

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



Mecanismo Nacional de Prevención

**Monitoreo Sistema de Protección de Tiempo Completo de Niñas, Niños y
Adolescentes**

**Informe sobre el Centro “Pequeño Cottolengo Don Orión Masculino” Asociación
Pequeña Obra de la Divina Providencia**

Montevideo

Informe N°114 /MNP- SP/2019

Montevideo, 03 de setiembre de 2019

RESUMEN EJECUTIVO

En este capítulo se presenta una síntesis del monitoreo realizado en el centro “Pequeño Cottolengo Don Orión Masculino”, y se destacan las conclusiones y recomendaciones que surgen de dicho monitoreo.

Desde 1961 residen en dicho centro varones de todas las edades, que están en situación de discapacidad física y psíquica que según lo concibe el establecimiento “... no tenían lugar en la sociedad”¹. El modelo de atención en el que fue creado el Cottolengo, responde a un paradigma en las que las personas en situaciones de vulnerabilidad eran concebidas como “objetos” necesitados de protección, compasión y caridad. Este modelo asilar, se sostuvo en instituciones de grandes dimensiones, con escaso vínculo con la comunidad y con intervenciones homogeneizadas. Si bien este paradigma ha ido modificándose, actualmente existen instituciones públicas y privadas que sostienen prácticas asilares.

En las visitas al Cottolengo se advirtió que muchas de las prácticas institucionales no jerarquizan la promoción de la autonomía de las personas, ni su inclusión en la vida comunitaria. Esta situación da cuenta de un modelo de abordaje de la discapacidad que frecuentemente contraviene el paradigma y los derechos establecidos en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)².

Se trata de un centro de grandes dimensiones, tanto en población como en infraestructura, con una propuesta de actividades en su mayoría desarrolladas al interior del establecimiento y que en general tiene poca vinculación con familias o referentes afectivos de los residentes.

En relación a garantizar **el derecho a un nivel de vida adecuado**, de acuerdo con el artículo 28 de la CDPD, hay un buen estado de conservación general del centro,

¹ Tal como se desprende de la Página WEB de la institución: <https://cottolengo-masculino.000webhostapp.com/>

² Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006). Organización de las Naciones Unidas. Aprobada por el Parlamento Nacional por Ley Nº 18.418 del 4 de diciembre de 2008. En Agosto de 2011 por Ley Nº 18.776 se aprobó la adhesión al Protocolo Facultativo de esta Convención.

adecuada ventilación, calefacción e iluminación. Se proveía una alimentación balanceada, y se observó que los residentes poseían vestimenta adecuada a las diferentes épocas del año y en buenas condiciones de higiene.

El edificio no poseía una estructura adecuada para las necesidades de accesibilidad de la población residente con movilidad reducida y discapacidad física. En especial preocupan las pocas facilidades de movilidad de los niños y adolescentes que residen en la sala denominada por el personal como “sala de bebés”, que sumado a las pocas actividades que realizan fuera del mismo³, configuraba una situación conducente al aislamiento. A su vez en dicha sala, el espacio de uso común no era apropiado para las necesidades y requerimientos de la edad y de la situación de discapacidad: no contaban con material didáctico, de estimulación, ni recreativo; no existía espacio o material que promoviera el desarrollo físico, mental o espiritual.

En las salas de atención de salud mental, se constató que los espacios destinados para uso común estaban desprovistos de todo tipo de mobiliario, eran fríos y nada acogedores.

Por su parte, en relación al **derecho al goce de una salud física y mental** del más alto nivel (Artículo 25 de la CDPD), se constató que los residentes tenían una atención médica adecuada y se les realizaban los estudios pertinentes a su situación de discapacidad.

En relación a la protección contra **la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso** (Artículos 15 y 16 de la CDPD), se advirtió que no existía un mecanismo de denuncias y quejas. Esto supondría el acceso a un procedimiento formal que pudieran utilizar los residentes o sus referentes, frente a eventuales abusos o malos tratos que les brindara las garantías necesarias de confidencialidad y de no verse expuestos a represalias.

³ De los 11 niños de esa sala, 6 concurren a instituciones educativas fuera del centro.

A su vez se constató que los residentes⁴ son sometidos a aislamiento⁵ en los denominados “apartados”⁶. En muchos casos en las historias clínicas, no se verificó que esta medida se encontrara expresamente indicada por los médicos del centro; así como tampoco se relevó un registro relacionado al tiempo de permanencia ni al momento de salida de los mismos. Asimismo, se advirtió en la información recabada, la existencia de la práctica frecuente de trasladar residentes del piso 1 a la sala de atención en salud mental, por conductas agresivas dirigidas hacia los demás. Esta práctica se desarrollaba sin un registro médico adecuado que dispusiera estos traslados en las historias clínicas de los residentes afectados. De esta forma, quedaba abierta la posibilidad de que tal traslado se convirtiera en una práctica de castigo.

En la sala de niños y adolescentes, se advirtió la existencia de dos camas y una cuna modificadas con barrotes, con mínimo espacio e incluso en uno de los casos cegada por una tela. No se recomienda la utilización de estas camas como medida terapéutica, de rehabilitación o de seguridad para niños y adolescentes, sino por el contrario se ha comprobado el daño que provoca⁷. Como en el caso anterior, esta situación constituida como práctica de atención cotidiana, puede llegar a configurarse como forma de castigo. Asimismo, se observó que se utilizaban medidas de contención física para la sujeción a las sillas de ruedas, con materiales no apropiados, como sábanas o trapos.

De acuerdo a las constataciones anotadas, se realizaron al Centro Cottolengo Don Orione Masculino, cuatro recomendaciones de mediano plazo que requieren acciones inmediatas y permiten construir un camino hacia el cumplimiento de las mismas:

- Implementar un proceso de transformación del modelo de atención, que efectivamente consagre los principios de la CDPD para garantizar el pleno

⁴ Esto incluía también a los niños y adolescentes que residían en el piso 1.

⁵ “Se entiende por aislamiento, mantener a una persona sola en un cuarto con llave o área de seguridad de la cual ella está físicamente impedida de salir.” Organización Mundial de la Salud Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social, 2012.

⁶ En el piso 2 en las salas de atención a salud mental se encuentran nueve cuartos de contención o aislamiento que son denominados por el centro como “apartados”.

⁷ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. Asamblea General Naciones Unidas, 2013.

disfrute de los derechos de las personas con discapacidad y propiciar su plena integración social.

- Limitar los métodos de aislamiento y contención física a situaciones excepcionales graves⁸, y en todos los casos bajo indicación médica, y aplicar y profundizar en los métodos alternativos que permitan atenuar el escalamiento de las crisis.
- Establecer mecanismos de protección contra cualquier forma de explotación, violencia y abuso, que aseguren un trato digno y respetuoso hacia los residentes.
- Generar las condiciones necesarias que estimulen el desarrollo de la capacidad motora e intelectual de las personas que residen en el centro, en especial de niños y adolescentes, garantizando un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

A su vez, se recomienda al Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) como organismo rector de las políticas de infancia y adolescencia, asegurar procesos de supervisión eficientes en los centros de atención de 24 horas para situaciones de discapacidad y en especial supervisar y acompañar el proceso de cambio recomendado al Centro Cottolengo Don Orione Masculino.

⁸ “Se entiende por situación grave aquellos episodios inmanejables en donde se pone en riesgo la integridad del NNA y/o la de otros/as., según se expresa en el Protocolo de intervención en situaciones de pre-crisis, crisis y post-crisis de niñas, niños y adolescentes en centros de 24 horas del sistema de protección integral de INAU, página 11.

ASPECTOS GENERALES

La Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), actuando como Mecanismo Nacional de Prevención (MNP)⁹, realizó cinco visitas al Centro Cottolengo Don Orione Masculino. Estas se cumplieron los días 13 de diciembre de 2017, 4 de mayo y 27 de setiembre de 2018, 13 de marzo y 12 de julio de 2019. El monitoreo en el centro tuvo como objetivo general relevar prácticas que representaran un riesgo de potenciales violencias institucionales e interpersonales.

El Pequeño Cottolengo Don Orione Masculino es una “(...) Asociación Civil sin fines de lucro que alberga a personas portadoras de discapacidad, de todas las edades (...)”¹⁰. Pertenece a la Congregación Religiosa “Asociación Pequeña Obra de la Divina Providencia” y surge en Uruguay en el año 1961, con la finalidad de “(...) acoger a todos aquellos que por sus graves trastornos físicos y psíquicos no tenían un lugar en la sociedad, a través de una atención integral.”¹¹

Según información aportada por el centro, asistían a 235 personas, de las cuáles 30 residían en la Estación Floresta (Canelones), y el resto en el centro ubicado en Avda. de las Instrucciones 1115 (Montevideo). Del total de la población consignada, 158 personas habían ingresado a través de un convenio por el INAU y el resto con convenio privado, excepto una persona que tenía convenio por el Banco de Previsión Social - BPS¹². La atención abarcaba a todas las franjas etarias, en general ingresaban al centro siendo niños y transitaban allí toda su vida.

⁹ El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) es un organismo de control y de colaboración de carácter autónomo e independiente de los poderes del Estado. Funciona en el ámbito de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) y ha sido creado por mandato del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT), a fin de prevenir prácticas de tortura u otras formas de malos tratos hacia las personas privadas de libertad.

¹⁰ Información extraída del informe del Cottolengo Don Orione de fecha 27 de marzo de 2018, en respuesta al Oficio N° 408 MNP-SP/2017 que solicitaba información general estandarizada para centros 24 horas del sistema de protección.

¹¹ Tal como se desprende de la Página WEB de la institución: <https://cottolengo-masculino.000webhostapp.com/>

¹² La información en relación a la población fue brindada en la respuesta al oficio 408 MNP-SP/2017 y en la primera visita que se realizó. En el oficio N° 527 MNP-SP/2019, entregado el 13 de marzo de 2019 se solicitó una actualización de dicha información. A la fecha de publicación del presente informe no se recibió la respuesta.

El local es una casa grande de tres pisos, en la que antes funcionaba un Seminario para la formación de curas. La población estaba distribuida en salas según su edad y la patología diagnosticada.

En Planta Baja, en el ala izquierda del recinto, se encontraban dos salas de jóvenes y adolescentes, la cocina, las salas de adultos mayores y la capilla. En el primer piso se ubicaba la sala de niños y adolescentes, denominada por el centro como “sala de bebés”, las salas de jóvenes en situación de discapacidad más severas, la enfermería y el comedor. En un ala del segundo piso se encontraban los adultos con niveles de autonomía elevados, que residían en un espacio con living y cocina propia. En la otra ala, se encontraban las salas destinadas para atención de adolescentes y jóvenes con psicopatologías moderadas y graves, denominadas por el centro salas de atención de salud mental.

Las visitas estuvieron enfocadas en el monitoreo de la sala de niños y adolescentes ubicada en el piso 1 y las salas de atención en salud mental que se encontraban en el piso 2. En la visita realizada en julio de 2019, residían en el piso 1 en la “sala de bebés”, 11 varones entre 7 y 17 años, mientras que en el piso 2, en las salas de atención de salud mental, se encontraban 54 adolescentes, jóvenes y adultos de 14 a 48 años.

ANTECEDENTES

En noviembre de 2016 la INDDHH recibió una denuncia referida al Cottolengo Don Orione Masculino, vinculada a vulneraciones de derechos de las personas alojadas en el Piso 2 de dicho Centro. Con fecha 23 de octubre de 2018 la INDDHH emitió una Resolución al respecto. La misma denuncia fue presentada en el área de Intervenciones especializadas de INAU solicitando al Cottolengo que efectuara la correspondiente investigación administrativa de los hechos.

El 26 de octubre de 2018, la INDDHH emitió la Resolución N°626/2018, que recomienda a las autoridades del INAU realizar una investigación exhaustiva a fin de determinar si han ocurrido hechos similares a los denunciados; y disponer e implementar procedimientos de seguimiento y controlar para la prevención de hechos

similares a los denunciados. Asimismo, se informa al Mecanismo Nacional de Prevención para que sea un insumo en el seguimiento y monitoreo institucional que realiza.

METODOLOGÍA

Las visitas no anunciadas se efectuaron utilizando la metodología del MNP, tomando como referencia los estándares de Calidad y Derechos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹³ basados en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Del instrumento de la OMS se abordan los temas: “Derecho a un nivel de vida adecuado” (Art. 28 de la CDPD), “Derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible” (Art. 25 de la CDPD) y “Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso” (Arts. 15 y 16 de la CDPD)¹⁴. Así también se incorporó el enfoque de derechos de infancia, emanado de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)¹⁵, en atención a la población residente en los espacios priorizados para el monitoreo.

Las referidas visitas son sin previo aviso, y se realizaron de acuerdo a la metodología general del MNP¹⁶:

- a) entrevista de presentación con autoridades presentes (en la primera visita realizada);
- b) recorrida general de las instalaciones y realización de registro fotográfico;

¹³ Organización Mundial de la Salud “Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social” 2012.

¹⁴ Si bien el Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS fue concebido para la auditoría de establecimientos de salud mental, dado que la Convención base utilizada es la de discapacidad y que los temas seleccionados estaban vinculados plenamente al monitoreo de este centro, es que se consideró fundada su utilización para el mismo.

¹⁵ Convención sobre los Derechos del Niño (1989). Organización de las Naciones Unidas. Disponible en internet en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

¹⁶ Protocolo aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 2002, que entró en vigencia el 23 de junio de 2006. Disponible en internet en <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPCAT.aspx>. Cabe acotar que dicho Protocolo fue ratificado por el Uruguay e incorporado a su legislación a través de la Ley Nº 17.914 del año 2005. Disponible en internet en <https://docs.uruguay.justia.com/nacionales/leyes/ley-17914-oct-21-2005.pdf>

- c) entrevista con residentes y funcionarios/as buscando las mayores garantías de privacidad y anonimato;
- d) revisión y auditoría de documentación de referencia;
- e) conversación final con responsables del centro.

Los **objetivos**¹⁷ establecidos para las visitas fueron los siguientes:

- Constatar las condiciones en que se desarrollan las medidas de protección en este centro que garanticen un nivel de vida adecuado.
- Relevar las condiciones en las que se promueve el derecho al goce de una salud física y mental, observando la calificación y dotación del personal del centro, los servicios de salud que se brindan, el tratamiento y rehabilitación psicosocial, así como la disponibilidad y uso de la medicación psicotrópica.
- Observar y recoger información referida a la relación entre pares y de los funcionarios con las personas que residen, el uso de métodos alternativos al aislamiento, así como las medidas para prevenir la tortura, los tratos crueles, inhumanos o degradantes y otras formas de maltrato y abuso.

Equipos de monitoreo

Los equipos técnicos estuvieron integrados por las siguientes profesionales del MNP: Psic. Ariadna Cheroni, Asist. Social Ana María Grassi, Lic. en Trabajo Social María José Doyenart, Psic. Adriana Rodríguez Lotito, Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez, Dra. Alicia Saura y Dra. Victoria Iglesias.

Médicos/as de la Cátedra de Medicina Legal de la UDELAR: Prof. Dr. Hugo Rodríguez, Dra. Victoria Iglesias y Dra. Natalia Bazán.

El Anexo I, recoge el desglose de los profesionales intervinientes, así como la descripción de la dinámica de cada una de las visitas realizadas.

¹⁷ Dichos objetivos se definieron en relación a los espacios seleccionados para el monitoreo dentro del establecimiento, es decir la sala de niños y adolescentes (sala de bebés) situada en el piso 1, y la sala donde se localizaban personas con psicopatologías moderadas y graves, que estaba en el piso 2.

RESULTADOS

A continuación se presentan las constataciones, en relación a los estándares que integran los temas abordados, según la evaluación de Calidad y Derechos de la Organización Mundial de la Salud.

Derecho a un nivel de vida adecuado (Artículo 28 de la CDPD)

Artículo 28. Nivel de vida adecuado y protección social. CDPD

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.

2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas:

- a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad;
- b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza;
- c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados;
- d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública;
- e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

Estándar. La infraestructura se encuentra en buenas condiciones físicas.

Se detectó que el establecimiento tenía un buen estado de conservación general y que había calefacción tanto en las habitaciones como en los corredores comunes del local. Dado que se realizaron visitas en distintos momentos del año, se constató que la temperatura del establecimiento era la adecuada para crear un ambiente confortable durante todo el año.

Se verificó que en general, la ventilación e iluminación eran ajustadas a las necesidades de los usuarios del Cottolengo.

El edificio presentaba problemas de accesibilidad, ya que se trataba de un gran centro con tres pisos, con escaleras, si bien contaba con dos ascensores estos resultaban limitados para la población que residía en el centro (más de 200 personas, muchas con

movilidad reducida o discapacidad física) (Foto 1 y 2). Así también, se observó que en los baños había barras de accesibilidad para los residentes que los utilizaban.



Foto 1: Centro "Pequeño Cottolengo Don Oriene Masculino".



Foto 2: Escaleras de ingreso al Centro "Pequeño Cottolengo Don Oriene Masculino"

En la sala de niños y adolescentes las dificultades de accesibilidad general del establecimiento se agudizaban; si bien contaba con dos ascensores, la población de esta sala utilizaba uno de ellos. A esta situación se agregaba el hecho de la escasez de funcionarios disponibles para trasladar a más de 10 niños y adolescentes con dificultades motrices severas, lo que limitaba la posibilidad de acceder al espacio exterior del centro. En todas las visitas los niños y adolescentes se encontraban en su sala, no transitaban en el corredor, ni estaban en los espacios exteriores. En las entrevistas y registros diarios, se expresó que los niños se movilizaban en el edificio y en el exterior del mismo, sin embargo esto no se observó en ninguna de las visitas.

Estándar. Los dormitorios son confortables y resguardan suficientemente la privacidad de los usuarios.

En la sala de niños y adolescentes: los dormitorios se encontraban contiguos, con una puerta que comunicaba y que tenía un pasador que se trancaba desde la primera habitación. Según se relevó, en la noche se cerraba el pasador que comunicaba las dos habitaciones, quedando una de ellas sin ninguna salida al exterior. Eso suponía que se limitaba la circulación autónoma de estos niños frente a cualquier evento o riesgo que así lo requiriera.

En las tres últimas visitas los niños y adolescentes con mayor movilidad se encontraban en la segunda habitación y aquellos con mayores dificultades de movilidad estaban ubicados en la primera sala. En la primera y segunda visita esta situación era la inversa. Según se relevó, el cambio de dormitorios se debió a una medida adoptada por las autoridades del centro para evitar la repetición de una situación de abuso que había sucedido en la noche entre niños de distintas habitaciones.

En la habitación donde dormían quienes tenían mayores dificultades de movilidad se confirmó que la separación entre las camas y cunas era menor a la adecuada, mientras que en la otra sala existía espacio suficiente para cada uno de los residentes (Foto 3 y 4).

Se observó la existencia de dos camas y una cuna modificadas con barrotes, con mínimo espacio e incluso en uno de los casos cegada por una tela. En las entrevistas efectuadas en las visitas, se relevaron diferentes justificaciones para el uso de estas camas; inicialmente aludieron que las utilizaban en situaciones de crisis para evitar que golpearan a otros compañeros. En la última visita establecieron que estas “camas/cunas fuertes” se utilizaban como medida de protección durante la noche, para impedir las caídas u otros accidentes, ya que ellos permanecían encerrados en los dormitorios sin supervisión continua (Foto 3, 5 y 6). No se constató ninguna indicación médica reciente que fundamentara la utilización de dichas cunas. En ninguna de las tres había elementos de protección que pudieran amortiguar golpes contra los barrotes.



Foto 3: Primera sala, donde dormían los niños con mayores dificultades de movilidad.



Foto 4: Segunda sala, donde dormían los niños con menores dificultades de movilidad.



Foto 5: Cuna – jaula, sala. Primera sala, donde dormían los niños con mayores dificultades de movilidad.



Foto 6: Cuna – jaula, sala. Primera sala, donde dormían los niños con mayores dificultades de movilidad.

Por otro lado, se verificó que en los dormitorios no había espacios de privacidad. La ropa se encontraba en un placard compartido y no se diferenciaba ni personalizaba para cada uno de ellos. No había espacio para pertenencias personales (juegos, peluches, libros, entre otros) de los residentes de la referida sala.

Los niños y adolescentes tenían una rutina estipulada, tanto para despertarse, bañarse, comer, así como para irse a dormir.

Respecto al Piso 2 se observó que los dormitorios eran compartidos y que los usuarios contaban entre sí con suficiente espacio. Los pacientes tenían horarios fijados por el centro tanto para levantarse en la mañana, como para acostarse de noche. De todos modos, los dormitorios estaban disponibles durante el día de forma de poder utilizarse en caso de requerir tomar un descanso.

Sobre la privacidad, los dormitorios no tenían un espacio donde los usuarios pudiesen cambiarse de ropa en forma privada.

En cuanto a la ropa de cama, se verificó que era suficiente y adecuada para el volumen de pacientes. No se observó la existencia de armarios donde los residentes pudieran guardar sus objetos personales bajo llave.

En este piso se encontraban nueve cuartos, con reja y bajo llave denominados “apartados”, que eran utilizados como cuartos de seguridad o aislamiento, en caso de situaciones de crisis. Según expresaron las autoridades, también en la noche se utilizaban como dormitorios para las personas que “debían” y/o “querían” dormir solas (Foto 7 y 8). El ingreso a estos cuartos de aislamiento estaba establecido por personal sanitario (psicóloga o psiquiatra), según datos obtenidos de las entrevistas. Sin embargo no se logró constatar en las historias clínicas la indicación de ingreso a los apartados, duración ni permanencia en aislamiento, controles realizados durante ese período, ni momento de salida de ese espacio. De todas formas, en los “cuadernos de novedades” tanto del personal de enfermería como de los educadores, se observó registro de la utilización de los apartados, identificando ingreso y permanencia en ellos.



Foto 7: Cuartos de contención, piso 2.



Foto 8: Cuarto de contención, piso 2.

Estándar. El establecimiento cumple con los requisitos sanitarios y de higiene.

En líneas generales se observó una higiene adecuada en todo el centro.

La sala de niños y adolescentes, era el único espacio que no contaba con personal de limpieza, sino que eran las cuidadoras de los niños quienes se hacían cargo. Si bien la higiene de estas salas era adecuada, se pudo constatar que la realización de las tareas restaba dedicación y tiempo para el cuidado de los niños residentes.

En cuanto al piso 2, se verificaron buenas condiciones de higiene en los sanitarios, así como se pudo corroborar que los residentes recibían la asistencia adecuada para utilizarlos.

Estándar. A los usuarios se les brinda comida, agua potable para beber y ropa que se ajusta a sus necesidades y preferencias.

En líneas generales, se observó que los pacientes accedían a un suministro adecuado de comida y agua potable. Las instalaciones de la cocina, el equipo a cargo y la supervisión permanente de una nutricionista garantizaban el cuidado en la dieta y los requerimientos específicos.

Todos los residentes consumían sus comidas en el comedor, a excepción de los niños y los jóvenes de la “sala de bebés” y los residentes del piso 2. En ambas situaciones el consumo de la comida era en las propias salas.

En cuanto al acceso a ropa, sólo quienes tenían contacto con familiares o referentes contaban con prendas personales, sino eran genéricas y se utilizaban según tamaño y necesidades. En el subsuelo del centro había un espacio de lavandería, arreglo de ropa y depósito de vestimenta que provenía de donaciones (Foto 9).



Foto 9: Ropería general del Cottolengo.

Estándar. Los usuarios pueden comunicarse libremente y se respeta su derecho a la privacidad.

Tanto para las comunicaciones telefónicas como para las visitas de familiares o referentes afectivos, tenían estipulado día y horario. Las llamadas se realizaban los miércoles y las visitas estaban pautadas los domingos de 15 a 17 horas. Sin embargo, estas se podían flexibilizar si los familiares o referentes lo solicitaban y era posible adecuar a los horarios de los residentes. Según expresó la coordinadora técnica del centro, aproximadamente un 20% de los residentes recibían visitas. De los 11 niños y

adolescentes que residían en la “sala de bebés”, en julio de 2019, solo tres recibían visitas de algún familiar.

Según expresó la coordinadora técnica, en muchos casos la familia dejaba de asistir a las visitas, y en otros se mantenía un vínculo esporádico. Desde la institución no se planteaba un plan de trabajo con los familiares o referentes de los residentes, que permitiera acompañar y orientar en relación a los cuidados cotidianos que necesitaban de acuerdo a su patología.

Los espacios para realizar las visitas estaban limitados al comedor o las áreas exteriores del centro. No se permitía utilizar los dormitorios, como forma de garantizar la privacidad de todos los residentes y de proteger a aquellos que no recibían visitas.

En algunas situaciones, se permitía a los residentes concurrir a la casa de familiares o referentes, si se realizaba la solicitud y era posible gestionarla. Según informaron, en general se habilitaba en fechas especiales: cumpleaños, fiestas, entre otros. Si se evaluaba que la visita podría ser nociva, ésta se suspendía, y esta valoración la realizaba la coordinadora técnica.

Importa señalar que para realizar el contacto con los familiares o referentes afectivos de todos los residentes del Centro, contaban únicamente con una Trabajadora Social y con la coordinadora técnica (Psicóloga). Cabe señalar que según exigencia de INAU¹⁸ se estipulaba para este tipo de centros un profesional de psicología y un profesional de trabajo social cada 20 residentes.

Por otra parte, la circulación por los espacios del centro era diferenciada según el piso dónde se localizaban y las características de la población. En la planta baja se encontraba la población con mayor autonomía en su movilidad y en las cinco visitas se pudo constatar que circulaban por los diferentes espacios del centro, con libertad y autonomía.

¹⁸ Llamado Público a OSC para centros de atención a niños, adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad, realizado en Mayo 2016. En el perfil de población que atiende el Centro Cottolengo Don Orión: Discapacidad Modalidad Atención Integral Tiempo Completo. Características de la población a atender, Niños, Niñas, Adolescentes, Jóvenes que presentan Retardo Mental Leve (RML) o Moderado (RMM) siendo portadores de patologías como TGD, trastornos en las conductas, patologías psiquiátricas estabilizadas, trastornos motrices, sensoriales, epilepsia, enfermedades metabólicas crónicas considerándose con Nivel de dependencia leve o moderada.

Sin embargo, esto resultaba diferente para quienes estaban en el piso 1 y en el piso 2 en las salas para atención en salud mental.

Como se expresó anteriormente, en la sala de niños y adolescentes, dados los niveles altos de dependencia de la población, la circulación por el corredor y los espacios exteriores estaba limitada por la disponibilidad de personal a cargo de la sala. Esta situación derivaba en que los niños y adolescentes, permanecían la mayor parte del día en sus salas.

Estándar. El establecimiento proporciona un ambiente acogedor, cómodo y estimulante que conduce a la participación activa y a la interacción.

Como espacios de encuentro común, se observaron en el exterior canchas de fútbol, áreas de encuentro con mesas y sillas y la “Escuelita” en la que participaban algunos residentes. A su vez, dentro del establecimiento se encontraba una capilla, que estaba disponible para quienes querían utilizarla.

En la sala de niños y adolescentes, la primera habitación era un espacio común poco apropiado a las necesidades de la infancia y adolescencia y a las situaciones de discapacidad.

La habitación en cuestión no contaba con espacios y materiales adecuados que permitieran posibilidades de desarrollo motriz (ej. alfombra para no permanecer todo el día en silla de ruedas, materiales de psicomotricidad). No se verificó la existencia de material didáctico, de estimulación y recreación. En la visita realizada en marzo de 2019, las funcionarias habían subido un futbolito y era la única actividad de recreación con la que contaban ese día (Foto 10 y 11).

Debe tenerse en cuenta que los residentes de este espacio pasaban la mayor cantidad de horas del día allí, por lo que cobra aún mayor relevancia que el diseño, la infraestructura y los materiales didácticos estuvieran adaptados a la infancia en situación de discapacidad.



Foto 10: Sala común, en "sala de bebés".



Foto 11: Sala común, en "sala de bebés".

En relación al piso 2 había dos espacios comunes que estaban con antelación a los dormitorios y un área que era utilizada como comedor y esparcimiento. Los espacios estaban desprovistos de todo tipo de mobiliario, eran fríos y nada acogedores (Foto 12 y 13).



Foto 12: Sala común, antesala a los dormitorios de los jóvenes más grandes del piso 2.



Foto 13: Sala común, antesala a los dormitorios de los adolescentes y jóvenes más chicos del piso 2.

Estándar. Los usuarios pueden disfrutar de una vida social y personal plenas y seguir participando en la vida y actividades comunitarias.

Los usuarios disponían de pocas salidas al exterior del establecimiento para participar en actividades externas. Del total de internos que tenía el Cottolengo, se informó en documento enviado en 2018 que nueve niños y adolescentes concurrían a Escuela Especial fuera de la institución, mientras que un adulto concurría al Instituto Tiburcio Cachón, y otro al Centro Psicosocial Sur-Palermo¹⁹.

El Cottolengo contaba con una Escuela-Taller con 12 talleres en Montevideo y 5 en La Floresta. Según se informó en la primera visita los mismos contaban con espacios de música, terapia ocupacional, informática, expresión corporal, panadería, huerta, apoyo escolar, cestería y vitrofusión. En dichos espacios participaban 57 residentes del total de la población. También informaron que dos grupos de adolescentes y jóvenes concurrían semanalmente a equinoterapia.

**Derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible
(Artículo 25 de la CDPD)**

Artículo 25. Salud - CDPD

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la

¹⁹ Información extraída del informe del Cottolengo Don Orione de fecha 27 de marzo de 2018, en respuesta al oficio 408 MNP-SP/2017 que entregó el MNP, solicitando información general estandarizada para centros 24 horas del sistema de protección.

capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;

e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;

f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Estándar. Los establecimientos están disponibles para todo aquel que requiera tratamiento y apoyo.

Según expresaron las autoridades, los criterios para la asignación de los residentes en el centro de Montevideo o en el de la Floresta, se fundamentaban en que las personas con mayor autonomía eran enviadas a este último centro. Sin embargo, estos criterios y valoraciones técnicas para determinar el destino de los residentes, no estaban protocolizados.

Estándar. El establecimiento cuenta con personal calificado y ofrece servicios de salud mental de buena calidad.

El personal del establecimiento incluía los siguientes profesionales²⁰: una psicóloga que cumplía funciones de coordinadora general, una trabajadora social, una psiquiatra de adultos, un psiquiatra de niños y adolescentes, dos médicos generales, un médico pediatra, un médico neurólogo, una licenciada en enfermería, un encargado de recursos humanos y una nutricionista.

A su vez, en cuanto al personal no técnico se contabilizaron 112 personas²¹, de este grupo se registró a 43 personas que cumplían funciones de cuidadores/as. Según exigencia de INAU se estipula, para este tipo de centros, un educador cada 5 residentes en turnos de 8 horas²². De las 43 personas que realizan funciones de

²⁰ Información extraída del informe del Cottolengo Don Orione de fecha 27 marzo de 2018, en respuesta al oficio 408 MNP-SP/2017 que entregó el MNP, solicitando información general estandarizada para centros de 24 horas del sistema de protección.

²¹ Entre los cuales se encontraban los roles de cuidadores, costurera, ayudante de cocina, auxiliar de enfermería, auxiliar 1º, auxiliar 2º, limpiador, sereno, auxiliar encargado de grupo, recepcionista, peón, auxiliar de farmacia, auxiliar de mantenimiento, administrativo, cocinero, telefonista, chofer y coordinador social.

²² Llamado Público a OSC para centros de atención a niños, adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad, realizado en Mayo 2016. En el perfil de población que atiende el Centro Cottolengo Don Orione: Discapacidad Modalidad Atención Integral Tiempo Completo. Características de la población a atender, Niños, Niñas, Adolescentes, Jóvenes que presentan Retardo Mental Leve (RML) o Moderado (RMM) siendo portadores de patologías como TGD, trastornos en las conductas, patologías

cuidador/a, 3 trabajan en el turno de la noche, por lo tanto las otras 40 se distribuyen en el turno matutino y vespertino, contabilizando 20 personas por turno para atender a 210 residentes. Un ratio entre cuidador y residentes que resulta insuficiente, según lo estipulado por INAU para este tipo de establecimientos se requerirían 42 cuidadores/as por turno, para alcanzar el ratio de un cuidador/a cada 5 residentes.

Para el ingreso al establecimiento en la función de cuidador/a no se requería capacitación específica; era la coordinadora técnica quién realizaba la inducción al momento del ingreso de un/a funcionario/a. A su vez, según informaron se realizaba una capacitación con INEFOP sobre cuidados básicos, sin asistencia obligatoria, que se impartía en el propio centro. Según se relevó en el 2019 se realizaba una capacitación con INEFOP, en el marco del sistema de cuidados.

En las visitas se pudo constatar que el personal a cargo del cuidado cotidiano de los residentes, no poseía la formación suficiente - según la evaluación de Calidad y Derechos de OMS - para proporcionar consejería, rehabilitación psicosocial, información, educación y apoyo a los residentes, con el fin de promover la vida independiente y la inclusión en la comunidad.

Respecto a los controles médicos requeridos por cada paciente, se verificó que tenían una atención adecuada, se les efectuaban los estudios que necesitaban, y tenían una buena asistencia sanitaria en términos generales.

En el turno de la noche, quedaban a cargo de todos los residentes del Cottolengo Masculino de Montevideo, tres enfermeros/as en la sala de enfermería, mientras que dos o tres cuidadores realizaban las recorridas por las salas. Esto suponía, por ejemplo, que en el caso de la sala de niños y adolescentes la sala estuviera cerrada por fuera con llave durante la noche sin un/a cuidador/a permanente dentro de la Sala.

Estándar. El tratamiento, la rehabilitación psicosocial y los enlaces a redes de apoyo y otros servicios son elementos de un plan de “recuperación” conducido por el usuario, y contribuyen a su capacidad para vivir con independencia en la comunidad.

La atención en salud se realizaba de preferencia dentro del establecimiento. Esto significaba que en los casos que se requería internación hospitalaria, se apuntaba a que la recuperación se hiciera en la enfermería del Cottolengo, que estaba acondicionada para recibir pacientes. De hecho, allí había residentes que por su patología estaban internados en enfermería de forma permanente.

Estándar. La medicación psicotrópica está disponible, es asequible y se usa apropiadamente.

Según la información relevada en las visitas, la medicación requerida por los pacientes era la adecuada y se suministraba en forma correcta. Se verificó que existía un espacio apropiado para el acopio de la misma, donde se controlaba y distribuía de acuerdo a las necesidades de cada residente (Foto 14 y 15).



Foto 14: Depósito de medicación



Foto 15: Depósito de medicación y armado de distribución para cada sala

Estándar. Existe disponibilidad de servicios adecuados para la salud general y reproductiva.

Se verificó que se realizaban exámenes médicos a los pacientes al ingresar al centro y luego con frecuencia periódica, a modo de controles. Así también, se pudo constatar que en el caso de niños y adolescentes el carné de control en salud estaba al día.

El asesoramiento e información en salud sexual y reproductiva no se proveía desde la institución, sino que los/as funcionarios/as proporcionaban orientación de acuerdo a su conocimiento y convicciones. Las autoridades plantearon que no era un tema tabú pero que tampoco se promovía. De hecho, se mencionó que si había consentimiento de los residentes involucrados se habilitaba el encuentro sexual. Sin embargo, esto no se pudo verificar, ya que no había una política expresa en relación a la sexualidad, la salud sexual, los derechos y cuidados; así como tampoco existía un espacio privado para un posible encuentro sexual.

Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (Artículos 15 y 16 de la CDPD)

Artículo 15. Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes - CDPD

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 16. Protección contra la explotación, la violencia y el abuso. - CDPD

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.
2. Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.
3. A fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso, los Estados Partes asegurarán que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes.
4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.
5. Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.

Estándar. Los usuarios tienen el derecho a estar libres de abuso verbal, mental, físico y sexual y de descuido físico y emocional.

Se observó en general un trato adecuado de los y las cuidadoras hacia las personas residentes. Sin embargo, se encontraron diferencias en el vínculo que establecía cada cuidador/a con los residentes a cargo. Asimismo, debe considerarse que no era requisito excluyente para ingresar en el cargo de cuidador la formación específica en esa función, así como tampoco la capacitación y experiencia en la atención a diferentes situaciones y grados de discapacidad. Como se planteó anteriormente,

desde el centro se brindaba un espacio de capacitación en cuidados básicos, de participación no obligatoria.

Cabe destacar que el establecimiento poseía desde junio del 2017 un protocolo de actuación ante situaciones de cualquier forma de acoso (laboral, moral, sexual, violencia o discriminación laboral) referido al personal del Centro. Este protocolo estaba diseñado sólo para situaciones de presuntas formas de abuso sufridas por funcionarios/as; no existía un documento de similar categoría que atendiera posibles situaciones de maltrato padecidas por las personas residentes en el establecimiento.

A su vez, se pudo corroborar que tampoco existía un mecanismo de denuncias o quejas de los residentes frente a situaciones de abuso, que les brindara las garantías necesarias de confidencialidad y de no verse expuestos a represalias.

Finalmente, la situación que se daba durante las noches en la sala de niños y adolescentes, donde no quedaba ningún cuidador o cuidadora a cargo y se mantenía la puerta cerrada, dejaba expuestos a los niños y adolescentes allí alojados a riesgos de descuido físico o emocional, y no prevenía posibles situaciones de abuso.

Estándar. Se utilizan métodos alternativos al aislamiento²³ y contención²⁴ para “atenuar el escalamiento” de crisis potenciales.

Tal como fuera mencionado en ítems anteriores, en el piso 2 del establecimiento se encontraban los nueve cuartos de seguridad o “apartados”, seis de ellos en la primera sala (personas de mayor edad con patologías severas) y tres en la siguiente sala, dentro de uno de los dormitorios. De estos tres, uno de ellos era compartido por dos residentes, debido a su poca autonomía, fragilidad y debilidad física eran mantenidos en dicho apartado por “su propia seguridad” según refirieron los funcionarios.

En la visita de julio de 2019 estaban los nueve apartados ocupados. Excepto el cuarto que era compartido, en los otros ocho cuartos los internos que se encontraban allí

²³ Se entiende por aislamiento, mantener a una persona sola en un cuarto con llave o área de seguridad de la cual ella está físicamente impedida de salir. Calidad y Derechos de la OMS. Anexo 4: Temas, estándares y criterios.

²⁴ Se entiende por contención el uso de un dispositivo mecánico o medicamentos para impedir que una persona se mueva. Calidad y Derechos de la OMS. Anexo 4: Temas, estándares y criterios.

debido a conductas agresivas hacia los demás. Según se pudo relevar en las entrevistas, ingresaban a los apartados por indicación verbal de la psicóloga (coordinadora general) y la nurse. El tiempo de permanencia iba de un día a un mes, durante los cuales la coordinadora realizaba visitas, sin embargo no había registro de visita del psiquiatra. En las visitas se pudo corroborar que los niños y adolescentes de la denominada “sala de bebés” del piso 1 también eran pasibles de ser enviados a los “apartados”.

En las entrevistas efectuadas, se tomó conocimiento que los residentes no tenían estipulado un tiempo de permanencia, sino que desde enfermería o la coordinadora general evaluaban la situación y daban la orden de salida del “apartado”.

A su vez, cabe agregar que el traslado al piso 2 se vinculaba a situaciones valoradas como “malas conductas” por parte de los residentes, heteroagresividad, ya sea hacia compañeros, funcionarios o religiosos de la Institución. Según lo relevado en las visitas, no en todas las situaciones se realizaba un registro médico que ordenara estos traslados internos, así como tampoco se indicaba un periodo preciso para retornar a su sala. Según se relevó en varias ocasiones se evaluaba periódicamente el comportamiento de los residentes para valorar si eran pasibles de volver a su sector.

De acuerdo a la información enviada por el Cottolengo, se contaba con un protocolo de actuación en caso de crisis, donde se señalaban indicadores ante los cuáles actuar y se distinguían grados de crisis (leve, de mayor gravedad).

En entrevista con cuidadores y personal de enfermería se informó que en casos de crisis de los pacientes, se aplicaba el protocolo correspondiente del establecimiento. Manifestaron que en muchos casos los usuarios se calmaban cuando les hablaban para tranquilizarlos y llamaban a la enfermería. Agotadas estas instancias, en la sala de niños, el residente involucrado era trasladado a las “cunas jaulas”. En el caso del piso 2, cuando se agotaban las instancias para calmar al residente, se lo llevaba al “apartado”.

Asimismo, sobre el protocolo es conveniente agregar que no aparecía la mención a la existencia de cuartos de seguridad o “apartados”, ni su utilización médica o terapéutica.

Finalmente, es importante tener en cuenta que para el uso de medidas de contención física, se observó que en muchas situaciones utilizaban sábanas o trapos. A la vez se corroboró que muchas personas permanecían con dichas medidas gran parte del día, ya que según fuera informado, las mismas eran utilizadas como forma de sujeción, para que no sufriera caídas y/o no se lastimaran (Foto 16).



Foto 16: Niño con medidas de sujeción a la silla, utilizando sábana.

Estándar. No se debe abusar de la terapia electroconvulsiva, psicocirugía y otros procedimientos médicos que puedan tener efectos permanentes o irreversibles, sean estos realizados en el establecimiento o referidos a otro establecimiento, y pueden ser administrados solamente con el consentimiento libre e informado del usuario.

No se utilizaba terapia electroconvulsiva en este establecimiento.

Estándar. No se somete a ningún usuario a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento informado.

Nada indica que se llevaran adelante experimentos médicos o científicos sin consentimiento informado.

Estándar. Existen medidas para prevenir la tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes y otras formas de maltrato y abuso.

Tal como fuera mencionado en ítems anteriores, no existían procedimientos formales y con garantías, para que los usuarios o sus referentes, pudiesen presentar quejas acerca de violaciones de derechos que ocurrieran en el establecimiento.

Se desconocía si los usuarios se habían visto expuestos a represalias por formular quejas dentro del establecimiento.

Asimismo, no se contaba con información relativa a si disponían de asesoría legal para presentar quejas contra el trato recibido o situaciones de abuso de sus derechos dentro del establecimiento.

CONCLUSIONES

Como el MNP ha señalado en diferentes oportunidades, toda medida relacionada con el derecho a la salud física y mental de niñas, niños y adolescentes debe regirse por los principios rectores de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN): Protección integral, interés superior, autonomía progresiva y opinión del niño/a en todas aquellas cuestiones que le afectan, así como por el Código de la Niñez y Adolescencia (Ley 17.823) y otras normativas nacionales e internacionales en la materia.

Cabe a su vez destacar que Uruguay incorporó a su ordenamiento jurídico la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)²⁵ que, conjuntamente con la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad²⁶, constituyen dos pilares fundamentales en el abordaje de las discapacidades -entre ellas las discapacidades psicosociales.

En este sentido, “[...] el artículo 12 de la CDPD, sobre el igual reconocimiento de la persona ante la ley, [...] implica un salto paradigmático al descentrarse de las deficiencias personales, para concentrarse en aquellas medidas de apoyo que permitan a las personas tomar sus propias decisiones y desarrollar sus capacidades a tales efectos.”²⁷

La CDN y la CDPD consagran principios y objetivos para garantizar la no discriminación, proteger y asegurar el disfrute de los derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en pie de igualdad con los demás, y propiciar su plena integración social. Esto significa que el Estado debe instrumentar estrategias específicas para los niños, niñas y adolescentes con situaciones de alta dependencia por discapacidades mentales o funcionales severas, que aseguren su reconocimiento como sujetos de derecho e imposibiliten a su vez la violación de sus derechos humanos.

Es sabido que los grupos de personas consideradas en situación de vulnerabilidad, entre los cuales se encuentran los niños y las niñas y las personas con discapacidades, fueron hasta pasada la segunda mitad del siglo XX, considerados como “objetos” necesitados de protección, compasión, caridad y beneficencia.

²⁵ Aprobada por la ONU el 13/12/ 2006 y ratificada por Uruguay el 8/11/2008 mediante la Ley 18.418.

²⁶ Aprobada por la Asamblea General de la OEA.

²⁷ MNP, Informe Anual 2017.

Esta concepción fue acompañada de prácticas de encierro institucional así como de instituciones totales de grandes dimensiones, creadas bajo una lógica asilar que segrega a las personas del resto de la sociedad y homogeneiza las intervenciones, generando discriminación, estigmatización y aislamiento.

Si bien estos paradigmas han ido modificándose, coexisten hasta la fecha instituciones públicas y privadas y prácticas institucionales en las cuales persisten aspectos del fenómeno asilar.

El Cottolengo Don Orione Masculino, así como otras instituciones que fueran fundadas bajo un enfoque de la niñez y de las discapacidades previo al establecido por la CDN y la CDPD, deben ser orientadas por el Estado a efecto de que puedan realizar las modificaciones requeridas para efectivizar una institucionalidad que reconozca inequívocamente la dignidad de las niñas, niños y adolescentes y su titularidad como sujetos de derechos.

Al respecto, la CDN (Artículo 3.3) demanda que los Estados se aseguren de que los servicios y centros encargados de la protección de los niños y niñas “(...) cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.”

El artículo 7 del Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA) plantea que el Estado debe “(...) actuar en las tareas de orientación y fijación de políticas generales aplicables a las distintas áreas vinculadas a la niñez y adolescencia y familia (...)”.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha subrayado la fundamental importancia que adquieren las obligaciones estatales de regulación y supervisión de las instituciones públicas o privadas que tienen a su cargo la protección de 24 horas de niñas, niños y adolescentes.

La CIDH y la Corte IDH han establecido que, derivado del artículo 19 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), el derecho a la protección integral de los niños, niñas y adolescentes “(...) se constituye en un asunto de interés público y que, como tal, implica el deber del Estado de desarrollar una adecuada regulación de todas las entidades (...) públicas y privadas, que presten (...) servicios básicos y

fundamentales de atención a la niñez vinculados directamente a la vigencia de sus derechos.”²⁸

Debido a la particular situación de vulnerabilidad en la cual se encuentran estos niños y niñas, el INAU, como órgano rector de las políticas de infancia a nivel nacional, tiene el deber de garante. Esto quiere decir que es responsable de orientar, tanto los cambios doctrinarios que implica el pasaje del modelo asilar al social, como la reestructuración y adecuación de las instituciones para garantizar aquellas políticas y prácticas destinadas a proteger y restituir los derechos de niños, niñas y adolescentes con discapacidades.

En este sentido, a partir de los elementos recabados en las visitas, puede señalarse que el Centro Cottolengo Don Orione Masculino, sostiene en muchas de sus prácticas un modelo asilar donde prevalece el enfoque médico psiquiátrico de intervención. Este modelo no considera a la persona con discapacidad como sujeto con autonomía y capacidad para tomar decisiones. Algunos elementos de las condiciones edilicias y materiales dan cuenta de esta afirmación: la inadecuación en su accesibilidad que limita la circulación y promoción de la autonomía, inexistencia de materiales didácticos y de recreación que promuevan el desarrollo, en algunos sectores los dormitorios no resguardan la privacidad de las personas que allí residen, así como tampoco existen espacios para guardar objetos personales. También algunas prácticas permiten visualizar el paradigma asilar presente en el establecimiento. Por ejemplo el uso frecuente de medidas de sujeción física no adecuadas, la disposición de envío a apartados, donde prima la lógica del castigo y no la de un proceso terapéutico que contenga al residente. De igual forma, la no existencia de un mecanismo formal y garantista de denuncias y quejas de los residentes y/o sus referentes frente a malos tratos y abusos, no protege a la persona con discapacidad, como sujeto de derecho a la cual se debe respetar su integridad física y mental.

A su vez, el ratio entre los/as cuidadores y los residentes no es suficiente, lo que no permite un acompañamiento personalizado y en consecuencia una promoción del despliegue de las capacidades de cada una de las personas que allí residen, tal como

²⁸ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Hacia la garantía efectiva de los derechos de niñas, niños y adolescentes: Sistemas Nacionales de Protección. OEA/Ser. L/V/II.166 Doc. 206/17. 30/11/17.

lo dispone la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y la Convención sobre los derechos del niño.

El proyecto de centro no incorpora la visión de las personas con discapacidad como sujetos de derechos. Así, tal como se establece en la CDPD, la población con discapacidad debe ser reconocida en su autonomía y capacidad para tomar decisiones sobre los asuntos que les son inherentes. Para ello se necesita:

- 1.a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana; b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas; c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre. (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad – CDPD - Artículo 24, Educación)

En la visitas no se constató la implementación de un proyecto de centro que conciba las individualidades, que busque la máxima recuperación de capacidades a la que pueda alcanzar cada persona.

En relación a garantizar **el derecho a un nivel de vida adecuado**, de acuerdo con el artículo 28 del CDPD, se verificó que hay un buen estado de conservación general del centro, adecuada ventilación, calefacción e iluminación. Se observó una alimentación balanceada, que tenía en cuenta las necesidades alimenticias de la población. Asimismo, se observó que los residentes poseían vestimenta adecuada a las diferentes épocas del año y en buenas condiciones de higiene.

Sin embargo, el edificio no poseía una estructura adecuada para las necesidades de accesibilidad de la población residente con movilidad reducida y discapacidad física. En especial preocupan las pocas facilidades de movilidad de los niños y adolescentes que residen en la denominada “sala de bebés”. En función del artículo 27 de la

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)²⁹, se considera que las condiciones en las que habitan los niños y adolescentes de dicha sala no son adecuadas para “...su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social”, ya que su mundo cotidiano se restringe, en gran medida, a la sala. A su vez, el espacio común de esta sala no tenía materiales adecuados a la infancia en situación de discapacidad. De igual modo, preocupa la poca o nula privacidad prevista para esta población, así como la ausencia de elementos personales, tanto en ropa, espacio en el armario, juguetes propios, entre otros, cuestiones esenciales para el desarrollo de la personalidad en especial en esta etapa de la vida.

En el piso 2, también se verificó la escasa personalización de los espacios, ropa, entre otros, que tendía al anonimato y uniformización propia de centros de grandes dimensiones. A su vez preocupa, la limitación en la autonomía de movimiento hacia el resto de los espacios del centro.

En relación al **derecho al goce de una salud física y mental** del más alto nivel (Artículo 25 de la CDPD) se constató que los residentes tenían una atención médica adecuada, con los controles requeridos para cada paciente y que se les realizaban los estudios pertinentes a su situación de discapacidad. Asimismo, se señala que el centro disponía de la medicación psicotrópica necesaria y existía un acopio y suministro apropiado a los requerimientos de los residentes.

En relación a la capacitación del personal que ejercía el rol de cuidador/a, en las visitas efectuadas se constató que no contaba con la formación y las competencias necesarias en relación a los instrumentos de protección de los derechos de las personas con discapacidad.

²⁹ CDN - Artículo 27. 1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social. 2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño. 3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda (...).

La CDN en su preámbulo reconoce la familia como el medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños. A su vez, establece el deber del Estado de apoyar a la familia para que ésta pueda cumplir cabalmente con sus funciones³⁰. La CDPD también establece el derecho a vivir en familia de las personas con discapacidad (Artículo 23)³¹ y la obligación del Estado de garantizar el cuidado en un entorno familiar dentro de la comunidad, cuando no se puede obtener a través de la familia inmediata o familia extensa. En particular la CDPD subraya que debe garantizarse que todos los niños con discapacidad tengan la oportunidad de vivir y crecer con una familia, reconociendo los particulares retos que este grupo puede enfrentar para ver realizado este derecho. En este marco, los centros de 24 horas tienen el desafío de construir todos los caminos posibles para contactar y sostener los vínculos familiares y afectivos de los residentes.

En el monitoreo al Centro Cottolengo, se constató que se realizaba un trabajo escaso con los familiares y referentes afectivos de los residentes. Sin duda que por las características de la población, esto implicaría un trabajo sostenido para contactar a familiares y referentes afectivos y recrear vínculos que en muchas situaciones han quedado suspendidos. Supondría la tarea, por parte del personal, de brindar acompañamiento para dar contenido a las visitas, fijar límites, así como orientar en los cuidados cotidianos particulares de cada residente. En este sentido es relevante traer a colación el comentario del Comité de los Derechos del Niño a propósito de la relación de los niños con discapacidad con sus familias: “Hay que ofrecer a los padres y a otros miembros de la familia ampliada el apoyo y la formación necesarios y sistemáticos para incluir al niño otra vez en su entorno familiar”³².

³⁰ En particular los artículos 3.2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 18, 20, 21 y 27 de la CDN.

³¹ CDPD - Artículo 23. 5. Los Estados Partes harán todo lo posible, cuando la familia inmediata no pueda cuidar de un niño con discapacidad, por proporcionar atención alternativa dentro de la familia extensa y, de no ser esto posible, dentro de la comunidad en un entorno familiar (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Artículo 23, Respeto del hogar y de la familia).

³² Comité de Derechos del Niño, Comentario General No. 9, Los derechos de los niños con discapacidad, CRC/C/GC/9, 27 de febrero de 2007, 43º período de sesiones, párr. 49.

Tal como se establece en la CDPD (artículo 24)³³, la población con discapacidad debe ser reconocida en su autonomía y capacidad para tomar decisiones sobre los asuntos que les son inherentes, promoviendo el desarrollo máximo de su personalidad y potenciando su participación en la comunidad.

Se advierte, que las prácticas institucionales del Cottolengo dan cuenta de un modelo de abordaje de la discapacidad donde ni la promoción de la autonomía de las personas, ni su inclusión en la vida comunitaria han sido jerarquizados.

En cuanto a la **protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes**, se verificó que en líneas generales había un buen trato de los funcionarios/as hacia los residentes, sin embargo en consonancia con el artículo 16 de la CDPD y el artículo 34³⁴ de la CDN, se observa que no existen mecanismos efectivos y eficaces de protección contra la explotación, la violencia y el abuso hacia las personas que allí residen.

Por un lado, se advierte que no existía un mecanismo de denuncias y quejas que pudieran utilizar los residentes o sus referentes, frente a eventuales abusos o malos tratos.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos³⁵, recomienda que todos los centros de acogida tengan mecanismos de denuncia adaptados a los niños y adolescentes, así como acceso a información sobre sus derechos.

(...) la Comisión recomienda que, en el ámbito de los centros y las instituciones se proporcione información y se eduque a los niños sobre sus derechos, en general, y se informe sobre los mecanismos de queja y denuncia existentes, en particular. Al momento de ingresar al centro o a la institución, se le debe

³³ CDPD - Artículo 24. Educación 1.a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana; b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas; c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.

³⁴ CDN - Artículo 34. Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales.

³⁵ El derecho del niño y la niña a la familia. Cuidado alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas. Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

entregar al niño un documento que contenga sus derechos así como las normas de funcionamiento, los objetivos y la organización de la institución, las normas de conducta y convivencia, las normas disciplinarias y cualquier otro tipo de información relevante, en un lenguaje claro y comprensible. (CIDH, El derecho del niño y la niña a la familia. Párrafo 405)

Por otro lado, se observa con preocupación que la situación que se configura durante la noche, en la salas de niños y adolescentes que permanecen encerrados bajo llave, sin ningún cuidador/a permanente, los expone a eventuales abusos o malos tratos. En el mismo sentido, preocupa que en el turno de la noche exista escaso personal para sostener el cuidado del total de la población del centro.

Asimismo, se advierte que la reiteración de esta práctica puede constituirse en una acción negligencia, al dejar encerrados a niños, en muchos casos con dificultades en su movilidad, en una habitación sin salida. Esto los expone a eventuales situaciones de riesgo (por ejemplo en casos de incendio, caídas, traumatismos).

Es crucial generar las mayores medidas de protección ante situaciones de abuso o maltrato, dado que el hecho de haber sufrido violencia "...puede tener efectos importantes y duraderos en el desarrollo y la salud mental del niño..."³⁶.

En relación a lo estipulado en el artículo 15 de la CDPD, se constató que los residentes son sometidos a aislamiento y/o contención, sin que exista en todos los casos una indicación médica que avale dicha práctica, ni un registro de ingreso, permanencia y salida de los denominados apartados. A su vez, llama la atención la concepción de la sala de atención en salud mental del piso 2, como espacio de castigo. Allí eran enviados aquellos residentes que exhibían conductas agresivas hacia sí mismos o hacia otros. Asimismo se relevó que no en todas las situaciones existe una indicación médica para dichos traslados internos.

³⁶ Informe conjunto de la Relatora Especial sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía y la Representante Especial del Secretario General sobre la violencia contra los niños, A/HRC/16/56, 7 de marzo de 2011, párrafo 27.

Si bien el centro tenía un protocolo de actuación en caso de crisis, en el mismo no se mencionaba la existencia de cuartos de seguridad o “apartados”, ni su uso médico o terapéutico.

También preocupa la existencia de cunas modificadas (“cunas-fuertes” o “cunas-jaulas”). En concreto, no se justifica la utilización de estas camas con barrotes, con mínimo espacio e incluso cegadas por telas, como medida terapéutica, de rehabilitación ni de seguridad para los niños ni adolescentes. Por el contrario, se ha establecido el daño que generan estas medidas de contención en la salud mental y física de las personas, particularmente en las personas con discapacidad mental³⁷. Se advierte la posibilidad que dichas “cunas-fuertes” sean utilizadas como forma de castigo.

Finalmente, se señala que los materiales utilizados en las medidas de sujeción no eran los adecuados, en atención al protocolo de intervención en situaciones de pre-crisis, crisis y post-crisis de niñas, niños y adolescentes en centros de 24 horas del sistema de protección integral de INAU³⁸.

³⁷ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. Asamblea General Naciones Unidas, 2013.

³⁸ “Se debe utilizar siempre material de sujeción de tipo estandarizado que impida ejercer una excesiva presión en las extremidades, que sea confortable, no lesivo, de ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación, evitando la utilización de vendas, sábanas o similares.” Página 15 del Protocolo.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a las constataciones realizadas, se recomienda:

Al Centro Cottolengo Don Orione Masculino,

1. *Implementar un proceso de transformación del modelo de atención, que efectivamente consagre los principios de la CDPD para garantizar el pleno disfrute de los derechos de las personas con discapacidad y propiciar su plena integración social.*

En este sentido se recomienda:

- 1.1. Disponer un plan de trabajo, en relación a la población residente en las salas de atención en salud mental, que reconozca a los usuarios como sujetos de derechos y desarrolle planes individualizados de acuerdo a los diagnósticos y necesidades específicas.*
- 1.2. Elaborar un plan de formación, cuya ejecución inicie en un plazo menor a seis meses, dirigido al personal que ejerce el rol de cuidador que incluya en su temario los ejes vinculados a derechos de las personas con discapacidad, necesidades específicas cotidianas, promoción de su autonomía y de su inclusión en la vida comunitaria.*
- 1.3. Desarrollar en un plazo no mayor a seis meses, una propuesta técnica que aborde el trabajo con las familias y las redes vinculares de las personas residentes, que les permitan mantener una vida familiar, social y comunitaria.*
- 1.4. Disponer de un ratio entre cuidadores /as y residentes acorde a los criterios establecidos por el INAU, que permita un acompañamiento personalizado que priorice el desarrollo de las capacidades de cada persona.*

2. Limitar los métodos de aislamiento y contención física a situaciones excepcionales graves, y en todos los casos bajo indicación médica, y aplicar y profundizar en los métodos alternativos que permitan atenuar el escalamiento de las crisis.

En este sentido, se recomienda de forma urgente:

- 2.1. Erradicar la práctica de enviar a los residentes a las salas de atención en salud mental en el piso 2, como castigo.*
- 2.2. En el caso que exista una justificación médica de requerimiento de habitaciones individuales de contención, éstas deberían ajustarse a las pautas establecidas por OMS³⁹, y avaladas por INAU⁴⁰.*
- 2.3. Disponer de un protocolo de uso de dichas habitaciones individuales de contención, acordado con el INAU e informado al personal técnico y los funcionarios no técnicos.*
- 2.4. Dejar de utilizar las cunas modificadas (“cunas-fuertes” o “cunas-jaulas”), ya que está establecido el daño que generan estas medidas de contención en la salud mental y física de las personas.*
- 2.5. Incorporar instrumentos de sujeción de tipo estandarizado, cuando se apliquen medidas de sujeción.*

³⁹ OMS (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Ginebra, Suiza.

⁴⁰ Protocolo de intervención en situaciones de pre-crisis, crisis y post-crisis de niñas, niños y adolescentes en centros de 24 horas del sistema de protección integral de INAU.

3. Establecer mecanismos de protección contra cualquier forma de explotación, violencia y abuso, que aseguren un trato digno y respetuoso hacia los residentes.

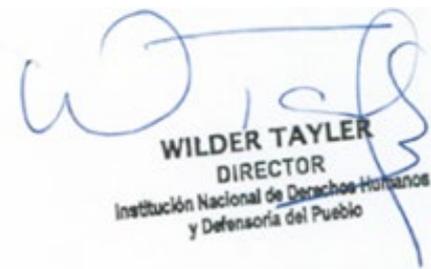
Específicamente se recomienda:

- 3.1. Diseñar y poner en funcionamiento, en un plazo no mayor a seis meses, un mecanismo de denuncias y quejas de los residentes para la prevención de cualquier tipo de malos tratos o abusos, que garantice confidencialidad y los proteja ante eventuales represalias.*
- 3.2. Desarrollar protocolos de identificación temprana, y mitigación de situaciones de abuso sexual y violencia institucional hacia las personas con discapacidad que se encuentran institucionalizadas bajo órbita de INAU.*
- 3.3. Ante situaciones de abuso o maltrato que puedan ser detectadas desarrollar medidas de reparación integral correspondientes.*
- 3.4. Dotar de al menos un/a funcionario/a en rol de cuidador, en el turno nocturno, que permanezca en la sala de niños y adolescentes que actualmente se encuentra en el piso 1, para prevenir posibles riesgos físicos y/o abusos.*
- 3.5. Proveer de personal en el turno nocturno, en concordancia con la cantidad de población que residen en el Cottolengo.*

4. Generar las condiciones necesarias, que estimulen el desarrollo de la capacidad motora e intelectual de las personas que residen en el centro, en especial de niños y adolescentes, garantizando un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

En este marco se recomienda:

- 4.1. Trasladar antes de fines de 2019, a los niños y adolescentes que están ubicados en la denominada “sala de bebés” a un espacio físico que promueva la dignidad de los niños y adolescentes que residen y garantice las condiciones de accesibilidad y de seguridad necesarias que habilite que puedan circular y utilizar con frecuencia los diferentes espacios del centro.*
- 4.2. Acondicionar y dotar de materiales didácticos y recreativos, las salas de niños y adolescentes, adecuados a la edad y situación de discapacidad de quienes allí residen, antes de fines de 2019.*
- 4.3. A la brevedad, generar en la sala de niños y adolescentes y en las salas de atención de salud mental, espacios personalizados (esto es: cama propia de cada residente, mesa de luz, espacio privado para cambiarse), vestimenta propia identificada y lugar propio para guardarla, así como un sitio para guardar bajo llave sus pertenencias personales.*



WILDER TAYLER
DIRECTOR
Institución Nacional de Derechos Humanos
y Defensoría del Pueblo

A las autoridades del INAU:

- ✓ Orientar y apoyar la transformación del modelo asilar, hacia el modelo social de atención de la discapacidad. A través de procesos de supervisión eficientes, que los centros de atención a situaciones de discapacidad del sistema de protección 24 horas, desarrollen un proyecto de trabajo que reconozca a las personas como sujetos de derechos, brindándoles igualdad de oportunidades, dispositivos y las tecnologías de apoyo específicos para el desarrollo de sus capacidades, posibilidades de inclusión familiar, social y educativa que garanticen el derecho a la rehabilitación.

- ✓ Orientar la elaboración de un plan de formación del personal que ejerce el rol de cuidador en el Cottolengo Don Orione Masculino y supervisar su puesta en marcha.

- ✓ Acompañar y supervisar la propuesta técnica de abordaje del trabajo con familias y comunidad del Cottolengo Don Orione Masculino.

- ✓ Acordar y disponer la orientación necesaria para la puesta en funcionamiento de un mecanismo de denuncias y quejas de los residentes del Cottolengo frente a eventuales situaciones de malos tratos o abusos.

- ✓ Pactar y acompañar la elaboración y puesta en marcha de un protocolo de uso y envío de residentes a los cuartos de seguridad en el Cottolengo Don Orione Masculino.

ANEXO I. Detalle de cada visita

Equipos de monitoreo

Los equipos de monitoreo estuvieron integrados por las/los siguientes profesionales:

1. Visita del 13 de diciembre de 2017
 - Equipo MNP: Psic. Ariadna Cheroni, Asist. Social Ana María Grassi, Lic. en Trabajo Social María José Doyenart.
 - Médicos/as de la Cátedra de Medicina Legal de la UDELAR: Prof. Dr. Hugo Rodríguez, Dra. Victoria Iglesias y Dra. Natalia Bazán.
2. Visita del 4 de mayo de 2018
 - Equipo MNP: Psic. Ariadna Cheroni, Asist. Social Ana María Grassi, Lic. en Trabajo Social María José Doyenart.
3. Visita del 27 de setiembre de 2018
 - Equipo MNP: Psic. Ariadna Cheroni, Asist. Social Ana María Grassi, Psic. Adriana Rodríguez Lotito, Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez.
 - Representantes de UNICEF: Dra. Luz Angela Melo, Soc. Lucía Vernazza.
4. Visita del 13 de marzo de 2019
 - Equipo MNP: Psic. Ariadna Cheroni, Dra. Alicia Saura, Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez y María José Doyenart.
 - Médica de la Cátedra de Medicina Legal: Dra. Victoria Iglesias.
5. Visita del Viernes 12 de julio de 2019
 - Equipo MNP: Lic en Trabajo Social Soledad Pérez y María José Doyenart, Dra. Victoria Iglesias.

Visita 13 de diciembre de 2017

En la primera visita, una vez el equipo del MNP ingresó al local, aguardó 15 minutos para ser recibido por la persona que estaba a cargo del Centro en ese momento. El equipo fue recibido por el Administrador y el encargado de Relaciones Públicas, a quienes se presentó la labor y el alcance del MNP y se entregó el oficio N° 408/2017

(MNP –SP) con solicitud de información general estandarizada para centros 24 horas para personas con discapacidad, de acuerdo a lo establecido en el art. 20 del OPCAT⁴¹.

El equipo del MNP recorrió toda la institución acompañado por el Administrador y el encargado de Relaciones Públicas. Durante la recorrida se mantuvieron entrevistas con personal de salud, personal no técnico y personas residentes, realizándose el correspondiente registro fotográfico de las instalaciones.

El equipo de la Cátedra de Medicina Legal de la UDELAR visitó la enfermería y revisó las carpetas médicas y luego realizó un recorrido por la institución.

Visita 4 de mayo de 2018

En la segunda visita, se recorrió el Primer Piso del establecimiento: Salas de adolescentes, Sala de niños (denominada por los funcionarios/as del Cottolengo “Sala de bebés”) y Enfermería. Dicha recorrida fue acompañada por el Administrador, el encargado de Relaciones Públicas y la coordinadora técnica. Asimismo, durante el transcurso de la visita se desarrollaron entrevistas con personal de atención directa de dichas salas, así como personal de la enfermería y se tomó registro fotográfico de las instalaciones. Al finalizar se mantuvo entrevista con el Administrador, el encargado de Relaciones Públicas y la encargada de Recursos Humanos.

En dicha instancia los miembros de la Directiva del Cottolengo entregaron al equipo del MNP actuante los siguientes documentos: *Protocolo de actuación ante situaciones de cualquier forma de acoso laboral, moral, sexual, violencia o discriminación laboral en funcionarios y personal* y el *Protocolo de actuación en casos de crisis*.

Visita 27 de setiembre de 2018

En la tercera visita, efectuada el 27 de setiembre de 2018, un equipo ingresó directo a la sala de niños en el primer piso, solicitando expresamente no ser acompañado por

⁴¹ El Centro solicitó prórroga para contestar dicho oficio y una reunión con el Consejo Directivo (CD) de la INDDHH. El martes 27 de febrero de 2017 la directiva del Cottolengo Don Orione, se reunió en la sede de la INDDHH con un equipo del MNP y la presidenta de la INDDHH, para intercambiar información en relación a la información solicitada al centro. El 27 de marzo de 2018 se dio respuesta a dicho oficio por parte del Cottolengo Don Orione con la información descriptiva solicitada en el oficio entregado en la visita.

autoridades de la institución, como forma de garantizar privacidad y anonimato de las personas entrevistadas.⁴² Asimismo, se realizó una revisión de algunas historias clínicas y el relevamiento fotográfico de las instalaciones y documentación de referencia.

El otro equipo, integrado hizo un recorrido general acompañado por el administrador y la coordinadora general. Los dos equipos, en conjunto con las autoridades del centro, realizaron una recorrida por el piso 2.

Visita 13 de marzo de 2019

En dicha visita, al ingresar se entregó el oficio N° 527/2019, a la coordinadora general del Cottolengo Don Orione, solicitando información general (listado de funcionarios, personas internadas y proyecto de la sala de niños y adolescentes). Se anunció que un equipo realizaría visita a la sala de niños del piso 1 y otro equipo a la salas de atención en salud mental del piso 2. En cada sala se mantuvo entrevista con las personas residentes, así como con el personal a cargo de dichos espacios. Se revisaron historias clínicas y sociales, y se realizó registro fotográfico de las instalaciones y documentación de referencia. Finalmente, se mantuvo una reunión con el administrador y la coordinadora general, para realizar un intercambio referido a algunas de las constataciones realizadas durante la visita. Allí se planteó la preocupación desde el Centro en relación al monitoreo que realiza el MNP, explicitándose nuevamente las funciones y alcances del monitoreo del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y en especial del que se realiza en los centros del sistema de protección de 24 horas del INAU.⁴³

⁴² En base a lo estipulado en el Artículo 20 del Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes según se expresa a continuación "... d) Posibilidad de entrevistarse con las personas privadas de su libertad, sin testigos, personalmente o con la asistencia de un intérprete en caso necesario, así como con cualquier otra persona que el mecanismo nacional de prevención considere que pueda facilitar información pertinente; e) Libertad para seleccionar los lugares que deseen visitar y las personas a las que deseen entrevistar."

⁴³ A partir de la preocupación expresada nuevamente por las autoridades del Cottolengo, en relación a las competencias y alcance del monitoreo que realiza el MNP, el 15 de marzo de 2019 se envió al directorio del INAU, el oficio N° 529/2019 recomendando al Instituto que comunicara nuevamente a los Centros integrales 24 horas del sistema de protección, la realización del monitoreo

A solicitud de las autoridades del centro Cottolengo Don Orión Masculino se realizó una reunión el día 5 de junio de 2019. La misma se realizó en el local del Cottolengo con el Director e integrantes del Equipo del MNP.

Visita 12 de julio de 2019

En la visita, se recorrió las salas de atención en salud mental del piso 2, se visitó la enfermería y a los residentes allí internados y se concurrió a la denominada “sala de bebés”. Se realizaron los correspondientes registros fotográficos y se revisaron historias clínicas.