiento e indicaciones generales. Esto se informa al Jefe de Servicio.

14) Solicitamos los siguientes Protocolos que se encuentren vigentes a la fecha (en caso de existir, adjuntarlos):

No existen.

a) Para el suministro de medicamentos a los internos. (Incluir información sobre si se necesita en todos los casos la autorización de la familia del interno para medicarlo, y si se obliga al interno a medicarse aún contra su voluntad.)

b) Para realizar la evaluación psicológica y médica. Incluir información sobre quiénes diagnostican y en qué oportunidades; y, determinación de los tratamientos a seguir (si se continúa con el tratamiento habitual del interno, si es que lo tuviere).

c) Para actuar ante situaciones de abuso sexual a internos.

d) Para actuar ante situaciones de maltrato físico y/o psicológico.

e) Para actuar en caso de accidentes de internos.

f) Para actuar en caso de daño autoinfligido por los internos

g) Para actuar en caso de muerte de los internos

15) Respecto al régimen de visitas de los internos.

a) Quiénes pueden visitar a los internos.

Familiares directos y a quién autorice el paciente, salvo que por motivos médicos exista una restricción.

b) Horarios de visitas.

Martes, jueves, sábados, domingos y festivos de 15,00 a 17,00 hrs.

c) Lugares a los que pueden acceder las visitas.

Las visitas se realizan en el comedor de la Unidad.

d) Número de internos que recibe visitas y e) Número de internos que no recibe visitas.

Visitas muy esporádicas a dos internos (ambos de Osorno), los otros dos no reciben visitas (muy rara vez).

f) Cualquier otro dato relevante al respecto.

Ninguno.

16) Respecto al seguimiento del interno luego de ser dado de alta:

a) Requerimos Protocolo en caso de existir.

No tenemos protocolo de seguimiento.

b) Información sobre la existencia y frecuencia de controles médicos posteriores.

El interno mantiene control de salud mental según el dispositivo al cual se derivó al momento de su egreso.

c) Información sobre la existencia de contacto con la familia del paciente finalizada la internación.

No se mantiene contacto con la familia una vez egresado el interno.

d) Información sobre la existencia de actividades de reinserción social de los internos.

Todos los internos que se encuentran cumpliendo una medida de seguridad ingresan a un programa con Terapeuta ocupacional y Técnicos en rehabilitación que busca la re-inserción familiar, social e idealmente laboral de la persona, es así que nuestros usuarios se encuentran en distintos niveles de estos, algunos en inserción laboral, terminado estudios en programa para adultos, trabajando en invernadero y otro en el inicio con talleres grupales.

17) Estadísticas o análisis, que se hayan realizado por la institución para el análisis de las medidas de seguridad que se cumplen en el centro.

No tenemos

18) Cualquier otro dato que pueda resultar relevante respecto de los internos cumpliendo medidas de seguridad, en el sentido de la información antes solicitada.

Que en estos momentos nos encontramos en un proceso de regularización en que nuestra Unidad se convierte en Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad, trabajando en red con Temuco y otros, donde son derivados las personas que ingresan imputadas en internación provisional. Sin embargo en nuestra Unidad aún quedan 7 personas imputadas en que sus causas aún no se han resuelto, 6 de ellas con peritajes ya realizados.

7.3 Respuesta a Solicitud de información pública a Servicio de Salud Aconcagua N° AO021T0000690. En oficio ordinario N°741, de fecha 03 de mayo de 2019.



Ministerio de Salud
Servicio Salud Aconcagua
Subdirección de Recurso Físicos y Financieros
Unidad Transparencia y Acceso a la Información.
SPF/MRG/FJM/CCS/LMT.
N° 92 29.04.2019

ORD. N°: 741

ANT.: Solicitud de Acceso a la Información folio AO021T0000690 de fecha 13/04/2019.

MAT.: Respuesta a solicitud de información de antecedente.

SAN FELIPE, 03 MAY 2019

DE: SUSAN PORRAS FERNANDEZ
DIRECTORA SERVICIO SALUD ACONCAGUA

A: D. CAMILA MILLAN
camimillanr@gmail.com

Junto con saludar informo que esta Dirección de Servicio recibió su solicitud de información folio AO021T0000690, cuyo tenor literal es el siguiente:

“Requerimiento de información sobre percepción de calidad de vida en centros psiquiátricos donde se cumplen medidas de seguridad. Los siguientes datos solicitados son respecto de las personas que se encuentran cumpliendo medidas de seguridad, desde enero de 2018 a la fecha. No requerimos datos personales.

- 1) Capacidad total del Centro Psiquiátrico para personas que deban cumplir medidas de seguridad.
- 2) Número total de personas que actualmente están cumpliendo medidas de seguridad en el Centro, diferenciadas por sexo, en caso de que corresponda.
- 3) Número de médicos psiquiatras que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro.
- 4) Número de psicólogos que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro.
- 5) Número de enfermeros que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro.
- 6) Número de técnicos en enfermería que atienden a pacientes que cumplen de medidas de seguridad en el centro
- 7) Número de habitaciones dispuestas para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro.
- 8) Número de camas por habitación para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro.
- 9) Número de lugares de esparcimiento dentro del Centro Psiquiátrico y horario de esparcimiento y/o recreo dispuesto para los internos
- 10) Número de baños dispuestos para internos que cumplen medidas de seguridad en el centro.
- 11) Medidas de control de la higiene de los internos (obligatoriedad de ducharse).
- 12) Horarios de entrega de alimentos a los internos.
- 13) Procedimiento establecido para el ingreso al Centro Psiquiátrico del interno que cumple medidas de seguridad.
- 14) Solicitamos los siguientes Protocolos que se encuentren vigentes a la fecha (en caso de existir, adjuntarlos):
Para el suministro de medicamentos a los internos. (Incluir información sobre si se necesita en todos los casos la autorización de la familia del interno para medicarlo, y si se obliga al interno a medicarse aún contra su voluntad.) Para realizar la evaluación psicológica y médica. Incluir información sobre quiénes diagnostican y en qué oportunidades; y, determinación de los tratamientos a seguir (si se continúa con el tratamiento habitual del interno, si es que lo tuviere).
Para actuar ante situaciones de abuso sexual a internos.
Para actuar ante situaciones de maltrato físico y/o psicológico.
Para actuar en caso de accidentes de internos.
Para actuar en caso de daño autoinfligido por los internos.
Para actuar en caso de muerte de los internos

15) Respecto al régimen de visitas de los internos. Quiénes pueden visitar a los internos. Horarios de visitas. Lugares a los que pueden acceder las visitas. Número de internos que recibe visitas. Número de internos que no recibe visitas. Cualquier otro dato relevante al respecto.

16) Respecto al seguimiento del interno luego de ser dado de alta. Requerimos Protocolo en caso de existir. Información sobre la existencia y frecuencia de controles médicos posteriores.

Información sobre la existencia de contacto con la familia del paciente finalizada la internación.
 Información sobre la existencia de actividades de reinserción social de los internos.

17) Estadísticas o análisis, que se hayan realizado por la institución para el análisis de las medidas de seguridad que se cumplen en el centro.

18) Cualquier otro dato que pueda resultar relevante respecto de los internos cumpliendo medidas de seguridad, en el sentido de la información antes solicitada."

Analizado el requerimiento se estima que la información solicitada es de carácter pública, al respecto se accede a informar lo siguiente:

Respuesta punto 1: En el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo existen tres unidades para cumplimiento de medidas de seguridad a saber:

Capacidad	Total
Unidad forense alta complejidad	20 camas
Unidad forense mediana complejidad I	20 camas
Unidad forense mediana complejidad II	30 camas
Número total de camas medidas de Seguridad	70 camas

Respuesta punto 2: Número de Personas cumpliendo medidas de seguridad:

64	03	61	Todos mayores de edad	Todos chilenos
Total	Mujeres	Hombres		

Repuesta a los puntos 3, 4, 5, y 6:

Nº funcionarios x pacientes con medidas Seguridad	Médicos Psiquiatría	Psicólogos	Enfermeros	Técnicos paramédicos	Terapeuta Ocupacional
	02	03	07	18	03

Respuesta puntos 7, 8, 9, 10 y 11:

Unidades forenses	Nº habitaciones	Nº baños	Ducha diaria	Nº de patios	Otros
Unidad forense alta complejidad	20	03	Obligatoria	Sala estar y área verde	Taller Multicancha
Unidad forense mediana complejidad	09	04	Obligatoria	Sala estar y patio	Taller
Unidad forense mediana complejidad ii	11	02	Obligatoria	Sala estar y patio	Taller

Respuesta punto 12:

Horario alimentación	Desayuno	Almuerzo	Once	Cena	Colación
	09:00 hrs.	12:30 hrs.	15:00 hrs.	18:00 hrs.	21:30 hrs.

Respuesta punto 13

Respecto al procedimiento de ingreso, todos los pacientes ingresan a través de la unidad forense alta complejidad, con una sentencia judicial firme y ejecutoriada de medida de seguridad de internación, y van siendo derivados a las otras dos unidades forenses conforme disminuye su complejidad psicopatológica y conductual.

Respuesta punto 14, se entrega copia de los siguientes protocolos en formato PDF:

- AOC 1.1 Sistema de Alerta y Organización en caso de Emergencia
- GLC 1.1 (c) Procedimientos de Enfermería Administración de Medicamentos
- GLC 1.3 Contención Física sexta edición.
- GLC 2.1 Protocolo Prevención de Eventos Adversos Asociados.

Respuesta punto 15:

Régimen de visitas	Horario	Nº de personas	Quien puede hacer visitas	Lugar de la visita
	09:00 hrs. a 18:00 hrs.	02 visitas x paciente	Solo familiares directos	Salas de visita

Respuesta puntos 16, 17 y 18:

Por lo general, no se realizan controles ambulatorios de seguimiento de pacientes forenses una vez terminada la medida de seguridad de internación, solo se continua con el seguimiento si cambia la medida de seguridad de internación por custodia y tratamiento a cargo del establecimiento, los que serán propuestos por el hospital y fijados en definitiva por el tribunal, según criterios de distancia y complejidad del caso, ya que por lo general en el resto de los casos los controles ambulatorios de seguimiento se realizan en dispositivos de la localidad de origen del paciente y en el caso de la Provincia de Aconcagua, en los respectivos COSAM, a saber: Los Andes, San Felipe y Llay-Llay.

No existen estadísticas o análisis de datos institucionales respecto a las personas cumpliendo medida de seguridad.

Se informa que en caso de no encontrarse conforme con la presente respuesta, usted podrá interponer amparo a su derecho de acceso a la información ante el Consejo para la Transparencia www.consejotransparencia.cl, dentro el plazo de 15 días hábiles contados desde la notificación de este oficio.

Sin otro particular, saluda Atte.



SUSÁN PORRAS FERNANDEZ
DIRECTORA
SERVICIO SALUD ACONCAGUA

Distribución:
Unidad de Transparencia
Oficina de Partes

7.4 Respuesta a Solicitud de información pública al Hospital Del Salvador N°AO079T0000286. En correo electrónico, de fecha 14 de mayo de 2019, remitido por casilla no-responder@portaltransparencia.cl.

6/8/2019

Gmail - Respuesta a su solicitud de información AO079T0000286



Camila Millán <camimillan@gmail.com>

Respuesta a su solicitud de información AO079T0000286

1 mensaje

Hospital del Salvador <no-responder@portaltransparencia.cl>
Responder a: solaros@hsalvador.cl
Para: camimillan@gmail.com

14 de mayo de 2019, 9:11

Sr(a) CAMILA MILLÁN RIVERA

Le informamos que este organismo ha revisado y dado respuesta a su solicitud de información AO079T0000286., respuesta emitida por Jefatura de servicio de psiquiatría (s), hospital del salvador.

"En relación a Solicitud N° AO079T0000286 considerando " CENTROS PSIQUIÁTRICOS DONDE SE CUMPLEN MEDIDAS DE SEGURIDAD" como Centros con pacientes psiquiátricos que cumplen algún tipo de condena, nuestra Unidad no cumple con ese perfil por lo que no hay información que entregar"


Con la notificación de esta respuesta, se da por terminado ante este órgano el procedimiento administrativo de acceso a la información correspondiente a su solicitud.

En caso que su solicitud de información no sea respondida en el plazo de veinte (20) días hábiles, o sea ésta denegada o bien la respuesta sea incompleta o no corresponda a lo solicitado, en aquellos casos que la ley lo permite usted podrá interponer un reclamo por denegación de información ante el Consejo para la Transparencia www.consejotransparencia.cl dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la notificación de la denegación de acceso a la información, o desde que haya expirado el plazo definido para dar respuesta.

Atte.
Encargado de Transparencia
Hospital del Salvador

Importante: Para evitar que los mensajes del Portal de Transparencia se desvíen a spam o correo basura, ajuste los filtros para recibir siempre mensajes de dominios de correo electrónico de confianza como portaltransparencia.cl o agregue al remitente de este correo a la lista de sus correos seguros.

En virtud del principio de transparencia de la función pública, la información contenida en este correo y en los documentos que se hubieren adjuntado es pública, salvo que concurra algún caso de reserva o secreto previsto en la Ley de Transparencia u otras leyes de quórum calificado.

 ACUSE_RECIBO.pdf
62K

7.5 Respuesta a Solicitud de información pública al Ministerio Publico Folio SIAU N°8645. En carta DEN LT N°307/2019, de fecha 9 de mayo de 2019.



Carta DEN LT N° 307/2019
Santiago, 9 de mayo de 2019

Señora
Camila Millán Rivera
camimillan@gmail.com
Presente

De mi consideración:

Junto con saludarla cordialmente, acuso recibo de su solicitud de acceso a la información pública Folio SIAU N° 8645, ingresada a esta Fiscalía Nacional el 13 de abril de 2019, en virtud de la cual, solicita: *"El presente requerimiento es para fines académicos. Solicitud de información estadística sobre los procedimientos en que se presentaron requerimientos sobre medidas de seguridad desde enero de 2018 a la fecha; número de causas que terminan sobreseídas; número de causas que terminan en condena de medidas de seguridad de internación; número de causas que terminan en condena de medidas de seguridad en fianza de cuidado."*

Sobre la materia, cumplo con comunicar a Ud. que la información estadística oficial del Ministerio Público es aquella contenida en los Boletines Estadísticos de la Institución, los que se publican de manera trimestral, semestral y anual en la página web institucional www.fiscalia.dechile.cl, *Banner Estadísticas*, elaborados por la División de Estudios de la Fiscalía Nacional, desde el año 2004 a la fecha. La información contenida en dichos boletines es pública y por tanto puede ser consultada directamente en nuestra página web institucional.

Una vez aclarado lo anterior, lamentamos informarle que no es posible extraer la información requerida en los términos de su solicitud, toda vez que nuestra Institución no posee datos sistematizados sobre los requerimientos de medidas de seguridad que se efectúan en el contexto de investigaciones penales. En efecto, atendida su finalidad de apoyo a la investigación, nuestros sistemas computacionales consignan únicamente información de las personas naturales que intervienen en cada causa, la calificación jurídica de los hechos denunciados, las diligencias registradas en cada investigación y las distintas formas de término y no necesariamente de las medidas que solicitan los fiscales en cada investigación ni su naturaleza y la obtención manual de dichos antecedentes implicaría distraer indebidamente a los funcionarios de esta Institución del cumplimiento regular de sus funciones habituales, situación que configura la causal de reserva contemplada en el Art. 21 N° 1 letra c) de la Ley 20.285.

Catedral 3431 - Santiago
Fono: (56) 229 409 500 - www.fiscalia.dechile.cl

7.6 Respuesta a Solicitud de información pública la Defensoría Nacional, deriva al Ministerio Público N° AK005T0000434. En carta DEN LT N°380/2019, de fecha 30 de mayo de 2019.



Carta DEN LT N° 380/2019
Santiago, 30 de mayo de 2019

Señora
Camila Millán Rivera
camimillan@gmail.com
Presente

De mi consideración:

Por Oficio N° 192, de fecha 2 de mayo de 2019, ingresado a esta Fiscalía Nacional el día 3 del mismo mes y año, el Defensor Nacional Sr. Andrés Mahnke Malschafsky nos ha remitido, de conformidad al mecanismo de derivación que contempla el artículo 13 de la Ley N° 20.285, vuestra solicitud de información dirigida a ese organismo público, folio N° AK005T0000434, por la cual ha requerido lo que a continuación copio:

"Requerimiento de información a nivel nacional y de la región metropolitana sobre:
1. *Número de centros psiquiátricos en que se cumplen medidas de seguridad.*
2. *Número de camas disponibles para personas que estén cumpliendo medidas de seguridad (diferenciados por sexo)*
3. *Número de personas que actualmente están cumpliendo medidas de seguridad (diferenciados por sexo)".*

En relación a la derivación que nos ocupa, el Sr. Defensor Nacional la remite a esta Institución, por estimar que se trata de información que recae dentro de nuestro ámbito de competencia.

Al respecto, y al contrario de lo estimado por el Sr. Defensor Nacional, cabe señalar que como Ministerio Público no somos fuente oficial de la información solicitada, ya que los centros psiquiátricos no dependen del Ministerio Público, y quien decreta las medidas de seguridad es el Poder Judicial.

Lo anterior por lo demás, así ya le había sido comunicado a Ud. por Carta DEN LT N° 307/2019, de fecha 9 de mayo en curso, en la cual se le indica que no tenemos información sistematizada sobre medidas de seguridad; y que, en lo atinente a información sobre número de causas que terminan sobreesidas, en condena de medidas de seguridad de internación y en condena de medidas de seguridad de fianza de cuidado, se derivó parcialmente su petición sobre esos puntos a la

7.7 Respuesta a Solicitud de información pública a la Defensoría Penal Pública N° AK005T0000434. En carta N°86055, de fecha 2 de mayo 2019.



CHILE LO
HACEMOS
TODOS



86055

SANTIAGO,

SEÑORA
CAMILA MILLÁN
Correo electrónico: camimillanr@gmail.com
PRESENTE

De mi consideración:

Junto con saludarle y de conformidad a lo dispuesto en los artículos 10, 12 y 14 de la Ley N°20.285 sobre Acceso a la Información Pública, doy respuesta a su requerimiento ciudadano ingresado con fecha 13 de abril de 2019, en el Portal de Transparencia del Estado, con el folio **AK005T0000434**.

Sobre el particular, en lo que concierne a su solicitud relativa a: ***“Requerimiento de información a nivel nacional y de la región metropolitana sobre: 1. Número de centros psiquiátricos en que se cumplen medidas de seguridad. 2. Número de camas disponibles para personas que estén cumpliendo medidas de seguridad (diferenciados por sexo) 3. Número de personas que actualmente están cumpliendo medidas de seguridad (diferenciados por sexo)”***, informo a usted lo siguiente:

1. En cuanto al número de centros psiquiátricos en que se cumplen medidas de seguridad:

Según información recopilada interinstitucionalmente¹, en la Región Metropolitana existe 01 (un) centro en el que se cumplen medidas de seguridad, siendo éste el Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak.

Asimismo, conforme a información recopilada interinstitucionalmente², a nivel nacional existen 04 (cuatro) centros en los que se cumplen medidas de seguridad, correspondiendo estos a los siguientes y sin perjuicio de las facultades legales dispuestas por el Código Procesal Penal³:

¹ Hacemos presente que, por el nivel de detalle que se pide, la información requerida no es de competencia de la Defensoría Penal Pública y que, en estricto rigor, los centros de cumplimiento de medidas de seguridad debiesen ser requeridos a las instituciones que administran o supervisan dichos centros (específicamente: Ministerio Público – según lo dispuesto en el art. 481 CPP -, Poder Judicial y Ministerio de Salud). Sin perjuicio de lo anterior, adjuntamos información recogida con ocasión de las sesiones de la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (DL MINJU 285-2012) en la que la DPP ha participado, correspondiente a los años 2016 y 2017, de modo que la presente respuesta contiene información relativa a dichos periodos y a las instituciones que en dicha comisión participan y, por tanto, excluye a aquellas que no integren la comisión. Advertimos a la solicitante que existen otros centros de cumplimiento de medidas de seguridad que no están incluidos dentro de la Comisión y que, por tanto, no fueron contabilizados para efectos de la presente respuesta.

² Ibid ídem.

³ Se advierte que según la disposición del art. 457 CPP, es posible que por iniciativa y resolución judicial se habiliten recintos especiales en hospitales públicos, de modo que, existe la posibilidad cierta de que existan recintos de actual

Defensoría Penal Pública
Av. Libertador B. O'Higgins N° 1449, piso 8° oficina 801, Santiago
Fono 224 39 68 00
www.dpp.cl





CHILE LO
HACEMOS
TODOS



1. Hospital Psiquiátrico Phillippe Pinel (H.P.P.P), Putaendo, V Región.
2. Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak (I.P.J.H.B), Santiago, Región Metropolitana.
3. Hospital Regional de Concepción “Guillermo Grantt Benavente”, Concepción, Región del Biobío.
4. Hospital “El Salvador”, Valparaíso, V Región.

2. En cuanto al número de camas disponibles para personas que estén cumpliendo medidas de seguridad (diferenciadas por sexo):

De acuerdo a información interinstitucional, en la Región Metropolitana hay un total de 64 camas destinadas a personas en cumplimiento de medidas de seguridad, correspondientes al Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak⁴. Cabe destacar que las 64 camas están divididas en: 40 camas de la Unidad de Cumplimiento de Medidas de Seguridad (UCMS) y 24 camas para varones en dispositivos forenses.

Según información interinstitucional, en el país hay al menos un total de 136 camas⁵ destinadas a personas en cumplimiento de medidas de seguridad.

	UPFT	UPFT			Hosp. G.	UEPI	UPFHI	Total
	Arica	H.P.P.P	I.P.J.H.B.	Valparaíso	Grantt	Temuco		
Camas Medidas de Seguridad	0	70	64	2	0	0	0	136

Respecto de la **diferenciación por sexo**, la Información no se encuentra a disposición de la institución, debido a que depende de la administración interna y a las capacidades económicas de cada institución involucrada, información, por lo demás, desconocida y que no compete a la DPP. Por tanto, y en virtud de lo dispuesto en el art. 13 de la Ley 20.285, se comunica a la solicitante que la Defensoría Penal

cumplimiento de medidas de seguridad en establecimientos no considerados formalmente dentro de nuestra base de datos y que corresponden a hospitales que de manera excepcional y producto de resoluciones judiciales se ven en la obligación de habilitar y acondicionar recintos para el cumplimiento pasajero de medidas de seguridad, tal como ocurre con, por ejemplo, el Hospital Regional de las ciudades de Antofagasta, Puerto Montt y Frutillar.

⁴ Hacemos presente que la información requerida no es de competencia de la Defensoría Penal Pública y que, en estricto rigor, los centros de cumplimiento de medidas de seguridad debiesen ser requeridos a las instituciones que administran o supervigilan dichos centros (específicamente: Ministerio Público – según lo dispuesto en el art. 481 CPP -, Poder Judicial y Ministerio de Salud). Sin perjuicio de lo anterior, la información recogida con ocasión de la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (DL MINJU 285-2012) correspondiente a los años 2016 y 2017, de modo que la presente respuesta contiene información relativa a dichos periodos y a las instituciones que en dicha comisión participan y, por tanto, excluye a aquellas que no integren la comisión. Advertimos a la solicitante que existen otros centros de cumplimiento de medidas de seguridad que no está incluidos dentro de la Comisión y, por tanto, no fueron contabilizados para efectos de la presente respuesta.

⁵ Hospital Guillermo Grantt Benavente aún no ha dado respuesta al requerimiento de información realizado por la Comisión.

Defensoría Penal Pública
Av. Libertador B. O'Higgins N° 1449, piso 8° oficina 801, Santiago
Fono 224 39 68 00
www.dpp.cl





CHILE LO
HACEMOS
TODOS



Pública es incompetente para informar lo requerido y precisamos que la información requerida pertenece a múltiples organismos, específicamente: Ministerio de Salud, Ministerio Público (art. 482 CPP), Poder Judicial y los hospitales regionales de cada zona.

3. En cuanto al número de personas que están cumpliendo medidas de seguridad (diferenciadas por sexo).

Esta información no se encuentra a disposición de la institución, debido a que la Defensoría Penal Pública no atiende ni representa a todo el universo de personas que actualmente está sujeta a medidas de seguridad, sino solo a aquellas definidas en el art. 2° de la Ley Orgánica de la Defensoría Penal Pública. Dicho en otras palabras, la Defensoría Penal Pública no dispone de dicha información, toda vez que no todas las personas que han sido sujetas a medidas de seguridad son y/o han sido defendidas por la institución.

En suma, por los motivos antes señalados, en cumplimiento a lo dispuesto en el Art. 13 de la Ley N°20.285 y tratándose sus consultas sobre información que recaen dentro del ámbito de la competencia del Ministerio Público, Ministerio de Salud y Poder Judicial, es que ha sido derivado el requerimiento para su respuesta a dichas Instituciones mediante Oficios N°s 192, 193 y 194, todos de fecha 2 de mayo de 2019, cuyas copias se adjuntan a la presente.

Finalmente, si Ud. necesita aproximarse de manera cualitativamente más profunda a la realidad a que se refiere su consulta, siempre podemos disponer una entrevista con profesionales del Departamento de Estudios y Proyecto de la Defensoría Nacional.

Sin otro particular, saluda atentamente,



ANDRÉS MAHNKE MALSCHAFSKY
Defensor Nacional
Defensoría Penal Pública

UJ/csms

C.c.:

- Unidad Jurídica de Control Legal y Transparencia.

Defensoría Penal Pública
Av. Libertador B. O'Higgins N° 1449, piso 8° oficina 801, Santiago
Fono 224 39 68 00
www.dpp.cl

7.8 Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Derechos Humanos N°AK012T0000298. En oficio ordinario N°405, de fecha 2 de mayo de 2019.



ORD. N° 405 /

ANT.: Solicitud de información pública ingresada fecha 13 de abril de 2019, N°AK012T0000298.

MAT.: Responde solicitud de información pública.

SANTIAGO, - 2 MAY 2019

DE : LORENA RECABARREN SILVA
SUBSECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS
MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS

A : KATHERINE CARES
SOLICITANTE
katherine.cares@ug.uchile.cl

Por medio del presente, comunico que, con fecha 13 de abril de 2019, se ha recibido solicitud de información pública AK012T0000298, del siguiente tenor: *"Requerimos los protocolos, reglamentos, instructivos, que estén vigentes respecto de la aplicación de las medidas de seguridad, en centros de internación, en particular: - Para el suministro de medicamentos a los internos. (Incluir información sobre si se necesita en todos los casos la autorización de la familia del interno para medicarlo, y si se obliga al interno a medicarse aún contra su voluntad.) - Para realizar la evaluación psicológica y médica. Incluir información sobre quiénes diagnostican y en qué oportunidades; y, determinación de los tratamientos a seguir (si se continúa con el tratamiento habitual del interno, si es que lo tuviere). - Para actuar ante situaciones de abuso sexual a internos. - Para actuar ante situaciones de maltrato físico y/o psicológico. - Para actuar en caso de accidentes de internos. - Para actuar en caso de daño autoinfligido por los internos. - Para actuar en caso de muerte de los internos."*

En relación a lo solicitado, y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley N° 20.285, Sobre Acceso a la Información Pública, se informa que su solicitud será derivada a la Subsecretaría de Justicia, en atención a que su consulta se refiere a temas de dicha cartera.

Con lo informado se da por concluido el presente procedimiento administrativo.

Saluda atentamente,


LORENA RECABARREN SILVA
SUBSECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS
MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS

(Circular stamp: REPUBLICA DE CHILE, SUBSECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS, MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS)



NRJ/RRM/ivu

Distribución:

- Destinatario, katherine.cares@ug.uchile.cl
- Gabinete Subsecretaría de Derechos Humanos.
- Auditoría Ministerial.
- Sección Datos, Archivo y Transcripciones.

**7.9 Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Justicia
N°AK001T0002792. En oficio ordinario N°3554, de fecha 2 de junio de 2019.**



ORD. N° 3554

ANT.: Solicitud de información pública de fecha 02 de mayo de 2019 - N°AK001T-0002792.

MAT.: Responde requerimiento de información pública.

SANTIAGO, 06 JUN 2019

DE : JUAN JOSÉ OSSA SANTA CRUZ
SUBSECRETARIO DE JUSTICIA

A : SRA. KATHERINNE CARES
katherinne.cares@gmail.com

Por medio del presente, comunico que el día 02 de mayo de 2019 hemos recibido su solicitud de información pública, N° AK001T-0002792, del siguiente tenor literal:

"Requerimos los protocolos, reglamentos e instrucciones, que estén vigentes respecto de la aplicación de las medidas de seguridad, en centros de internación, en particular: - Para el suministro de medicamentos a los internos. (Incluir información sobre si se necesita en todos los casos la autorización de la familia del interno para medicarlo, y si se obliga al interno a medicarse aún contra su voluntad.) - Para realizar la evaluación psicológica y médica. Incluir información sobre quiénes diagnostican y en qué oportunidades; y, determinación de los tratamientos a seguir (si se continúa con el tratamiento habitual del interno, si es que lo tuviere). - Para actuar ante situaciones de abuso sexual a internos. - Para actuar ante situaciones de maltrato físico y/o psicológico. - Para actuar en caso de daño autoinfligido por internos. - Para actuar en caso de muerte de los internos."

En este sentido, con fecha 15 de mayo, en virtud del artículo 12 letra b) de la Ley N° 20.285, Sobre Acceso a la Información Pública, mediante correo electrónico se solicitó la aclaración de su solicitud, indicando si el objeto de su consulta se refería a Centros de Internación Provisoria (población penal adolescente), Establecimientos Penitenciarios (población penal adulta) o ambos. Vuestra respuesta, del 21 de mayo, precisó que *"la información solicitada se refiere sólo a Establecimientos Penitenciarios (población penal adulta)"*

Al respecto, me permito señalar que las materias sobre las cuales versan sus requerimientos corresponden a competencias de Gendarmería de Chile, Servicio Público dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el que debe responder sobre la materia.

En consecuencia, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley N° 20.285, Sobre Acceso a la Información Pública y el artículo 30 de su Reglamento, aprobado por el Decreto N° 13, de 2009, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, se efectuará la derivación de su requerimiento a dicho Servicio, a fin de que se pronuncie directamente sobre el mismo.

Saluda atentamente, a Ud.



JUAN JOSÉ OSSA SANTA CRUZ
SUBSECRETARIO DE JUSTICIA

DMS/INGL/AFG/MCLR/AA
AK001T-0002792
SISID: 658789
Distribución:

7.10 Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Justicia N° AK001T-0002877. En oficio ordinario N°4562, de fecha 18 de julio de 2019. Actas Reuniones Comisión Nacional de Psiquiatría Forense, de fechas 14 de marzo, 9 de mayo y 6 de junio, todas de 2019.



Chile
en marcha

ORD. N° 4562

ANT.: Solicitud de información pública derivada con fecha 24 de junio de 2019 - N°AK001T- 0002877.

MAT.: Responde solicitud de información pública.

SANTIAGO, 18 JUL 2019

DE : JUAN JOSÉ OSSA SANTA CRUZ
SUBSECRETARIO DE JUSTICIA

A : SRA. CAMILA MILLÁN
camimillanr@gmail.com

Por medio del presente, comunico a usted que con fecha 24 de junio de 2019, hemos recibido su solicitud de información pública N° AK001T- 0002877, del siguiente tenor literal:

"Solicito toda la información estadística que tenga la Comisión de Psiquiatría Forense. Solicito las actas de sesiones que haya tenido la Comisión de Psiquiatría Forense desde su constitución, a la fecha.

Información requerida para complementar tesis universitaria de la carrera de derecho, enfocada en los enajenados mentales que cumplen medidas de seguridad de internación en establecimientos psiquiátricos".

Sobre el particular, es importante señalar que la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense, creada mediante Decreto N° 285, de 04 de diciembre de 2012 del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, se constituyó como un organismo técnico y asesor de los Ministros de Salud y de Justicia y Derechos Humanos, "en las materias relacionadas con las medidas de seguridad y cautelares, que pueden aplicarse a las personas afectadas por enfermedades mentales, según lo dispuesto en el Código Procesal Penal" (considerando N° 2). De esta manera, el quehacer de la Comisión constituye una plataforma de encuentro mensual de los profesionales que actualmente se desempeñan a lo largo del país en la Macro Red de Psiquiatría Forense (parte integrante de la Red Nacional de Salud Mental) y de impulso en la mejora continua en la gestión de sus unidades de atención, esto es, unidades forenses de alta, mediana y baja complejidad, unidades de evaluación de personas imputadas (UEPI) y las unidades de psiquiatría forense transitoria (UPFT).

Conforme lo anterior y con relación a su requerimiento, se remiten los archivos que contienen las actas de la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense (CNPF) que abarcan las sesiones de 12 de septiembre de 2014 y aquellas celebradas los años 2016, 2017 y 2018, además de las tres correspondientes al presente año. Respecto de las actas de las sesiones del año 2012 y 2013 y las restantes del año 2014, se realizaron las búsquedas correspondientes en las dependencias de esta Secretaría de Estado, sin embargo, no fue posible encontrar más antecedentes (se adjunta acta de búsqueda documental).

Asimismo, y con relación a la información estadística requerida, se adjunta archivo que contiene el Boletín Estadístico – Año 2016, elaborado por la Unidad de Defensa Especializada de la Defensoría Penal Pública, con datos proporcionados por los integrantes de la Comisión. siendo éste el único producto estadístico levantado por esta instancia.

La información anteriormente señalada será grabada en un disco compacto (CD), el cual podrá retirar en la Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) de esta Secretaría de Estado, ubicada en calle Moneda N° 1.155, 1° piso, comuna de Santiago, en horario de atención al público, de 9:00 a 14:00 horas, de lunes a viernes, previo pago correspondiente al costo de ese disco, ascendente a \$121, en virtud de lo prescrito en el artículo 18 de la Ley de Transparencia, en el artículo 20 de su Reglamento y en la Resolución Exenta N° 2.010, del Ministerio de Justicia, de fecha 6 de agosto de 2009. En este sentido, cabe señalar que, el empleo del soporte digital compacto, obedece a que el tamaño de los archivos generados excede la capacidad de envío de la mensajería electrónica, haciendo técnicamente inviable su remisión a través del correo electrónico señalado por usted en su solicitud.

Saluda atentamente,




JUAN JOSÉ OSSA SANTA CRUZ
Subsecretario de Justicia

DMS/NGL/AFG/MCE/CHV/MPF
AK001T-0002877 - SISID: 667181.

Distribución:

- Destinataria.
- Gabinete – Sr. Ministro de Justicia y Derechos Humanos.
- Gabinete – Sr. Subsecretario de Justicia.
- División de Reinserción Social.
- Auditoría Ministerial.
- Sección de Partes, Archivo y Transcripciones.

	<p>ACTA REUNIÓN COMISIÓN NACIONAL DE PSIQUIATRÍA FORENSE</p>
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

Temas tratados		
Fecha	<p>14/03/2019</p> <p>Hora convocatoria: 09:30 hrs.</p> <p>Hora inicio: 09:45 hrs.</p> <p>Hora término: 11.30 hrs.</p>	<p>Participantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cristóbal Cárcamo S. (S.S. Antofagasta); 2. Luis Fernando Saffie D. (Ministerio Público); 3. Sonia Méndez C. (UEPI – Temuco); 4. Tamara Pardoza Neira (Uepi – Temuco); 5. David Provoste L. (Unidad Forense Concepción); 6. Felipe León Muñoz (Unidad Forense Concepción); 7. Nathan Arenas (H. Philippe Pinel) 8. María Loreto Gutiérrez A. (Poder Judicial); 9. Carla Troncoso (Poder Judicial); 10. Ana María Aroca Araya (Gendarmería de Chile); 11. Cristián Osorio (UPFT Arica); 12. Amelia Correa Parra (Servicio Médico Legal); 13. Juan Becerra (UPFHI Magallanes); 14. Gonzalo Poblete (Minsal); 15. Felipe Pérez (UPFT Valpo.); 16. Julio Michelotti (UPFT Valpo.); 17. Eugenio Gálvez (UPFT Valpo.); 18. Mónica Pedreros F. (Minjusticia y DDHH); 19. Carolina Huerta V. (Minjusticia y DDHH).
Lugar	<p>Sala Sur Ministerio de Justicia y DDHH (Moneda 1155 - 1º piso, Santiago)</p>	
Excusas		<ol style="list-style-type: none"> 1. Nicolás Cisternas V. (Defensoría Penal Pública)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida al periodo de sesiones año 2019 y breve resumen de la última reunión. 2. Presentación de todos los asistentes. Carla Troncoso informa que no seguirá asistiendo a la Comisión y que a partir de la próxima sesión lo hará en representación del Poder Judicial doña María Loreto Gutiérrez (Fiscal de la Corte Suprema). 3. Dr. Nathan Arenas informa sobre la reunión de la Comisión Regional (Valpo.) y se analiza la posibilidad de replicar el modelo de funcionamiento en otras regiones, relevando la importancia de las coordinaciones con los jueces. 4. Representantes de la Unidad Forense de Concepción exponen sobre su trabajo e implementación como unidad de gestión. Han sostenido reuniones con Ministros de Corte de Apelaciones de Concepción y con jueces de dicha jurisdicción. El objetivo sería trabajar en conjunto con Temuco y la unidad de Concepción pasaría a ser una unidad 		



ACTA REUNIÓN COMISIÓN NACIONAL DE PSIQUIATRÍA FORENSE

de medidas de seguridad y derivar a Temuco las labores periciales. El funcionamiento comienza el 15 de marzo de 2019. Apoyan la idea de replicar las comisiones regionales de psiquiatría forense y que la instrucción de constituir las viniera del nivel central.

5. Interviene la Dra. Amelía Correa – Jefa del Depto. de Salud Mental del SML, cargo que es solo a nivel metropolitano, pues ya no existe la figura de Encargado Nacional. Por tal razón, el depto. a su cargo absorbe las consultas del área y presta asesoría a la Subdirección Médica. Da cuenta que a la fecha el SML Santiago cuenta con solo 3 psiquiatras, lo que refleja una crisis generalizada cuyo origen está en un tema de remuneraciones. En este sentido, ante los requerimientos judiciales, el Servicio responde que deberán formular sus solicitudes a los servicios de salud correspondientes.
6. Gonzalo Poblete (Minsal), expone sobre las medidas de mitigación a propósito de la situación de Concepción – Situación actual a nivel nacional:
 - ✓ Se está haciendo un levantamiento (ya está casi al 100%) de las camas normales psiquiátricas (no forenses) de corta estadía de los hospitales generales ocupadas por personas imputadas con sospecha de enfermedad mental. Las personas en esta situación están internadas entre 6 meses y 1 año esperando la pericia del SML.
 - ✓ Creación de gestores de red forense en las regiones de Antofagasta, Valparaíso y Biobío (con apoyo de región de la Araucanía). La labor de estos gestores es tomar los requerimientos judiciales y, obligatoriamente, buscar una cama cuando exista un informe que vaya hacia la inimputabilidad y no vuelva a un establecimiento penitenciario. La idea es que se repliquen a nivel nacional con asiento en los servicios de salud.
 - ✓ Digera ya ha definido acciones específicas para el desarrollo de la psiquiatría forense de todo el país.
7. Representantes del Ministerio de Justicia y DDHH plantean la necesidad de fijar una hoja de ruta para el año 2019 y hacer revisión al funcionamiento y objetivos de la Comisión. Se abre el debate y el análisis sobre el tema y la necesidad de trabajo de apoyo intersectorial. Gonzalo Poblete relata los antecedentes de la creación de las UPFT, de la Comisión Nacional y del proyecto de ley actualmente en el Congreso. Asimismo, solicita apoyo al sector Justicia para el desarrollo de las funciones de las unidades de gestión en regiones. A esto, el Dr. Osorio propone que estos gestores de red integren las comisiones regionales de justicia penal.
8. Se acuerda la continuación con las sesiones mensuales los primeros jueves de cada mes. Asimismo, se enfatiza la necesidad de que cada institución active a la brevedad las designaciones formales de representantes ante la Comisión (para constituir el directorio) y terminar la memoria.
9. Próxima sesión se realizará en el Ministerio de Salud, el próximo jueves 04 de abril de 2019.



MOTIVO DE REUNIÓN	REUNIÓN DE COORDINACIÓN COMISION NACIONAL DE PSIQUIATRÍA FORENSE
FECHA	JUEVES 09 DE MAYO
HORARIO	09:00 HRS. – 15:00 HRS.

PARTICIPANTES	
<ul style="list-style-type: none"> - Gonzalo Poblete (MINSAL) - Sonia Méndez (U.E.P.I TEMUCO) - Luis Saffie (FISCALIA NACIONAL) - Carmen Pizarro (S.S ANTOFAGASTA) - Carolina Huerta (MIN. JUSTICIA Y DDHH) - Juan Becerra (U.P.F.T MAGALLANES) - Ana María Aroca (GENDARMERIA DE CHILE) - Mónica Pedreros (MIN. JUSTICIA Y DDHH) - Cristian Osorio (U.P.F.T ARICA) - Eugenio Gálvez (U.P.F.T VALPARAISO) - Cristian Magnaw (H.P.P.P) - Juan Michelotti (U.P.F.T VALPARAISO) - David Provoste (Unidad Forense S.S.CONCEPCION) - Felipe León (U.G.P.F S.S.CONCEPCION) - Alejandra Soto (U.G.P.F S.S.CONCEPCION) 	

CONTENIDO	<p>Solicitud de información en Salud para visualizar brecha y posterior proyección, proyecto de inversión.</p> <p>Ministerio de Justicia, señala que requiere información acerca del número de atenciones de salud en las diversas U.P.F.T</p> <p>Se expone dificultad para el manejo de la información, donde queda el registro y como se entrega la información.</p> <p>Se expone respecto de la vinculación de Unidad de Salud de Gendarmería y Servicio de Salud, restricciones al acceso de las fichas clínicas a personal no médico de</p>
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>gendarmería. Servicio de Salud Magallanes comenta su experiencia y sus dificultades. Servicio de Salud Arica, relata experiencia en general buena.</p> <p>Servicio de Salud Arica manifiesta dificultad con los fármacos para la continuidad del tratamiento. Sugiere que lista de tratamiento sea asimilable al de GES (en UPFT). Se plantea alternativa de tratamiento por COSAM (Servicios de Salud)</p> <p>U.P.F.T mencionan como efectúan coordinaciones para efectuar atenciones de salud a usuarios penales.</p> <p>DR. Gonzalo Poblete, informa que, dentro de los planes de acción del Ministerio de Salud en área de Psiquiatría Forense, se ha puesto como meta, crear los centros Gestores de Red Forense en cada región y en aquellas regiones con más de un Servicio de Salud, se deberá articular para que el centro de gestión forense de cuenta de los requerimientos de tribunales.</p> <p>Para ayudar en la implementación de los centros forenses en cada región, se requiere del apoyo de los SEREMIS de Justicia y, por tanto, se solicita a MINJUS pueda facilitar esta acción.</p> <p>Teniendo claridad de la oferta en términos de Unidades de Psiquiatría Forense a nivel nacional, se podrá obtener la verdadera demanda desde los Tribunales a través de los centros de casos forenses, por tanto, se podrá proyectar la brecha actual y a largo plazo. Esto es fundamental como parte del diagnóstico para proyección de los estudios de pre inversión</p> <p>Se plantea posibilidad de crear comisiones regionales de Psiquiatría Forense.</p> <p>Se destaca labor de mitigación efectuada en Antofagasta, creación y mejoramiento de dispositivos forenses en Antofagasta, Aconcagua y Araucanía Sur.</p> <p>Clarificación por parte del MINJUS respecto de la estructura de UPFT que MINJUS comprometió en su momento hoy en día existe personal del Instituto Psiquiátrico Horwitz trabajando en el CPF y en San miguel. Este recurso humano da respuesta a los requerimientos de atención en salud mental ambulatorio de ambos recintos penales. Representantes de MINJUS responden que esta temática es de resorte de OPLAP y transmitirán a sus autoridades lo que aquí se expone.</p> <p>La jefatura de Salud Mental de Valdivia informa que en forma permanente tiene una ocupación de entre un 40 a 60% de las camas UCHIP ocupadas por medidas de seguridad y por este motivo la dotación de gendarmería es relevante al interior de la unidad.</p> <p>Se relata la experiencia de puesta en marcha trabajo conjunto con U.E.P.I Araucanía Sur y Servicio de Salud Concepción a través de Unidad gestión Psiquiatría Forense.</p> <p>Servicio de Salud Araucanía Sur (UEPI Temuco), estudia posibilidad de situación de prescindir de guardias, aumentar personal de gendarmería, creación de destacamento de gendarmería.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Dr. David Provoste, plantea que jornadas que se efectuaron en Arica, posibilidad de replicarlas en Concepción, que reunión de la comisión se efectúe en Concepción en la fecha programada, para asegurar participación y exposiciones. Fecha tentativa en octubre o noviembre del año 2019, someterlo a aprobación en la próxima reunión, SEREMI de Justicia debe participar, Concepción oficiará invitaciones. Se solicita remitir acta para todos los participantes. Se justifica ausencia de Nicolas (Defensoría) Reuniones se efectuarán primer jueves de cada mes.</p> <p>Hora Término: 12.00</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ACUERDOS /OBSERVACIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se propone crear comisiones regionales de Psiquiatría Forense. 2. Se solicita posibilidad que gestores de red forense integren comisión de reforma. 3. Se plantea la necesidad de crear una canasta tipo de fármacos para la Macro Red de Psiquiatría Forense. 4. Se solicita apoyo a equipo forense de Concepción y Temuco para abordar problema de las UCHIP de Valdivia y Puerto Montt. <p>Próxima reunión jueves 06 de junio, 2019.</p>



SERVICIO DE SALUD ARICA
 JURISDICCION DE GESTION ARBITRAL
 UNIDAD DE SALUD ESPIRITUAL
 UNIDAD PSIQUIATRIA FORENSE TRANSITORIA (UEPT)

MOTIVO DE REUNIÓN	REUNIÓN ORDINARIA COMISION NACIONAL DE PSIQUIATRÍA FORENSE
FECHA	JUEVES 06 DE JUNIO
HORARIO	09:00 HRS. – 15:00 HRS.

PARTICIPANTES	
<ul style="list-style-type: none"> - Gonzalo Poblete (MINSAL) - Tamara Peldoza (U.E.P.I TEMUCO) - Luis Saffie (FISCALIA NACIONAL) - Carmen Pizarro (S.S ANTOFAGASTA) - Carolina Huerta (MIN. JUSTICIA Y DDHH) - Juan Becerra (U.P.F.T MAGALLANES) - Ana María Aroca (GENDARMERIA DE CHILE) - Mónica Pedreros (MIN. JUSTICIA Y DDHH) - Cristian Osorio (U.P.F.T ARICA) - Eugenio Gálvez (U.P.F.T VALPARAISO) - Cristian Magnan (H.P.P.P) - Julio Michelotti (U.P.F.T VALPARAISO) - Pablo Palma (Unidad Forense S.S. CONCEPCION) - Nicolás Cisternas (DEFENSORÍA PENAL PÚBLICA) - Nathan Arenas (H.P.P.P) - Felipe Pérez (U.P.F.T. VALPARAÍSO) 	

CONTENIDO	<p>1.- Lectura acta anterior</p> <p>2.- Asiste Dr. Pablo Palma desde Concepción. Se da cuenta de Unidad Forense de esa ciudad, que está en proceso de dejar de ser una UEPI para pasar a Unidad de Mediana Estadía (para lo que fue creada inicialmente) luego de movilización de parte del equipo por tercera agresión a funcionarios de la unidad.</p> <p>Desde Enero Dr. Poblete asiste a la región para realizar las coordinaciones y pasar a derivar las evaluaciones a la UEPI de Temuco. Dr. Palma informa que ha habido buena acogida de la iniciativa, salvo por algunas quejas de Defensoría por el desarraigo y los posibles viajes para visitar a sus defendidos.</p>
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Se informa que hubo gestiones con Defensor Sleman. Que tuvo buen interés y entendimiento de la red, pero no se puede dar ordenes individuales a cada defensor, por lo que depende de ellos acomodarse al nuevo funcionamiento.</p> <p>3.- Se informa que se publicará un Manual de Actuaciones Mínimas por parte de la DPP, que permitirá obligar a visitas bimensuales de los defensores a las personas con medidas de seguridad.</p> <p>4.- Puntaje de reuniones periódicas con defensoría en las que pueden coordinar distintas acciones en relación a sus usuarios. Se comprometen a socializar acta o convenio con defensoría de su región. Horwitz también socializará su convenio con defensoría sur.</p> <p>5.- Temuco volverá a tener ingresos 24/7 por descoordinación que ha habido con GENCHI.</p> <p>En Puerto Montt, Valdivia y Osorno, tienen 40% a 70% de ocupación de camas por pacientes forenses. Se está, por parte del Minsal, haciendo un catastro de recursos regionales y la compra de servicios de una unidad de gestión de camas a nivel nacional. Todas las unidades forenses deben contar con un abogado que debe tomar las pericias y lograr gestionar las causas.</p> <p>6.- Minjus informa que se está elaborando decreto para formalizar la creación de las CRPF. Arica propone trabajar en una unificación de las funciones, participantes y capacidades de las CRPF. Se compromete a socializar el trabajo de la CRPF de Arica, para llegar a acuerdos en la próxima reunión.</p> <p>7.- Existe un proyecto de la construcción de edificios de Alta Complejidad y Mediana Complejidad con reasignaciones de los fondos ya existentes.</p> <p>8.- Se está trabajando en la formación de nuevos especialistas en Psiquiatría Forense y en Diplomado en Drogas para la red Forense. Hay varios problemas administrativos para poder financiar a la red completa. Se está gestionando con las distintas universidades, para formar especialistas con devolución en unidades forenses.</p> <p>Concepción da cuenta de la organización de la Tercera Jornada Nacional de Psiquiatría Forense en esa ciudad, siguiendo con la línea de las jornadas anteriores. Se intentará citar a reunión de CNPF en Concepción en esa misma fecha que será tentativamente el 03 y 04 de octubre.</p> <p>9.- No existe posibilidad de crear una canasta especial para forense. Se debe gestionar con el comité de farmacia del hospital autogestionado en red. En las cárceles concesionadas no se puede modificar el convenio. Se deben gestionar coordinaciones locales con las farmacias regionales.</p> <p>10.- UPFT metropolitana. Se solicita reunión con Oplap de Minjus (oficina encargada de las inversiones), Oficina de Reinserción Social, Ministerio de Desarrollo Social y Minsal representado con Director de Servicio y Dra. Sandra Moglia para ver un terreno o habilitación para hombres de Colina I. La idea es habilitación de dispositivo de atenciones ambulatorias.</p> <p>11.- Con respecto a las atenciones en Salud Mental de las personas privadas de libertad a nivel nacional, gran parte de la población estaría cubierta por las cárceles concesionadas. En Santiago hay un psiquiatra 33 hrs, en Santiago 1 hay 33 hrs. En calle 15 sigue con el resguardo de ese sector de Santiago Sur. Tienen horas de psiquiatra, psicóloga y asistente social. Ya no hay lista de espera.</p> <p>16.- No existe una adecuada cobertura de la población femenina y existen dificultades para su implementación.</p> <p>17.- Se conversa sobre la orden de un juez con una sentencia firme y ejecutoriada que</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>ordene la internación en una unidad de psiquiatría específica. Putaendo refiere que no puede hablar con el juez y sugerir que sea derivado a otro hospital.</p> <p>Se necesita saber el nivel de demanda mediante el levantamiento de información para poder organizar la gestión de camas.</p> <p>18.- En UEPI Temuco aún sigue vigente la licitación de guardias de seguridad, por lo que no pueden salir aún y se está trabajando en convenio de resguardo exclusivo de GENCHI. Santiago informa que tienen un destacamento propio para mujeres, cosa que había sido solicitada hace tiempo.</p> <p>Se conversa sobre las horas y costos que han ahorrado los distintos dispositivos clínicos implementados.</p> <p>Hora Término: 12:26</p>

ACUERDOS /OBSERVACIONES	
	<p>1.- Socialización de documentos de convenios con las defensorías locales por parte de Hospital Philippe Pinel e Instituto Psiquiátrico Horwitz Barak.</p> <p>2.- UPFT Arica se compromete a socializar documento de CRPF de Arica para insumir el trabajo de Minjus y dar pie a su discusión en la próxima reunión de la CNPF.</p> <p>3.- Se fija el 03 y 04 de octubre como la fecha de la Tercera Jornada Nacional de Psiquiatría Forense en Concepción.</p> <p>Próxima reunión jueves 04 de Julio a las 09:30 hrs. Sala 811 de Minsal.</p> <p>/cccc /cccc</p>

7.11 Respuesta a Solicitud de información pública a la Subsecretaría de Prevención del Delito N°AB091T0000384. En correo electrónico, de fecha 21 de junio de 2019, remitido por casilla no-responder@portaltransparencia.cl.

16/10/2019

Gmail - Fwd: Respuesta a su solicitud de información AB091T0000384



Camila Millán <camimillan@gmail.com>

Fwd: Respuesta a su solicitud de información AB091T0000384

Katherine Andrea Cares <katherine.cares@ug.uchile.cl>
Para: Camila Millán <camimillan@gmail.com>

16 de octubre de 2019, 15:03

----- Forwarded message -----

De: Subsecretaría de Prevención del Delito <no-responder@portaltransparencia.cl>
Date: vie., 21 jun. 2019 a las 10:32
Subject: Respuesta a su solicitud de información AB091T0000384
To: <katherine.cares@ug.uchile.cl>

Sr(a) Katherine Cares Carrasco:

Junto con saludarle, y en relación a su solicitud de acceso a Información donde señala: "Requiero de la lista de programas implementados por la subsecretaría los años 2017, 2018 y 2019, dirigidos a personas en situación de discapacidad mental tendientes a evitar que dichos sujetos cometan delitos.", cumplo con informarle lo siguiente:

De acuerdo a lo dispuesto en el Inciso 2° del artículo 10 de la Ley N° 20.285, sobre Acceso a la Información Pública, el acceso comprende el derecho a conocer la información contenida en actos, resoluciones, actas, expedientes, contratos y acuerdos, así como toda la información elaborada con presupuesto público, cualquiera sea su formato o soporte. Enseguida, la misma Ley permite acceder a información que, al momento de la solicitud, se encuentre presente en el órgano de la administración requerido y contenida en algún soporte, sin importar cuál sea éste.

En virtud de lo anterior, esta Subsecretaría de Estado, cumple con informar –acorde al levantamiento de información realizado por la División de Gestión Territorial- que revisados los antecedentes, no existe registro de implementación de programas dirigidos a personas con discapacidad intelectual por esta institución.

Con la notificación de esta respuesta, se da por terminado ante este órgano el procedimiento administrativo de acceso a la información correspondiente a su solicitud.

En caso que su solicitud de información no sea respondida en el plazo de veinte (20) días hábiles, o sea ésta denegada o bien la respuesta sea incompleta o no corresponda a lo solicitado, en aquellos casos que la ley lo permite usted podrá interponer un reclamo por denegación de información ante el Consejo para la Transparencia www.consejotransparencia.cl dentro del plazo de 15 días hábiles, contado desde la notificación de la denegación de acceso a la información, o desde que haya expirado el plazo definido para dar respuesta.

Atte.
Encargado de Transparencia
Subsecretaría de Prevención del Delito

Importante: Para evitar que los mensajes del Portal de Transparencia se desvíen a spam o correo basura, ajuste los filtros para recibir siempre mensajes de dominios de correo electrónico de confianza como portaltransparencia.cl o agregue al remitente de este correo a la lista de sus correos seguros.

En virtud del principio de transparencia de la función pública, la información contenida en este correo y en los documentos que se hubieren adjuntado es pública, salvo que concurra algún caso de reserva o secreto previsto en la Ley de Transparencia u otras leyes de quórum calificado.



7.12 Respuesta a Solicitud de información pública a Gendarmería de Chile N°AK006T0009388. En carta N° 3059, de fecha 30 de octubre de 2018 y oficio Ordinario 1102, de fecha 18 de octubre de 2018.



3059

Carta N° _____/18.

SANTIAGO, 30 OCT 2018

Sra.
KATHERINNE CARES CARRASCO
katherinne.cares@ug.uchile.cl

Presente

Junto con saludarle, y en relación a su solicitud de acceso a la información Código identificador AK006T0009388, de fecha 07 de octubre de 2018, la cual se enmarca en el ámbito de aplicación de la Ley N° 20.285, "sobre Acceso a la Información Pública", usted ha requerido de este Servicio Público: "Información estadística sobre:

- 1.- Cantidad de reclusos que padecen enfermedades mentales diagnosticada en la región metropolitana.
- 2.- Cantidad de reclusos que cumplieron prisión preventiva y fueron derivados a centros de internación psiquiátrica."

De conformidad a lo dispuesto en los artículos 4°, 14° y 16° de la Ley antes mencionada, este Servicio viene en entregar - en tiempo y forma - la siguiente información:

- Oficio Ordinario N°1102, de fecha 18 de octubre de 2018, en respuesta a Solicitud ingresada a portal de Transparencia del Estado para Gendarmería de Chile; suscrita por la matrona Sra. M. Beatriz De Gregorio Rebeco, Jefa de Departamento de Salud, de Gendarmería de Chile.

Se hace presente a usted que, sin perjuicio de lo resuelto, puede interponer amparo a su derecho de acceso a la información ante el Consejo Para la Transparencia en el plazo de 15 días hábiles, contado desde la notificación de este acto administrativo, de acuerdo a lo establecido en el artículo 24 de la Ley N° 20.285, antes mencionada.

Se ruega acusar recibo de la información solicitada al siguiente correo electrónico: transparencia@gendarmeria.cl; o bien, remitir una correspondencia a la Dirección Nacional de Gendarmería de Chile, ubicada en Rosas N° 1264, comuna de Santiago, Región Metropolitana, o en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRyS) ubicadas en las Direcciones Regionales y en las Unidades Penales y Especiales de todo el país.

Finalmente, y ante *cualquier duda o consulta* por favor comunicarse, al correo electrónico: Transparencia@gendarmeria.cl, o bien, al teléfono: (02) 29163079.

Por orden de la Sra. Directora Nacional de Gendarmería de Chile, mediante Resolución Exenta 4263, de fecha 23 de julio de 2018.

Es todo cuanto puedo informar.

Atentamente a usted,

Marcela Saavedra Manríquez
Abogada
Encargada Unidad de Participación y Atención Ciudadana
Gendarmería de Chile

Ref.: Código identificador AK006T0009388, de fecha 07 de octubre de 2018.
C.C.p Archivo
MSM/CC/UA



ORD. N° 14.10.01. 1102 / 18.

ANT.: Solicitud de acceso a información pública AK006T0009388.

MAT.: Responde lo solicitado en ANT.

SANTIAGO, 18 OCT. 2018

DE : JEFA DEPARTAMENTO DE SALUD.

A : ENCARGADA UNIDAD DE ATENCIÓN CIUDADANA S.I.A.C.

1. Junto con saludar, cumpro con responder al requerimiento de acceso a información pública, de acuerdo a lo solicitado en el antecedente.

2. La información solicitada es la siguiente:
Cantidad de reclusos que padecen enfermedades mentales diagnosticadas en la Región Metropolitana.


Cantidad de reclusos que cumplieron prisión preventiva y fueron derivados a centros de internación psiquiátrica.

3. Se informa que existen 265 reclusos con enfermedades mentales en la Región Metropolitana.

4. Aunque no se especifica la fecha ni lugar, se informa que durante el 2018 a octubre existen 57 reclusos que fueron derivados a centro de internación psiquiátrica en la Región Metropolitana.

5. Es todo cuanto informo, para su conocimiento y fines pertinentes.

Saluda atentamente a Usted.


M. BEATRIZ DE GREGORIO REBECO
MATRONA
JEFA DEPARTAMENTO DE SALUD

MBDGR/ibp/cia

DISTRIBUCIÓN:

1. Encargada Unidad de Atención Ciudadana S.I.A.C.
2. Archivo Departamento de Salud.

Dirección Nacional
Departamento de Salud
Compañía N°1048. Santiago
Fono : 22038010 - 22038011 - 22038012
www.gendarmeria.cl

7.13 Respuesta de la Excelentísima Corte Suprema en carta de fecha 31 de julio de 2019.



Santiago. 31 de julio de 2019.

Sra.

Camila Millán R.

Presente

Estimada señora:

Con respecto a su petición de información sobre estadísticas referidas a procedimientos por medidas de seguridad solicitadas desde enero de 2018 a la fecha, específicamente, "... número de causas que terminan sobreseías; número de causas que terminan en condena de medidas de seguridad de internación; número de causas que terminan en condena de medidas de seguridad en fianza de cuidado.", cumpla con hacer llegar a Ud., en formato digital, las nóminas elaboradas por la Corporación Administrativa del Poder Judicial –a requerimiento de este Presidente–, sobre las siguientes materias:

1. Solicitudes de medidas de seguridad durante el período consultado (incluye internación provisional del imputado; suspensión del procedimiento prevista en el artículo 171 o 458 del Código Procesal Penal e informe de facultades mentales. No se recibieron solicitudes de suspensión de la pena privativa de libertad contemplada en el artículo 482 del mismo código). Se indica si las causas respectivas terminaron por sobreseimiento definitivo o por condena de medidas de seguridad. La Corporación informante refiere que, "sin embargo, no es posible precisar si fue por internación o fianza de cuidado, en atención a que en el sistema de tramitación no se especifica dicha distinción."
2. Sentencias con medidas de seguridad dictadas en el período consultado, independientemente de si tales medidas fueron solicitadas o no lo fueron.

Con atentos saludos,



CARLOS KÜNSEMÜLLER LOEBENFELDER

MINISTRO EXCMA. CORTE SUPREMA

**PRESIDENTE COMISIÓN DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN
DEL PODER JUDICIAL**

Incluye documentos digitales individualizados.