

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

INFORME FINAL DE VISITA

Nombre del establecimiento:	UHCIP Infanto – adolescente Hospital Félix Bulnes.
Fecha de la visita:	03 de junio de 2024

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO LEGAL DE LAS VISITAS.....	2
3. INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO.....	3
4. ANTECEDENTES.....	4
5. TIPO DE VISITA EJECUTADA	4
6. EQUIPO DE PROFESIONALES VISITANTES	5
7. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA VISITA.....	5
8. DIMENSIONES DE OBSERVACIÓN Y EVALUACIÓN	6
9. FORTALEZAS Y BUENAS PRÁCTICAS	8
10. NUDOS CRÍTICOS Y RECOMENDACIONES A ÓRGANOS COMPETENTES	10
11. VULNERACIONES DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	21
12. OTRAS ACCIONES DE LA DEFENSORÍA DE LA NIÑEZ.....	22

1. INTRODUCCIÓN

La Defensoría de los Derechos de la Niñez (en adelante “Defensoría de la Niñez”) tiene por objeto la difusión, promoción y protección de los derechos humanos de los cuales son titulares los niños, niñas y adolescentes, siendo de especial atención y prioridad quienes se encuentran privados de libertad, en sus distintas formas¹.

¹ El Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes dispone que “por privación de libertad se entiende cualquier forma de detención o encarcelamiento o de custodia de una persona por orden de una autoridad judicial o administrativa o de otra autoridad pública, en una institución pública o privada de la cual no pueda salir libremente” (artículo 4.2). Asimismo, las Reglas de las Naciones Unidas para la

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

En atención a la facultad descrita, y a lo dispuesto además en las letras d), e), h) e i) del artículo 4° y letra f) del artículo 15° de la Ley N°21.067, la Defensoría de la Niñez cuenta con el **“Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado”** (en adelante “Mecanismo de Monitoreo de Derechos” o “Mecanismo”). Este tiene por objetivo observar y hacer seguimiento a las condiciones de vida y de cuidado de niños, niñas y adolescentes (en adelante “NNA”) que están bajo cuidado del Estado, y ejecutar las acciones pertinentes para garantizar su protección integral, así como la efectivización de sus derechos humanos, conforme a normas y estándares nacionales e internacionales en la materia.

En el marco del referido Mecanismo, la Defensoría de la Niñez ejecuta diversas acciones, siendo una de las principales, la realización de visitas periódicas y sin previo aviso a distintos establecimientos que acogen a niños, niñas y adolescentes, a nivel nacional. En este contexto, el presente **“Informe Final”** da cuenta de la visita realizada al Hospital Félix Bulnes, específicamente a la Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos de Psiquiatría Infanto-Juvenil, ubicado en la Comuna de Cerro Navia en la región Metropolitana, especialmente las fortalezas observadas, vulneraciones de derechos -de haber sido detectadas-, y nudos críticos identificados. Además, en razón de estos últimos, se presentan las respectivas acciones desplegadas para su abordaje, incluyendo recomendaciones a los órganos correspondientes, para su abordaje y mejora.

2. MARCO LEGAL DE LAS VISITAS

La Defensoría de la Niñez es una corporación autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto la difusión, promoción y protección de los derechos de los cuales son titulares los niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con la Constitución Política de la República, la Convención sobre los Derechos del Niño y los demás tratados internacionales ratificados por Chile que se encuentren vigentes, así como a la legislación nacional, velando por su interés superior².

La realización de las visitas y de sus respectivos informes finales, se enmarca particularmente en la facultad contenida en el artículo 4° letra f) de la Ley N°21.067, que indica que le corresponde:

protección de los Menores privados de libertad, también conocidas como Reglas de la Habana establecen que por privación de libertad “se entiende toda forma de detención o encarcelamiento, así como el internamiento en un establecimiento público o privado del que no se permita salir al menor por su propia voluntad, por orden de cualquier autoridad judicial, administrativa u otra autoridad pública” (II. b).

² Ley N° 21.067, artículo 2.

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

“Visitar los centros de privación de libertad, centros residenciales de protección o cualquier otra institución, incluyendo medios de transporte, en los términos de lo dispuesto en el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, en que un niño permanezca privado de libertad, reciban o no recursos del Estado, sin perjuicio de las facultades de los demás organismos públicos competentes en la materia. Una vez realizada la visita, deberá evacuar un informe que deberá contener, a lo menos, la descripción de la situación general observada, el registro de las eventuales vulneraciones de derechos y las recomendaciones a los órganos competentes, sin perjuicio de denunciar los hechos que constituyan delito”.

Junto a lo anterior, el mismo cuerpo legal le otorga a la Defensoría de la Niñez, entre otros mandatos y facultades, aquellas relativas a promover el cumplimiento de la Convención de los Derechos del Niño y demás tratados que se encuentran ratificados y vigentes³; velar por la participación de los niños, niñas y adolescentes para que puedan expresar su opinión y ser oídos en cuanto al ejercicio de sus derechos⁴; intermediar y servir de facilitador entre los niños, niñas y adolescentes y los órganos de la Administración del Estado o a personas jurídicas que tengan por objeto la promoción o protección de sus derechos, así como requerir informes y antecedentes a estos últimos y hacerle seguimiento a su actuar⁵; realizar una cuenta pública e informar sobre la situación de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en residencias de protección y centros de privación de libertad⁶; y actuar coordinadamente con otras instituciones nacionales de derechos humanos, solicitar la colaboración de distintos órganos del Estado y obtener todas las informaciones y antecedentes necesarios para evaluar las situaciones comprendidas en el ámbito de su competencia⁷.

3. INDIVIDUALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Tipo de establecimiento:	Establecimiento de Salud Mental
Nombre del proyecto:	Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Infanto Adolescente (UHCIP I-A)
Nombre de la institución a cargo:	Hospital Félix Bulnes

³ Ley N° 21.067, artículo 4, letra m).

⁴ Ley N° 21.067, artículo 4, letra l).

⁵ Ley N° 21.067, artículo 4, letras d), e) e i).

⁶ Ley N° 21.067, artículo 15, letra f).

⁷ Ley N° 21.067, artículo 4, inciso final.

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

Tipo de administración:	Red Pública de Salud, dependencia del Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOC) Ministerio de Salud
Modalidad de intervención:	Tratamiento Cerrado
Población destinataria:	Niños, niñas y adolescentes entre los 10 años y los 17 años, 11 meses y 29 días. Excepcionalmente a menores de 10 años
Director(a):	Dr. Fernando Millard, Director de Hospital Clínico Félix Bulnes. Dra. María Soledad Gallegos, Jefa de Servicio, Unidad Psiquiatría Adultos.

4. ANTECEDENTES

La visita a la UHCIP I-A del Hospital Félix Bulnes fue la primera visita de la Defensoría de la Niñez al establecimiento y fue planificada dentro de la reorganización que se hizo al cronograma anual, de acuerdo a criterios de criticidad y representatividad previamente definidos. Previo a la visita, se contaba con antecedentes respecto al establecimiento, en los que quedaba de manifiesto que la UHCIP I-A del mencionado Hospital, estaba teniendo una alta demanda, la cual no se correspondía con la capacidad de atención disponible, debiendo derivar a los niños, niñas o adolescente a una Clínica privada (Clínica Oriente). Así mismo, de manera interna, el Hospital estaba evaluando la posibilidad de ingresar a los niños, niñas o adolescentes a la unidad de adultos, en consideración a la falta de cupos disponibles en la sección infante – adolescente y a la necesidad de dar cobertura de salud mental a la población indicada; siendo lo anterior uno de los temas abordadas en la reunión de Lobby solicitada por profesionales del área psiquiátrica del Hospital Félix Bulnes a la Defensoría de la Niñez en el mes de mayo del 2024. En consideración de todo lo anterior, la visita se realizó de manera presencial, el día 03 de junio del 2024.

5. TIPO DE VISITA EJECUTADA

De acuerdo al Protocolo de Visitas de la Defensoría de la Niñez, estas se distinguen según su origen, así como por la oportunidad y el medio de ejecución. Conforme a lo anterior, la visita realizada tuvo las siguientes características:

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

Tipo de visita		
Oportunidad	Origen	Medio
<input checked="" type="checkbox"/> Primera Visita	<input checked="" type="checkbox"/> Planificada	<input checked="" type="checkbox"/> Presencial
<input type="checkbox"/> Visita de Seguimiento	<input type="checkbox"/> Reactiva	<input type="checkbox"/> Remota

6. EQUIPO DE PROFESIONALES VISITANTES

La visita fue ejecutada por [4°] profesionales de la Defensoría de la Niñez, individualizados en el cuadro a continuación.

Profesional encargado/a:	Verónica Vázquez, Psicóloga, Sede Central
Profesional 2:	Giannina Mondino, Abogada, Sede Central
Profesional 3:	Carola Fraczinet, Psicóloga, Sede Central
Profesional 4	Ma. Jesús Maturana, Abogada, Sede Central
Profesional externo:	No aplica

7. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA VISITA

El desarrollo de la visita se realizó en dos etapas consecutivas. Primero, un recorrido por las instalaciones, para observar la infraestructura y equipamiento, así como las dinámicas, rutinas y actividades de los niños, niñas y adolescentes presentes. En segundo lugar, se realizó una entrevista en profundidad a la directora de la Unidad Psiquiatría Adultos y a la encargada de la Unidad I-J; en paralelo, se realizaron entrevistas a N°5 niños, niñas y adolescentes y a N°3 funcionarios(as) que se ofrecieron voluntariamente para participar de dichas instancias.

Con posterioridad a la visita, se solicitó información por correo electrónico a la directora y a la encargada de la Unidad, para verificar y/o complementar los aspectos conversados en la entrevista, o que no se pudieron abordar en esta.

Cabe indicar que, al momento de la visita, había N°10 niños, niñas y adolescentes vigentes en el establecimiento, de los cuales los N°10 se encontraban estaban presentes.

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

8. DIMENSIONES DE OBSERVACIÓN Y EVALUACIÓN

En el marco del referido Mecanismo, la función de visitas a lugares donde permanecen niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado se realiza sobre la base de dimensiones y subdimensiones de observación y evaluación de sus condiciones de vida y situación de derechos en los establecimientos visitados. Cada dimensión se vincula a un estándar general, que refiere al mínimo esperado y exigible. A su vez, cada dimensión contiene subdimensiones, que se vinculan a indicadores específicos que dan cuenta de lo requerido para el cumplimiento del estándar general. Lo anterior permite conocer el grado en que cada establecimiento cumple con lo esperado, en distintas áreas.

A propósito de la visita, y de la metodología e instrumentos aplicados, se observaron y evaluaron las dimensiones y subdimensiones referidas, cuyos resultados, por dimensión, se presentan a continuación.

DIMENSIÓN	EVALUACIÓN DE LA DIMENSION	SUBDIMENSIONES	EVALUACIÓN DE LA SUBDIMENSION
1. Habitabilidad		1. Ubicación	Cumplimiento Parcial
		2. Proximidad	Cumplimiento Parcial
		3. Accesibilidad	Cumplimiento Parcial
		4. Inclusividad	Cumplimiento Parcial Sustancial
		5. Conectividad	Cumplimiento Total
		6. Capacidad	Cumplimiento Total
		7. Infraestructura	Cumplimiento Parcial Sustancial
		8. Equipamiento	Cumplimiento Total
		9. Seguridad	Cumplimiento Parcial Sustancial
		10. Mantenimiento	Cumplimiento Total
		11. Aseo e higiene	Cumplimiento Total
		12. Ambientación y personalización	Cumplimiento Total
		13. Espacio exterior	Cumplimiento Parcial
		14. Necesidades materiales	Cumplimiento Parcial Sustancial
2. Administración y gestión		15. Dotación	Cumplimiento Parcial
		16. Perfil	Cumplimiento Parcial
		17. Inducción	Cumplimiento Parcial
		18. Formación continua	Incumplimiento
		19. Cuidado de equipo	Incumplimiento
		20. Condiciones laborales	Incumplimiento
		21. Comunicación interna	Cumplimiento Parcial Sustancial

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

		22. Protocolos	Cumplimiento Sustancial	Parcial
		23. Registros	Cumplimiento Sustancial	Parcial
		24. Supervisión externa	No se observa	
		25. Intersectorialidad	Cumplimiento Sustancial	Parcial
		26. Cumplimiento del proyecto	Cumplimiento Total	
		27. Transparencia	Incumplimiento	
		28. Institucionalidad	Cumplimiento Sustancial	Parcial
		29. Institucionalización	Cumplimiento Parcial	
3. Intervención		30. Ingreso	Cumplimiento Total	
		31. Evaluación y diagnóstico integral	Cumplimiento Total	
		32. Plan Individual	Cumplimiento Sustancial	Parcial
		33. Intervención familiar	Incumplimiento	
		34. Preegreso y postgreso	Cumplimiento Sustancial	Parcial
		35. Mecanismos de evaluación del plan	Cumplimiento Parcial	
		36. Enfoques transversales	Cumplimiento Parcial	
		37. Representación judicial	Incumplimiento	
4. Desarrollo Integral		38. Salud	Cumplimiento Total	
		39. Alimentación	Cumplimiento Total	
		40. Educación	Cumplimiento Total	
		41. Rutina	Cumplimiento Parcial	
		42. Convivencia y trato	Cumplimiento Sustancial	Parcial
		43. Vinculación con familia y figuras significativas	Cumplimiento Sustancial	Parcial
		44. Vinculación con el entorno social y comunitario	Cumplimiento Parcial	
		45. Identidad y pertenencia	No se observa	
		46. Diversidad e interculturalidad	Cumplimiento Sustancial	Parcial
		47. Información y participación	Incumplimiento	
		48. Recreación y esparcimiento	Cumplimiento Parcial	

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

		49. Integridad y protección	
		50. Diferenciación	Cumplimiento Total
		51. Privacidad y confidencialidad	Cumplimiento Total
		52. Medidas disciplinarias	Cumplimiento Total
		53. Medidas ante situaciones críticas	Cumplimiento Total

9. FORTALEZAS Y BUENAS PRÁCTICAS

A continuación, se da cuenta de las principales fortalezas y buenas prácticas identificadas en la visita, con el objeto de destacar esas acciones y procesos en favor de los niños, niñas y adolescentes, e instar a la Residencia/Centro a su mantención y reforzamiento.

i) Buena recepción y disposición del personal durante la visita

Es imperativo destacar como fortaleza, la disposición y buena recepción del personal de la UHCIP I-A del Hospital Félix Bulnes, ante la visita del equipo de la Defensoría de la Niñez, lo cual se tradujo en colaboración y una actitud de apertura durante el recorrido, entrevista y conversaciones sostenidas a lo largo de la visita, lo cual favoreció y facilitó todo el proceso en general.

ii) Compromiso del personal de atención directa de velar por los DDHH de los niños, niñas y adolescentes.

Según lo observado y levantado con los niños, niñas y adolescentes en entrevistas, el personal de atención e intervención directa era percibido como amable, contenedor y bien tratante. Así mismo, se pudo divisar interés e involucramiento por parte de los funcionarios para hacer un seguimiento de los NNA, aun después de haber egresados de la unidad, así como en adecuar los espacios comunes con ornamentación ajustada y del interés del rango etario atendido (murales, muebles, fotos, dibujos, etc.), y se pudieron apreciar algunos espacios en las habitaciones con decoración del gusto de los usuarios. Algunos espacios de atención estaban decorados con dibujos y cartas de los niños, niñas y adolescentes, siendo lo anterior destacable, en virtud de lo terapéutico y resignificador que es para los usuarios, el reconocimiento de los profesionales a través de ese acto concreto y simbólico.

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

iii) **Espacios amplios, seguros y con condiciones de seguridad necesarias.**

Cabe señalar que durante el recorrido por las instalaciones se pudo apreciar un equilibrio entre seguridad y habitabilidad en los diversos espacios dispuestos para la atención de los niños, niñas y adolescentes. La unidad, al estar emplazada en un 8°vo piso, contaba en sus alrededores con ventanales con vidrios reforzados y termo paneles, los cuales, además favorecer la mantención de la temperatura, contribuían a la disminución del calor, el frío y el ruido de los ambientes exteriores, además de ser más seguros sin limitar la visibilidad al exterior. Cada una de las habitaciones estaba dispuesta para dos ocupantes, contando con un baño ubicado inmediatamente al exterior de la misma, espacio que contaba con ventana de seguridad y mobiliario en acero inoxidable, el que además de ser más higiénico, proporcionaba mayor seguridad para la integridad física de los usuarios.

En general, se pudieron observar espacios en buenas condiciones de infraestructura y limpieza, lo que contribuía a la generación de espacios acogedores para el uso de los niños/as y adolescentes.

iv) **Adecuado manejo y almacenamiento de medicamentos.**

En la sección de enfermeros/as, se pudo observar un adecuado almacenaje de los medicamentos, observándose orden en el espacio físico dispuesto para ello, así como un correcto etiquetado, temperatura, manipulación y resguardo de los mismo. Así también, se pudieron observar las fichas médicas electrónicas, las cuales, estaban ordenadas y con la información clara respecto del paciente; en relación a los pastilleros y la administración de los medicamentos, estos eran administrados por los funcionarios/as Tens y/o de enfermería, proporcionado agua a los NNA para la ingesta en vasos de plástico ligero sellados con aluza.

v) **Alimentos / minuta alimenticia del agrado de NNA**

Un ítem relevante tenía relación con la alimentación, la cual, según el propio discurso de los NNA al momento de la visita y durante las encuestas levantadas, estos refirieron que los alimentos y colaciones eran de su agrado, mostrándose satisfechos con el tipo de alimento y el sabor, lo cual, representaba un factor relevante, ya que la ingesta apropiada de una alimentación balanceada contribuía en gran medida a disminuir los eventuales efectos secundarios que el tratamiento farmacológico conllevaba. Por lo que, instamos a que se mantenga la calidad y el sabor de los alimentos que se les proporcionan a los niño, niñas y adolescentes durante su estadía en la Unidad.

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

10. NUDOS CRÍTICOS Y RECOMENDACIONES A ÓRGANOS COMPETENTES

A continuación, se da cuenta de los nudos críticos identificados en la visita, respecto de cada uno de los cuales se entregan recomendaciones y/o solicitudes a los órganos correspondientes, para abordarlos y subsanarlos y aportar al pleno goce y ejercicio de derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Las recomendaciones y solicitudes cuentan con plazos específicos sugeridos para su abordaje, con el objeto de que la Defensoría de la Niñez pueda efectuar un seguimiento efectivo de estas.

Los plazos sugeridos son los siguientes:

Tipo de recomendación o solicitud	Plazo temporal
Urgente	Dentro de 1 semana
Corto Plazo	Dentro de 1 mes
Mediano plazo	Dentro de 6 meses
Largo Plazo	Dentro de 1 año

Cabe indicar que, respecto de las recomendaciones dirigidas al establecimiento Hospitalario, se recomienda al Servicio de Protección Especializada y al Servicio de Salud Metropolitano Occidente, la supervisión y orientación técnica para su debida implementación y cumplimiento, de acuerdo al carácter que tiene el establecimiento y las responsabilidades, funciones y atribuciones que corresponden a su Servicio en función de ello.

i) Señalización y ubicación.

Al respecto impresionó la falta de información, claridad y conocimiento de parte del personal de seguridad como de los funcionarios en general y del mesón de ayuda del hospital, respecto de la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para población Infanto-Adolescente (UHCIP I-A), así como la falta de señalización clara y dispuesta que indicara la ubicación exacta de la mencionada unidad, tomando alrededor de 30 minutos a las funcionarias de la Defensoría de la Niñez ubicar en que piso se encontraba la UHCIP I-A, ya que fueron derivadas a otros pisos o secciones que no tenían relación alguna con la Unidad que se buscaba, lo cual se tornó alarmante, en virtud de que lo anterior iba en perjuicio directo de los y las NNA ingresados en la UHCIP I-A y sus familias, ya que, al no contar con una señalización adecuada, y

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

ante el desconocimiento de los mismos funcionarios del Hospital, la probabilidad de que los familiares o adultos responsables se perdieran o fueran mal orientados era altísima, lo que impactaría los procesos en general: llegar tarde a los espacios de vinculación, citas y/o evaluaciones con profesionales, etc. Así mismo, cabe agregar que pese a que el hospital contaba con una página web institucional y había realizado una cuenta pública respecto del año 2023⁸, en ninguna instancia se hacía mención de la UHCIP I-A, lo cual, no solo invisibilizaba la labor que se realizaba en la Unidad, sino que, para efectos del trabajo intersectorial, visto desde las redes que atendían población infante – adolescente, no contar con la información de los servicios que ofrecía el Hospital Félix Bulnes para esa población, se constituía en una falencia significativa, ya que entorpecería las derivaciones y/u orientaciones para la población que lo necesitaba. Cabe relevar que, tal como lo señala el Modelo de Gestión de las “Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría” respecto de estas unidades *“Su funcionamiento se articula tanto con la red territorial de salud mental, como con otros servicios clínicos y unidades de apoyo del hospital donde se encuentra ubicada”*.⁹

Por lo anterior,

Se solicita, al Hospital Félix Bulnes:

- Instalar, en un corto plazo, señalización dispuesta en diferentes espacios del Hospital, respecto de la ubicación exacta de la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para población Infante-Adolescente (UHCIP I-A), indicando como llegar desde el punto de referencia donde se encuentre la persona, idealmente en diversos lenguajes que faciliten su comprensión intercultural, como lo sería en creolé, mapudungun, etc.
- Formar e informar de manera urgente, al personal de mesón de información de su Hospital, respecto de la existencia de la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para población Infante-Adolescente (UHCIP I-A), así como de su ubicación exacta, para brindar una mejor orientación al usuario.
- Incluir dentro de su página web, en un mediano plazo, información relevante respecto de la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para población Infante-Adolescente (UHCIP I-A), dando cuenta, a modo general, de los servicios que ofrece dicha unidad.

ii) Infraestructura

⁸ https://felixbulnes.cl/wp/wp-content/doc/cuentas_publicas/2023/FINAL%20doc%20Cuenta%20P%20C3%BAblica%20GESTI%20C3%93N%202023.pdf

⁹ MINSAL.(2016). Modelo de Gestión de las “Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría, página 22.

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

Como se mencionó, anteriormente, la UHCIP I-A del Hospital Félix Bulnes contaba con espacios amplios y acordes a las necesidades de atención de los NNA. Sin embargo, al encontrarse la Unidad emplazada en una 8° piso, las posibilidades de contar con un jardín interior eran poco viables por las necesidades de luz y ventilación. En este sentido, si bien se destaca la disposición de un espacio de recreación para los NNA, un patio interior, amplio, con paredes pintadas de color negro, bajo la lógica de que las paredes fueran utilizadas por los usuarios como pizarrón y/o espacio de expresión artística, no obstante, el color daba un aspecto lúgubre y poco afable, absorbiendo el color de las paredes la poca luz natural que ingresaba por los ventanales a esa hora de la mañana, teniendo que hacer uso de luz artificial, logrando así el efecto contrario a lo que se tenía pensado cuando se pintó la sala de ese color. Así mismo, el tono de las paredes facilitaba que se generaran “puntos ciegos” en determinadas zonas de la sala, lo cual, al tratarse de una unidad psiquiátrica, en la cual, los riesgos vitales eran latentes, era imprescindible contar con la mayor visibilidad posible de los niños, niñas y adolescentes, en virtud de su propio bienestar.

Por otra parte, en una de las salas de la unidad (la sala de juegos) se observaron murales y dibujos que fueron realizados por usuarios que estuvieron internados en la UHCIP I-A, según refirieron las enfermeras que acompañaron el recorrido. Lo anterior da cuenta de un espacio de participación de los NNA en la ornamentación de la unidad, no obstante, por la naturaleza del espacio, es decir, de estadía transitoria de los niños, niñas y adolescentes, esta práctica pudiese generar un mensaje contradictorio, ya que, por un lado, se instaba a los NNA a “apropiarse del espacio” a través del arte o los murales, y, por otro lado, el mismo ejercicio de apropiación, “invitaba a quedarse y hacer propio ese espacio”; por lo que, como observación, cabe indicar que, la incorporación de la NNA en la ornamentación del espacio a través del Arte Terapia,¹⁰ era una herramienta terapéutica importante, sin embargo, dicha herramienta debiese utilizarse estratégicamente, en virtud de que el ejercicio creativo generará un producto que satisficiera y contribuyera a la salud mental y estabilización de los usuarios, sin que esto implicase un sentido de pertenencia y deseo de permanencia a la unidad hospitalaria.

Por lo anterior,

Al Hospital Félix Bulnes, se solicita:

¹⁰ Vallejo. P. (junio-2011). “Arte terapia en Trastornos Mentales Severos: efectos terapéuticos derivados de una intervención grupal no directiva, desde el discurso de sus participantes, usuarios de servicios de salud ambulatorios”. Universidad de Chile. (existiría una estrecha relación entre los efectos terapéuticos de la terapia artística con los objetivos de la rehabilitación psicosocial, en la medida en que puede ayudar a los pacientes a desarrollar o recuperar capacidades disminuidas tanto por la enfermedad como por la internación, ocupándose también de aspectos que muchas veces los programas no consideran, como son las necesidades emocionales y la conexión con los recursos creativos personales” (Charlton, 1987; Van Lith y cols., 2010, Molloy, 1997).

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

- En el corto plazo, pintar el patio interior o zona de recreación en un tono que permita la iluminación de la zona con luz natural, favoreciendo así la Humanización del Espacio¹¹, contribuyendo a que los funcionarios tengan visibilidad total de la zona.

A la UHCIP I-A, como observación, se recomienda:

- Continuar fomentando la participación de los NNA en la ornamentación de la unidad a través del uso de diversos recursos o materiales seguros a disposición o del gusto e interés de los usuarios, con un acompañamiento terapéutico que fomente y establezca la idea de transitoriedad, a través de expresiones artísticas o decorativas que sean temporales o incluso que los NNA se los puedan llevar una vez concluido su tratamiento.

iii) Rutina de fin de semana

Uno de los elementos claves en el trabajo con NNA, tiene relación con el establecimiento de rutinas, las cuales, dentro de la UHCIP I-A se pudo apreciar fácilmente una pizarra afuera de la sala de Terapia Ocupacional, la cual, además de ser accesible a la visita, describía las actividades que debían ejecutarse a lo largo del día de lunes a viernes, cumpliendo con la lógica de “estructurar rutina que promueva estado de recuperación (AVD, uso del tiempo libre, actividades significativas)”¹², sin embargo, lo referente a rutinas de fin de semana no se observaron expuestas o a simple vista, teniendo que ser solicitado a la jefa de unidad.

Cabe señalar al respecto que, si bien se proporcionó la información relativa a la rutina de fin de semana, esta era ambigua y con tres “*Tiempos de ocio*”, uno de 1 hora durante la mañana, el segundo, después del almuerzo, de alrededor de 2 horas y finalmente, antes de la cena, un tercer espacio de una hora; si bien, los espacios de ocio o distensión son importantes, es imperativo que, más tratándose de NNA con alguna afectación en salud mental, dentro de estos espacios se ofrecieran actividades acordes a los gustos e intereses de la población, proporcionando diversidad de materiales o actividades planificadas que permitieran hacer un uso adecuado del espacio, manteniendo un ritmo físico y mental que mantenga a los NNA motivados y entretenidos. Se menciona lo anterior en virtud de que por un lado, no se observaron materiales dispuestos para la entretención, más allá de los libros en la sala de juego, sumado a que los NNA que se encontraban en la unidad al momento de la visita y que accedieron a contestar las

¹¹ MINSAL.(2016). Modelo de Gestión de las “Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría, página 38.

¹² MINSAL.(2016). Modelo de Gestión de las “Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría.

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

encuestas de la Defensoría, refirieron “sentirse aburridos” durante los fines de semana, y que las enfermeras les llevan cosas para jugar y hacer manualidades, lo que fue cotejado con funcionarios/as, los/las culés confirmaron no contar con material proporcionado por la Unidad o por el Hospital, para las actividades de los fines de semana, siendo costeados por los y las funcionarios/as. Incluso los NNA encuestados, refirieron que los fines de semana, se aburren y “*pasan en las piezas*”, lo cual, considerando las particularidades de la población atendida, es riesgoso y completamente iatrogénico, en virtud de que la falta de rutina genera y mantiene una desestructura ambiental y cognitiva que tiene repercusiones directas a nivel neurológico, emocional, físico, nutricional, etc.

Bajo la misma lógica y según lo estipulado en el Modelo de Gestión de las “Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría: *“Explicitar normas de funcionamiento con el objetivo de regular las relaciones, tareas y horarios entre todas las personas miembros de la unidad. Deben estar expuestas para su consulta por parte de los y las profesionales e incluir normas sobre los siguientes aspectos: trato, convivencia, actividades, salidas, permisos terapéuticos, teléfono, TV, tabaco, visitas, objetos personales, administración económica, horario de habitaciones y régimen de visitas*”, así como, *“Desarrollar actividades que tengan sentido terapéutico para los/as usuarias. Para ello habrá que tener en cuenta su opinión a la hora de programar la oferta de actividades y evaluar las mismas”*.¹³

En la misma línea, la Convención de los Derechos del Niño señala respecto de su Artículo N°31 *“1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes”*.¹⁴

Por lo anterior,

A la UHCIP I-A, se solicita:

- **De manera urgente, solicitar a la administración o jefatura directa, un fondo económico fijo, para la compra y reposición de materiales variados, que sean adecuados y seguros para los usuarios conforme a sus necesidades de tratamiento: artículos de arte, juegos de mesa, libros, etc., para el uso exclusivo de los NNA de la UHCIP I-A durante los fines de semana.**
- **De manera urgente, solicitar a funcionario/a Terapeuta Ocupacional, diseñar una serie de actividades o dinámicas para ser implementadas por el personal de salud**

¹³ MINSAL.(2016). Modelo de Gestión de las “Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría, página 51 y 52.

¹⁴ Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los derechos del niño, Artículo N°31

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

o monitoreo durante los fines de semana, que sean del gusto de los usuarios/as, entretenidas, flexibles y acordes al rango etario de la población.

- De manera urgente, solicitar a funcionario/a Terapeuta Ocupacional, diseñar, al igual que la rutina diaria de lunes a viernes, un esquema de la rutina correspondiente para los fines de semana, de tamaño grande, el cual permita que los NNA y funcionarios, tengan a la vista las actividades y horarios correspondientes, haciendo para los usuarios, predictibles las actividades a desarrollar durante los días feriados o de fin de semana.

Al Hospital Félix Bulnes, se solicita:

- De manera urgente, disponer de un fondo económico fijo, para la compra y reposición de materiales variados, artículos de arte, juegos de mesa, libros, etc. para el uso exclusivo de los NNA de la UHCIP I-A durante los fines de semana.

iv) Cambio de turno

Del grupo de NNA que se encontraban en la UHCIP I-A al momento de la visita de la Defensoría de la Niñez, cinco accedieron a responder las encuestas, las cuales son contestadas a través de una Tablet electrónica, sin perjuicio de lo anterior, estos espacios se prestaban a poder sostener conversaciones no estructuradas en las que fluyen ideas y opiniones desde los NNA; y fue justamente durante dichos espacios que algunos NNA refirieron que durante los cambios de turno de los funcionarios y profesionales de la unidad, ellos deben permanecer en las habitaciones, las cuales eran cerradas, manteniéndose dentro de las piezas sin materiales ni distractores, lo que llegaba a generar estrés, angustia e incluso enojo, ya que, pese a que los funcionarios referían que sería un periodo corto, en la práctica no era así. Si bien, se desconoce el tiempo que implicaba la entrega-toma de turno, los NNA lo referían como *“mucho o harto”*, señalando incluso que *“siempre se están riendo y nosotros encerrados”*.

En consonancia con lo anterior, si bien, era favorable, necesario e incluso sano que existieran espacios de distención y relajo entre los profesionales y funcionarios, se tornaba preocupante que estos espacios de distención se dieran durante el cambio de turno, mientras los NNA quedaban en las habitaciones encerrados, ya que lo anterior, podía generar estados de angustia, ansiedad o derechamente una descompensación o agitación psicomotriz.

Siendo imperativo señalar lo establecido en el Artículo N°3 de la Convención, el cual dicta: *“Los Estados partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades*

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

*competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada”.*¹⁵

Por lo anterior,

A la UHCIP I-A, se solicita:

- **Que, en el corto plazo se diseñe e implemente alguna estrategia para hacer un acompañamiento a los usuarios durante el cambio de turno de los funcionarios y profesionales, de modo de que los NNA no queden encerrados y/o solos en las habitaciones.** Ejemplos: designar un encargado de entregar turno al equipo entrante; Que, durante el cambio de turno, un funcionario (entrante o saliente) pase por las habitaciones generando un saludo o dinámica “especial” y breve con los NNA, de modo de disminuir la ansiedad y sensación de encierro.

Al Hospital Félix Bulnes, se solicita:

- **A mediano plazo, implemente espacios de cuidado de equipo, de modo de propiciar la vinculación y armonía entre los funcionarios, lo que tendría un impacto directo en las dinámicas relacionales y de trabajo en el equipo dentro de la Unidad, beneficiando directamente a los/las funcionarias y a los NNA usuarios de la UHCIP I-A.**

v) **Sobre demanda de atención psiquiátrica I-A**

El Hospital Félix Bulnes, según su página web¹⁶, cubría todo el sector occidente de la RM, provincia de Melipilla, Talagante, Renca, Quinta Normal, Lo Prado y Pudahuel, lo que representaba una demanda de servicios de salud mental infanto-adolescente altísimo, **no pudiendo dar cobertura a la creciente demanda, lo que implicaba que niños/as y/o adolescentes fueran ingresados a la urgencia, permaneciendo ahí por largos periodos, lo cual, en todos los casos era significativamente grave en consideración a las particularidades del área y la clase de urgencias que suelen llegar a esa zona; Significando lo anterior un daño directo para los niños/as y adolescentes, que, en virtud de una necesidad de atención en salud mental, estuvieran expuestos por periodos prolongados, es decir, más de 24 horas, en algunos casos semanas, al tipo de casos que se atendían en el área de urgencias.** Si bien, según señaló la jefa de servicio de psiquiatría del Hospital Félix Bulnes, que ante tal escenario se había adaptado un espacio mientras se liberaba una plaza en la UHCIP I-A, esto no solucionaba el problema de fondo, sino que contribuía al daño que originó el ingreso, sumado a lo victimizante y vulnerador que representaba permanecer en la unidad de urgencias, ya que, los cuidados, atención y

¹⁵ Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los derechos del niño, Artículo N°3

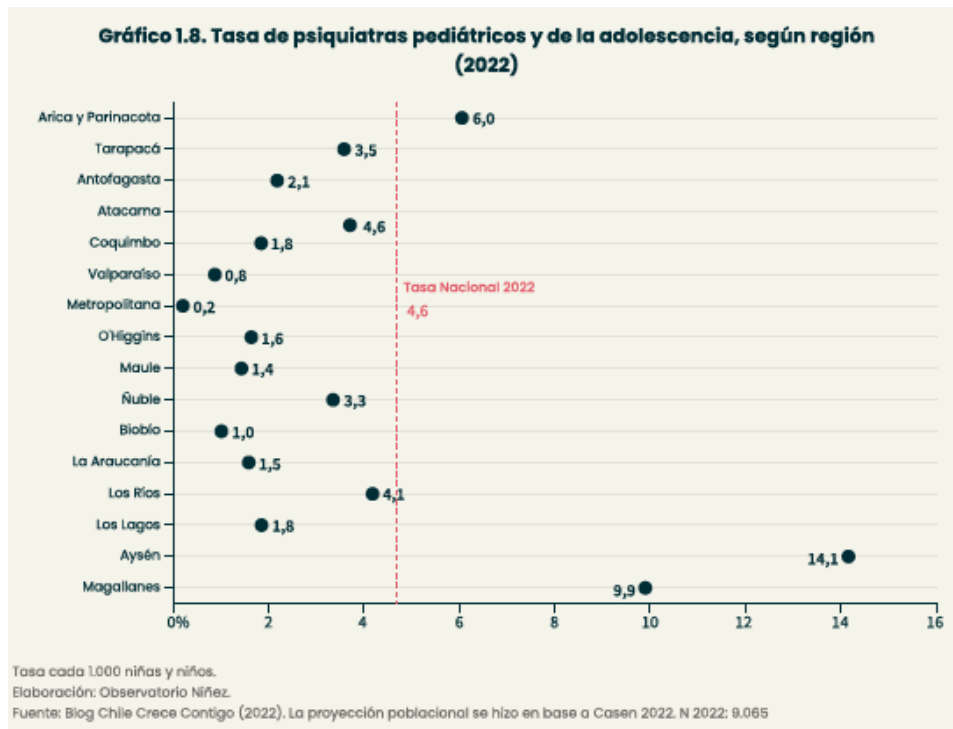
¹⁶ <https://felixbulnes.cl/wp/>

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

evaluaciones pertinentes a sus necesidades de salud mental, no eran atendidos conforme a los protocolos de las UHCIP I-A, generándose un impacto directo e iatrogénico en los niños/as y adolescentes que no podían acceder a la UHCIP I-A por falta de camas disponibles, en este u otros hospital.

Lo anterior, se suma a la percepción de falta de médicos especialistas en el área psiquiátrica, ya que, según lo informado por los niños, niñas y adolescentes encuestados, respecto de los médicos, indicaron: “no están nunca”, lo que se condice con lo referido por la jefa de servicio respecto de la falta de médicos en virtud de que las remuneraciones para los médicos y profesionales son “poco atractivas”.

Así mismo y según estimaciones del Observatorio Niñez, de fundación Colunga, en base al parte de datos de MINSAL, en Chile al 2022 habían 208 jornadas equivalentes a 44 horas de psiquiatras pediátricos y de la adolescencia en el país.¹⁷ Esto equivalía a 4,6 profesionales por cada 100.000 habitantes. La necesidad estimada de psiquiatras infantiles era de 14,3 cada 100.000 habitantes, por lo que Chile se encontraba lejos de cubrir las necesidades proyectadas a nivel país. Las regiones que presentaban mayor déficit eran la Metropolitana y Valparaíso.¹⁸



¹⁷ Estimación en base a la dotación de profesionales reportada en el informe “DOTACIÓN DE PERSONAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD: BRECHAS POR SERVICIO DE SALUD Y ESPECIALIDAD” del Departamento de Planificación de RHS y Gestión de la Información del Ministerio de Salud, publicado en junio 2022.

¹⁸ Observatorio Niñez (2024). Primer Informe Nacional del Bienestar de la Niñez.

¹⁹ Observatorio Niñez (2024). Primer Informe Nacional del Bienestar de la Niñez. Página 20.

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

Lo anterior, ponía sobre la palestra nuevamente la gravedad de la crisis en salud mental en la que se encontraban los NNA, lo cual, no solo estaba asociado a la multiplicidad de condiciones y factores a los que estaban expuestos en la cotidianidad, sino a la falta de acceso a una atención de salud mental de calidad y oportuna, de parte de los servicios de salud, respecto a disponibilidad de espacios de atención y profesionales capacitados para tales fines.

Así las cosas, y según lo establecido en la **Ley 21.430**, particularmente en su **Artículo 16.-** *“Prioridad. Los órganos del Estado deberán entregar la debida prioridad a los niños, niñas y adolescentes en la formulación y ejecución de las políticas públicas y en el acceso y atención de los servicios sociales, sean estos públicos o privados, de lo que se deberá dar cuenta pública de conformidad a su normativa vigente. Especial prioridad tendrán los niños y niñas vulnerados, y los adolescentes infractores de ley, en la atención en los servicios de salud, educación y rehabilitación de drogas y alcohol”*.²⁰

Y, según el **Artículo 24** de la **Convención de los Derechos del Niño** relativo a Salud y servicios médicos. *“Los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquellos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño”*.²¹

Y el **Artículo 25** de la misma Convención, *“Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación”*.²²

Paralelo a la falta de camas en los hospitales, particularmente en las UHCIP I-A, se daba un fenómeno que no era aislado y tenía relación con las largas permanencias de niños/as y adolescentes en las indicadas unidades o en las áreas de urgencia o pediatría de los Hospitales; lo anterior estaba estrechamente relacionado a los NNA con medidas de protección que se encontraban ingresados o derivados a la red de cuidado alternativo del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, por lo que, ante la falta de cupos o plazas en las residencias de protección, y posterior a su alta clínica, los NNA debían permanecer en las unidades hospitalarias incluso hasta por meses, con el desgaste emocional que eso significaba, sumado a los riesgos e impactos psicoemocionales ya mencionados, y/o a virus e infecciones que suelen abundar en los hospitales, lo que, además de constituirse en una nueva vulneración de derechos, era diametralmente contrario a lo indicado en la **Ley 21.331**, particularmente en lo señalado en su **Artículo 12.-** *“Sin perjuicio de la relevancia de los factores sociales en la aparición, evolución y tratamiento de los problemas de salud mental, la hospitalización psiquiátrica no podrá*

²⁰ Ley 21430. SOBRE GARANTÍAS Y PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. Artículo N°16

²¹ Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los derechos del niño, Artículo N°24

²² Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los derechos del niño, Artículo N°25

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

indicarse para dar solución a problemas sociales, de vivienda o de cualquier otra índole que no sea principalmente sanitaria. Ninguna persona podrá permanecer hospitalizada indefinidamente en razón de su discapacidad y condiciones sociales. Es obligación del prestador agotar todas las instancias que correspondan, con la finalidad de resguardar el derecho del paciente a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad”²³

Por lo anterior,

Al Ministerio de Salud, se solicita:

- En un corto plazo, dar a conocer formalmente a esta Defensoría de la Niñez, una propuesta de abordaje respecto de las plazas para UHCIP infanto-Adolescente, las cuales, siguen siendo insuficientes.

Al Ministerio de Salud y Hospital Félix Bulnes, se solicita:

- En un corto plazo, dar a conocer formalmente a esta Defensoría de la Niñez, propuesta para la atención de los NNA derivados a la UHCIP I-A, los cuales, ante la falta de camas en la mencionada unidad, deben permanecer en la sala de urgencia, lo que, como ya se estableció, no es el espacio idóneo ni adaptado para la permanencia de NNA que requieren atención Psiquiátrica,

Al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, se solicita:

- En un corto plazo, dar a conocer formalmente a esta Defensoría de la Niñez, los avances respecto de resolver la crisis de vacantes en los sistemas de cuidado alternativo, que generaron que niños, niñas y/o adolescentes tuvieran que permanecer por más del tiempo clínicamente estimado en unidades psiquiátricas, salas de emergencias o pabellones pediátricos, ante la falta de cupos en las residencias de protección.

vi) **Incorporación de Adolescentes a UHCIP de adultos.**

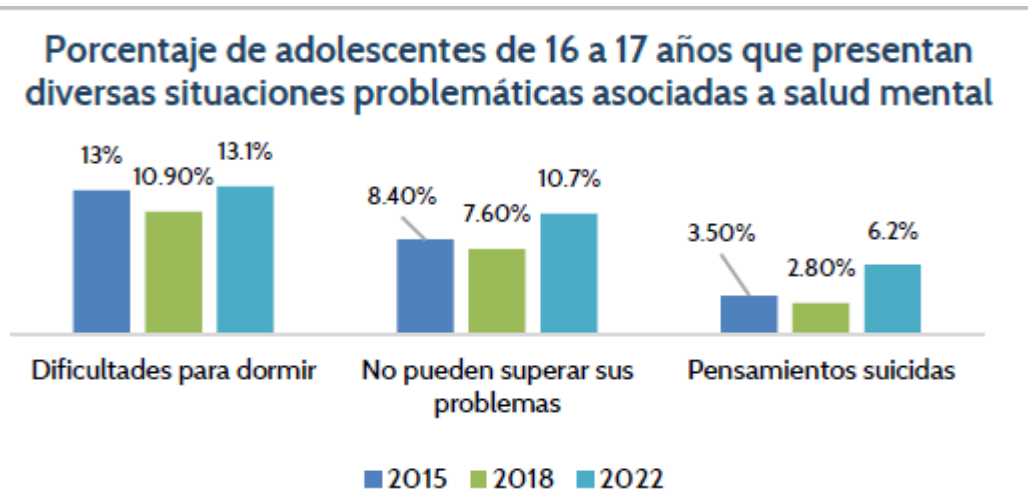
En virtud del punto anterior, en el cual se planteaba la crisis por la que atravesaba el sistema de salud público, en el que quedaba de manifiesto que la demanda del servicio superaba con creces la disponibilidad de camas que se requerían en las UHCIP I-A para dar respuesta, en tiempo y forma del servicio que se requería.

²³ Ley 21331. DEL RECONOCIMIENTO Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL. MINISTERIO DE SALUD.

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

En ese sentido, y según lo planteado por la jefa de servicio de Psiquiatría durante un Lobby solicitado por la mencionada funcionaria a la Defensoría de la Niñez, en razón de plantear la situación por la que estaba pasando su servicio y **la imposibilidad de atender la cantidad de casos de niños/as y adolescentes con necesidad de internación psiquiátrica, es que planteó, como respuesta a la alta demanda de servicio, incorporar a adolescentes a la unidad de adultos, no siendo en ese momento una decisión tomada, sino una alternativa.**

Cabe señalar que, y según lo expuesto por esta Defensoría de la Niñez a través de su Observatorio de Derechos que, uno de los aspectos más afectados en materia de salud es precisamente la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. Dando a conocer una serie de indicadores que alertaban sobre un deterioro importante en esta arista, especialmente en la adolescencia.²⁴ En 2023, un estudio identificó que el 52,9% de adolescentes estudiantes de educación media de la zona norte de Santiago estarían cumpliendo criterios para uno o más problemas de salud mental: 35,2% para depresión, 25,9% para ansiedad generalizada y 28,2% para consumo problemático de sustancias.²⁵



Fuente: Encuesta Nacional de Juventudes, Injuv

26

Este panorama de la salud mental mostraba un aumento en la prevalencia de sintomatología entre los adolescentes en Chile, así como un incremento en la demanda y cobertura del sistema de salud público. Sin embargo, persistían importantes brechas por resolver, ya que, se observaba una desigual cobertura del sistema público a nivel regional, lo que impedía garantizar el derecho

²⁴ Defensoría de la Niñez. 2024. Diagnóstico sobre la situación de derechos de la niñez y adolescencia 2024. Observatorio de Derechos de la Defensoría de la Niñez.

²⁵ Crockett, M. y Martínez, V. 2023. Depresión, ansiedad generalizada y riesgo de consumo problemático de sustancias en estudiantes secundarios. *Andes pediatri.* 2023;94(2):161-169 DOI: 10.32641/andespediatr. v94i2.4376

²⁶ Defensoría de la Niñez. 2024. Diagnóstico sobre la situación de derechos de la niñez y adolescencia 2024. Observatorio de Derechos de la Defensoría de la Niñez. Página 10.

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

a la salud de manera equitativa para todas las niñas, niños y adolescentes. Siendo crucial avanzar en el cierre de dichas brechas, así como en la implementación de medidas preventivas que abordaran de manera temprana los posibles problemas de salud mental en la infancia.²⁷

Así mismo, un estudio realizado por UNICEF²⁸ mostró que el 71% de la población adolescente, recibía algún tipo de violencia de parte de su madre y/o padre. Un 51.5 % sufría algún tipo de violencia física y el 25.9% sufría violencia física grave. En el nivel socioeconómico bajo, un 10,8% de los niños y niñas declaró haber sufrido abuso sexual, cifra superior al 6,7% que se daba en el nivel medio y al 5,9% del nivel alto. Según De la Barra y cols., entre el grupo de adolescentes de 12 a 18 años la prevalencia de cualquier trastorno llega a 16,5%, siendo los más frecuentes los trastornos disruptivos (8%), los trastornos ansiosos (7,4%) y los trastornos depresivos (7%).²⁹

En virtud de todo lo expuesto, es que se tornaba urgente tomar acciones efectivas para mejorar la salud mental en la niñez y adolescencia, brindando una atención especializada, con profesionales formados espacialmente para tratar los trastornos mentales que se presentaban en la infancia y adolescencia; con un enfoque centrado en sus derechos y con una mirada en la evolutividad psicobiológica de esta particular población.

Por lo que, al prevalecer como una Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Infanto - Adolescente, separada de la Unidad de adultos, se facilitaba y propendía a mantener una mira integrativa de las particularidades y necesidades de esta población, evitando el sesgo y el adultocentrismo en las intervenciones y gestiones que se realizaban en favor de la población atendida, evitando así que la crisis de atención y salud mental de los NNA continuara agravándose.

Por lo anterior,

Al Ministerio de Salud y al Hospital Félix Bulnes, se le recomienda:

- De manera urgente, mantener separada la UHCIP Infanto – Adolescente de la UHCIP de adultos. Conservando tanto la separación física como la exclusividad de sus funcionarios y funcionamiento general, velando por el Bien Superior de los Niños, Niñas y Adolescentes, que son atendidos en la mencionada Unidad.

11. VULNERACIONES DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Durante la visita, no se identificaron situaciones de vulneración de derechos a los niños, niñas y adolescentes en el establecimiento, constitutivas de delito, que ameritaran la realización de

²⁷ Observatorio Niñez (2024). Primer Informe Nacional del Bienestar de la Niñez. Página 21

²⁸ UNICEF Chile, "4to Estudio de Maltrato Infantil." UNICEF; 2012.

²⁹ Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Pág.14

Mecanismo de Monitoreo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes Bajo Cuidado del Estado

denuncias y/u otras acciones judiciales, adicionales a las recomendaciones y/o solicitudes precedentes.

12. OTRAS ACCIONES DE LA DEFENSORÍA DE LA NIÑEZ

A la fecha, no se han efectuado otras acciones, adicionales a las recomendaciones y/o solicitudes entregadas mediante la remisión del presente informe a los órganos correspondientes, y su respectivo seguimiento.

VVG

Fecha de elaboración del informe: Octubre 2024