



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



Monitoreo a los centros de protección especial para niños, niñas y adolescentes, en el marco de la emergencia sanitaria en Uruguay



Monitoreo a los centros de protección especial para niños, niñas y adolescentes, en el marco de la emergencia sanitaria en Uruguay



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



**Monitoreo a los centros de protección especial para niños, niñas y adolescentes,
en el marco de la emergencia sanitaria en Uruguay**

Informe Junio 2020

**Consejo Directivo de la Institución Nacional de Derechos Humanos
y Defensoría del Pueblo**

Dra. Mariana Blengio Valdés (Presidenta)

Dra. María Josefina Plá

Dr. Juan Faroppa

Dra. Mariana Mota

Dr. Wilder Tayler

**Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos Crueles
Inhumanos o Degradantes—MNP**

Director

Dr. Wilder Tayler

Secretaría

Maritza Ramos

Equipo Técnico Interdisciplinario 2020: Dr. Álvaro Colistro, Psic. Ariadna Cheroni, Dr. Daniel Díaz, Lic. en Trabajo Social María José Doyenart, Dr. Daniel Fessler, Dra. Victoria Iglesias, Soc. Laura Latorre, Lic. en Trabajo Social Fernando Leguizamón, Psic. Ana Inés Machado, Br. Ignacio Martínez, Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez, Dra. Gianina Po-destá, Psic. Adriana Rodríguez, Dra. Alicia Saura.

Equipo consultor para monitoreo telefónico- contratación UNICEF: Br. Ignacio Martí-
nez, Psic. Ana Laura Piñeyro, Psic. Adriana Rodríguez, Psic. Marcela Velázquez.

Redacción del Informe

Equipo Técnico de monitoreo Sistema de Protección y equipo consultor: Lic. en Trabajo Social María José Doyenart, Dra. Victoria Iglesias, Br. Ignacio Martínez, Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez, Psic. Ana Laura Piñeyro, Psic. Adriana Rodríguez, Psic. Marcela Velázquez.

Diseño: Taller de Comunicación

ISBN: 9974-8234

Índice

Introducción	7
Centros monitoreados	9
Principales situaciones relevadas	13
a. Prohibición prolongada de realizar visitas presenciales.	13
b. Baja efectividad de las medidas de aislamiento preventivo sanitario....	16
c. Aumento en los niveles de angustia y ansiedad e incremento en la medicación.....	19
d. Altos niveles de encierro y aislamiento en los centros para personas en situación de discapacidad y en centros de atención de salud mental.	20
e. Dificultades económicas en las familias y escaso aporte desde el Estado.....	21
Conclusiones	23
Anexo I	29
Metodología.....	29
Pauta de entrevista a dirección.....	31
Pauta de entrevista a integrante de equipo técnico.....	35
Anexo II	39
Detalle de centros contactados.....	39

Introducción

El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP)¹, tiene el mandato de monitorear la situación en los lugares de privación de libertad², para prevenir actos de tortura y otros tratos o condiciones inadecuadas. “En situaciones de emergencia, (...), estos órganos tienen un papel clave que desempeñar en la evaluación y recomendación de medidas para prevenir y contener el virus respetando los derechos humanos y la dignidad.” Ninguna medida restrictiva puede ir en contra de la protección de los derechos humanos de las personas privadas de libertad (APT, <https://apt.ch/es/blog/covid-19-en-las-carceles/>).

En Uruguay, los primeros casos de coronavirus fueron declarados el 13 de marzo, y a partir de allí se decretó la emergencia sanitaria y se dispusieron una serie de medidas centradas en el aislamiento voluntario.

En este marco, desde el MNP se diseñó e implementó un proyecto de monitoreo al sistema de protección infantil y adolescente específico para este período. El monitoreo tuvo como objetivo identificar las acciones implementadas para la prevención del coronavirus en el marco de la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes residentes en los establecimientos, desde el principio de no provocar un daño mayor (para ampliar la información consultar Anexo I Metodología).

-
- 1 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, por su sigla en inglés), a fin de prevenir prácticas de tortura u otras formas de malos tratos hacia las personas privadas de libertad.
 - 2 Se concibe los lugares de privación de libertad en un sentido amplio, que comprende cualquier lugar 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.

Esta propuesta incluyó un seguimiento telefónico a una muestra a los establecimientos de protección, que se efectuó con el apoyo de UNICEF, y consistió en establecer entrevistas semiestructuradas, mediante contacto con la dirección y un integrante del equipo técnico, en calidad de informantes calificados.

Centros monitoreados

El relevamiento telefónico estableció como definición metodológica la focalización en los centros de mayor vulnerabilidad, de acuerdo a tres criterios utilizados para determinar el nivel de riesgo.

- Centros con población con mayores niveles de vulneración en el contexto de emergencia sanitaria: población adulta, con situación de discapacidad, con padecimiento psico-social (salud mental), en situación de calle y adolescentes madres o embarazadas.
- Centros inadecuados en su estructura para realizar aislamiento: gran volumen de población, sin espacios exteriores, sin espacios adecuados internos (por ventilación, luz, mantenimiento y dimensiones), con dificultades de higiene y mantenimiento, con problemas de hacinamiento.
- Centros “focalizados” por el MNP: centros que desde el monitoreo permanente del sistema de protección se han seguido en forma continua dado que se identificaron en ellos situaciones que podrían generar vulneración de derechos.

Se realizó monitoreo telefónico a 53 centros de protección de 24 horas, lo que implicó relevar la situación de más de un tercio (35%) de los establecimientos que el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) gestiona de forma directa o por convenio³. Se priorizaron los centros para personas en situación de discapacidad, de atención de salud mental y para adolescentes

3 Según la información publicada en la página de INAU, a diciembre 2019 eran 148 los centros de protección de tiempo completo. Dicho registro no incluye las dos clínicas de internación para situaciones agudas, así como un centro de atención en salud mental que comenzó a funcionar en diciembre 2019. A su vez, a principios del año 2020 se cerró un centro de atención a personas en situación de discapacidad. Por lo tanto, se ajustó la cifra a 150 centros de protección 24 horas. SIPI - INAU, Disponible en: <https://www.inau.gub.uy/estudios-de-poblacion-y-proyectos/item/2184-ano-20>

Cuadro N° 1: Cantidad de centros monitoreados telefónicamente y porcentaje de cobertura, por perfil del centro

Perfil del centro ⁴	Cantidad de centros	% de cobertura en el monitoreo telefónico
Centros salud mental	14	100 %
Centros discapacidad	15	100 %
Adolescentes madres y embarazadas	2	100 %
Centros puerta de entrada	4	50 %
Niño/a en situación de calle	2	67 %
24 horas, CAFF y pequeño hogar	16	15 %
Total	53	35 %

Fuente: elaboración propia en base a relevamiento telefónico e informe de Población y Proyectos-diciembre 2019, SIPI-INAU (último reporte disponible).

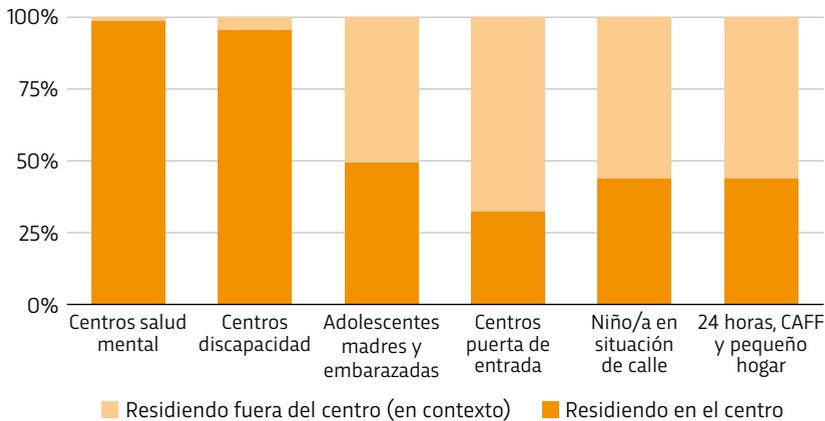
madres y embarazadas, en los cuales se relevó el 100% de las situaciones. También se jerarquizaron los centros para niños, niñas y adolescentes en situación de calle y los centros puertas de entrada al sistema de protección. De estos últimos se observó la situación del 50% de los establecimientos, ya que no se pudo concretar el relevamiento en todos los centros contactados⁴ (ver anexo II, Detalle de centros monitoreados).

Los centros de protección atienden una población que va desde recién nacidos a personas adultas (que ingresaron al sistema de protección del INAU cuando eran niños y niñas permanecen, sin posibilidad de egresar o ser derivados a establecimientos fuera del sistema de atención a la infancia). Según lo relevado, residían en los diferentes centros 1.446 niños, niñas, adolescentes y adultos, que representan un 43 % de la población que reside en los centros de protección⁵. A su vez, 543 personas se encontraban vinculadas a los centros,

4 En el Centro Magnolia, puerta de entrada de adolescentes mujeres y el Proyecto Girasoles, centro de ingreso para adolescentes, luego de varios contactos (telefónicos y por mail) no fue posible coordinar un día de entrevista telefónica. Dada esta situación se definió la realización de una visita presencial, que se concretó el día 22 de mayo en el Centro Magnolia.

5 Según el informe de Población y Proyectos de diciembre 2019, residían en los centros de protección, 3.335 niños, niñas, adolescentes y adultos.

Gráfico N° 1: Distribución porcentual de niños, niñas, adolescentes y adultos de los centros de protección relevados, según residencia



Fuente: elaboración propia en base a relevamiento telefónico.

pero residiendo fuera de estos, ya sea en su familia de origen o extendida, o en una familia de acogimiento⁶.

En los centros para personas con discapacidad y de atención en salud mental es ínfima la población que accede al derecho a vivir en familia, ya sea en proceso de re vinculación familiar o en una familia de acogimiento (ver gráfico 1).

Casi en dos tercios de los centros contactados (62 %, 33 establecimientos), la gestión se realiza a través de contratación del INAU a una organización o empresa, mientras que un poco más del tercio restante (38 %, 20 centros) la gestión es efectuada en forma directa por el INAU.

6 "El Contexto Familiar puede ser propio (cuando reside con su familia de origen) o ajeno (cuando reside en algún tipo de Acogimiento Familiar con apoyo económico de INAU). La pertinencia de incluir a los niños, niñas y adolescentes que residen en Contexto Familiar dentro de la Modalidad Atención Integral de Tiempo Completo, se debe a que el Equipo Técnico de dicha Modalidad es quien realiza el seguimiento." SIPI-INAU, Informe de Población y Proyecto-diciembre 2019, Cuadro 2.1.

Principales situaciones relevadas

A partir del monitoreo telefónico⁷, se observaron algunas situaciones que dan cuenta de prácticas del sistema de protección en relación a la prevención del COVID-19 que pueden ser vulneratorias de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que allí residen⁸.

Destacamos a continuación las situaciones que generan preocupación en el equipo del MNP.

a. Prohibición prolongada de realizar visitas presenciales

El monitoreo relevó información sobre el vínculo de los niños, niñas y adolescentes con su familia de origen o referentes afectivos, constatándose que solo un 19 % de los centros (10 centros) habían mantenido visitas presenciales con los referentes afectivos, implementando determinadas restricciones y cuidados. El 81 % restante de los centros (43 establecimientos), habían resuelto la suspensión de las visitas presenciales (ver cuadro nº2).

Según expresaron, la prohibición de las visitas se había adoptado para prevenir posibles contagios de COVID-19 según la orientación planteada por el INAU. De hecho, en los comunicados aprobados y publicados por el Directorio de INAU se deja a criterio de cada centro el mantenimiento o no de las visitas, y se dan recomendaciones de como hacerlo en caso de mantenerlas. Este lineamiento se extendió a todos los centros de Protección Especial y Especial

7 El contacto telefónico permite identificar el discurso de los entrevistados, en este caso de la dirección y equipo técnico en relación a las temáticas abordadas. No se realizan constataciones ya que no se concurre al centro, y no se despliega la metodología del MNP que permite triangular la información (entrevista dirección, técnicos, funcionarios/as, residentes, revisión de documentación, observación y registro fotográfico).

8 El equipo del MNP reinició las visitas en los centros y estas situaciones están siendo monitoreadas para corroborar o no lo relevado telefónicamente.

Cuadro N° 2. Acciones en relación a las visitas presenciales de referentes afectivos, por perfil del centro

Perfil del centro	Sin visitas presenciales		Visitas con restricciones y cuidados				Total	
			Se retomaron en mayo		Se mantuvieron			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Centros salud mental	11	79 %	2	14 %	1	7 %	14	100 %
Centros discapacidad	14	93 %	1	7 %	0	0 %	15	100 %
Adolescentes madres y embarazadas	1	50 %	0	0 %	1	50 %	2	100 %
Centros puerta de entrada	2	50 %	0	0 %	2	50 %	4	100 %
Niño/a en situación de calle	1	50 %	0	0 %	1	50 %	2	100 %
24 horas, CAFF y pequeño hogar	8	50 %	3	19 %	5	31 %	16	100 %
Total	37	70 %	6	11 %	10	19 %	53	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir del relevamiento telefónico del MNP.

Especializada de 24 horas, con excepción de cinco proyectos⁹ (Comunicado N°13 del INAU, pág. 10¹⁰).

Según relataron dirección y equipo técnico, la suspensión de la visita se implementó en la primera semana en la que se decretó la situación de emergencia sanitaria en el país (entre el 13 y el 20 marzo),¹¹ y se prolongó por lo menos hasta la segunda quincena de mayo. En la segunda quincena de mayo

9 Cottolengo Masculino, Cottolengo Femenino, Espacio Prado, En Camino y Escuela Horizonte.

10 INAU, Comunicado N°13. Compendio de orientaciones frente a la emergencia sanitaria frente al covid-19 para la atención en proyectos de protección especial y especial especializada de 24 horas del sistema de protección integral del INAU. Montevideo, 23 de marzo de 2020. Disponible en internet en: <https://www.inau.gub.uy/institucional/funcionarios/circulares/123-circulares-2020/2932-comunicado-n-19-orientaciones-para-la-implementacion-de-medidas-de-aislamiento-sanitario-en-servicios-de-proteccion-especial-y-especial-especializada-de-24-horas-de-inau-ante-sospecha-y-o-confirmacion-de-enfermedad-covid-19-en-n>

11 Excepto en La Posada (centro de salud mental para adolescentes) que se cancelaron las visitas presenciales el lunes 6 de abril.

seis centros, de los 43, resolvieron retomar las visitas presenciales con medidas de protección¹².

La prolongación en el tiempo de la restricción en el vínculo con los referentes afectivos, según expresaron varios de los técnicos y directores entrevistados, ha impactado negativamente en un número importante de los niños, niñas, adolescentes y adultos residentes y ha provocado cambios de comportamiento y en ocasiones crisis de angustias u otras manifestaciones afectivas: *“Los residentes están extrañando ver a sus familias, presentándose crisis emocionales.”*

En todos los centros, según expresaron la dirección y el equipo técnico, se implementaron mecanismos de contacto a través de teléfono y videollamada. Sin embargo, la frecuencia y condiciones de dicho vínculo, en muchas de las situaciones estaba supeditado a la organización del establecimiento más que a una directiva clara en relación a garantizar el derecho al vínculo con referentes afectivos, valorando el interés superior del niño.

En un 21 % de los centros (11 establecidos) el vínculo con los referentes se limitaba a un contacto telefónico o de videollamada semanal o quincenal. Y en la misma proporción (11 centros), aumentaba el contacto a dos o tres veces semanales.

En el centro CEVIP, puerta de entrada para niños y niñas menores a cinco años, se relevó uno de los mayores niveles de restricción en el vínculo con los referentes afectivos. El contacto telefónico o por videollamada se realizaba el día semanal que anteriormente se reservaba para la visita presencial. Si bien al inicio del aislamiento preventivo, habían optado por ampliar la frecuencia de contacto, esta se había reducido ya que valoraron que generaba mucho nivel de ansiedad en los niños y niñas. Con la misma valoración en relación a la movilización afectiva en algunas situaciones también limitaron las videollamadas, y el contacto solo era telefónico.

12 A esto se suman, ocho centros que están previendo en la segunda quincena de junio retomar de forma paulatina y con restricciones las visitas presenciales. De estos centros, en varios plantearon que están a la espera de la aprobación y/o autorización desde INAU central para ejecutar dicha medida.

Frente a la ausencia de contacto presencial con los vínculos afectivos, prolongada en el tiempo, es esperable que el contacto telefónico o de videollamada genere movilización emocional en los niños, niñas y adolescentes como expresión de angustia, miedo, e incertidumbre, profundizado en un contexto de emergencia sanitaria. En este sentido, se destaca que en un centro¹³ se explicitó que trabajaban previamente con la familia para acordar estrategias de comunicación y disponían durante la llamada de la intermediación de referentes personales o técnicos para acompañar y prevenir la movilización; sin necesidad de tener que recurrir a limitar el contacto.

En suma, la situación planteada está enmarcada en una tensión entre derechos (derecho a la vinculación familiar y derecho al cuidado y medidas de protección a la salud), con lo cual es necesario tener en cuenta cual de las medidas es menos nociva para el pleno desarrollo de niños, niñas y adolescentes. También debe prestarse especial atención a la situación de vulneración derechos que estos ya sufren, así como los procesos de reparación y rehabilitación personales.

b. Baja efectividad de las medidas de aislamiento preventivo sanitario

Las medidas de prevención para el ingreso de un residente al centro, según el Comunicado N°19 del INAU¹⁴, consiste en la puesta en funcionamiento de un cuarto de aislamiento en el cual deben permanecer durante 7 días los niños, niñas o adolescentes que ingresan, ya sea porque retorna de una salida no autorizada, de un licencia con la familia, porque es trasladado de otro centro o está ingresando al sistema de protección por orden judicial. Según explicita el Comunicado N°19, luego de ese período, personal médico evalúa la aplicación del test diagnóstico y la continuidad de la medida.

13 Dicha práctica se realizaba en el centro Resurgir, de atención en salud mental que funciona en Paysandú.

14 INAU, Comunicado N° 19. Orientaciones para la implementación de medidas de aislamiento sanitario en Servicios de protección especial y especial especializada de 24 horas de INAU, ante sospecha y/o confirmación de enfermedad covid-19. Montevideo, 16 de abril de 2020. Disponible en internet en: <https://www.inau.gub.uy/institucional/funcionarios/circulares/123-circulares-2020/2932-comunicado-n-19-orientaciones-para-la-implementacion-de-medidas-de-aislamiento-sanitario-en-servicios-de-proteccion-especial-y-especial-especializada-de-24-horas-de-inau-ante-sospecha-y-o-confirmacion-de-enfermedad-covid-19-en-n>.

En los centros se han realizado grandes esfuerzos para contar con una habitación con ventilación y con un baño cercano y/o exclusivo. Esta readecuación, en varios establecimientos, ha implicado aumentar las camas en las otras habitaciones con el riesgo de generar situaciones de hacinamiento o de limitar espacios destinados al ocio o la recreación. En varios departamentos del país, se adecuó un espacio exclusivo que permitiera realizar el aislamiento preventivo de la población de aquellos centros que no poseían estructura edilicia para responder a los requerimientos establecidos. De los 53 centros contactados, solo dos expresaron no tener condiciones edilicias para acondicionar una sala de aislamiento con los requerimientos y garantías necesarias, sin que desde INAU se presente una alternativa.

Implementar un cuarto para el aislamiento de los ingresos o reingresos de niños, niñas y adolescentes como medida para evitar el contagio tiene que estar integrado a un sistema de medidas de cuidado del personal que ingresa y de higiene del centro.

En todos los centros, expresaron que tenían a disposición del personal alcohol en gel y manifestaron el uso del tapabocas, en la mayoría de las situaciones, de forma opcional. En 23 centros (43 %) plantearon que además utilizaban, muda de ropa o túnica para estar dentro del centro y alfombra sanitaria para el ingreso. En 15 centros (28 %), expresaron que disponían de túnica o muda de ropa, mientras otros 7 establecimientos (14 %) complementaban el alcohol en gel y tapabocas con la alfombra sanitaria. Finalmente en 8 centros (15 %) plantearon que el personal disponía de alcohol en gel y el uso opcional del tapabocas.

En los centros que se realizó seguimiento, así como en los que se realizó vista presencial de monitoreo, se relevó que las medidas sanitarias se fueron flexibilizando a medida que transcurrió el tiempo. En muchos de los establecimientos, expresaron que las únicas medidas de higiene al ingreso del personal eran la desinfección de calzado mediante alfombra con hipoclorito y la desinfección de manos mediante el uso de alcohol en gel a la entrada. Por lo tanto el personal ingresa con la vestimenta con que transitó para llegar al centro.

La medida de aislamiento preventivo de siete días para las niñas, niños y adolescentes, no se corresponde con las medidas de prevención previstas para el personal que ingresa del exterior, las distintas medidas preventivas sanitarias adoptadas deben de estar en armonía entre ellas.

El ingreso al sistema de protección es una medida extrema de protección tras una significativa vulneración a los derechos del niño, niña o adolescente, en la que un juez determina que es necesaria la separación, transitoria o definitiva, de su familia de origen. Ante esta situación, que de por sí es traumática, el sistema lo recibe en un cuarto aislado del resto de las personas de su edad, con escaso contacto con funcionarios, durante 7 días. No se realiza un test diagnóstico previo, ni controles médicos correspondientes que valoren la existencia de sintomatologías, así como tampoco parecería que se tomaran en cuenta las particularidades de la situación que estaría viviendo el niño y la etapa vital en la que se encuentra.

En el centro puerta de entrada para primera infancia (CEVIP), en Montevideo, había ingresado un niño de cuatro años por orden judicial, que pasó 7 días solo en un cuarto aislado, sin haber presentado ninguna sintomatología.

En el centro puerta de entrada para la infancia (Casa del Sol), en Montevideo, habían ingresado cuatro niños y niñas (en edades de 6 a 12 años) que pasaron 10 días en aislamiento ya que desde División Salud de INAU, se demoraron en ir a aplicar los test diagnósticos.

En el centro para niños y niñas (entre 5 y 11 años) de la ciudad de Maldonado (CAFF "Panambi"), si bien disponía de un cuarto para aislamiento no se había previsto la organización de recursos humanos para la atención. Al momento de ingreso de un niño, se generó conflictividad entre el personal del centro. Como resultado, el niño estuvo varias horas en el pasillo del centro esperando para ingresar.

A su vez, la dinámica cotidiana para los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en aislamiento, en la mayoría de las situaciones está limitada al dormitorio, si bien en algunos centros pueden salir al patio o jardín y luego regresan al dormitorio.

El cotidiano en aislamiento preventivo, en la mayoría de los centros carece de contenidos educativos o recreativos, y la propia dinámica de aislamiento limita fuertemente la contención emocional y afectiva de los niños, niñas y adolescentes.

En los centros para adolescentes, el movimiento y rotación de la población se intensifica, ya que las salidas no autorizadas suelen ser más frecuentes. Debido a que los ingresos o retornos al centro se producen en diferentes momentos un cuarto de aislamiento carece de efectividad para la prevención sanitaria. Según lo que se relevó, en los hechos sucedía que un adolescente que se encontraba en aislamiento desde hacía cuatro días, pasaba a compartir con otro adolescente que recién ingresaba y al completar sus siete días de aislamiento retornaba a la convivencia en el centro. En este período podría haberse contagiado del adolescente que ingresó posteriormente y no presentar síntomas hasta que estuviera conviviendo en el establecimiento con el resto de los residentes. Ante esta situación, algunos centros, optan por prolongar el tiempo de aislamiento.

Se destaca que tanto en los centros donde se relevó la experiencia de niños, niñas y adolescentes que realizaron aislamiento al ingreso o reingreso al centro, como en los establecimientos que tenían preparado un cuarto de aislamiento pero no tuvieron necesidad de utilizarlo, la mayoría de las opiniones sobre esta medida de prevención fue negativa. Por un lado, la dinámica de ingreso no permitía un aislamiento preventivo en cada situación, por otro lado las características edilicias en muchos casos no eran propicias para llevar adelante los requerimientos (ej. un baño exclusivo), por lo tanto consideraban que en caso de que alguno de los niños, niñas o adolescentes estuviera infectado de COVID-19, este aislamiento no lograría frenar el contagio a los otros residentes y personal a cargo.

c. Aumento en los niveles de angustia y ansiedad e incremento en la medicación

Según expresaron en varios centros monitoreados, la situación de aislamiento social, había generado niveles de angustia y ansiedad en los niños, niñas y adolescentes, en especial en las primeras semanas que se aplicaron las medidas. Prácticamente todos los y las entrevistadas destacaron, que la nueva rutina que se implementó a la interna de los centros, con un aumento significativo de actividades y espacio lúdico-recreativos, colaboró para descender los niveles de ansiedad. Sin embargo, también expresaron que la extensión del tiempo de aislamiento había tenido impacto en los y las resi-

dentos. El aumento en el uso de la medicación psicotrópica, es una medida que varios centros implementaron; señalando varios las dificultades para dormir en la noche.

Para las y los adolescentes, en especial para quienes han vivido situaciones de calle, el encierro prolongado genera altos niveles de ansiedad y provoca dificultades para mantener las rutinas y permanecer en los centros.

En estos establecimientos, preocupaba la situación de las y los adolescentes con personalidades depresivas así como quienes presentan consumo problemático de sustancias. A su vez, los servicios para atención de las situaciones de consumo habían sido cancelados.

A nivel del seguimiento de las tareas educativas, los centros que trabajan con adolescentes visualizaban mayores dificultades, ya sea por escaso acceso informático en el centro (computadora o tablet), o por situaciones dispares entre los y las adolescentes en relación a quienes participaban y no en centros educativos, así como dificultades en adherirse a la modalidad virtual.

Cuando se consultó a los centros sobre cuáles eran los principales desafíos, la mayoría coincidieron en que éstos se ubicaban en sostener el cotidiano, tanto a nivel de los niños, niñas y adolescentes, como del personal. En este sentido, se plantea como requerimiento de apoyo desde INAU, un servicio psicológico que refuerce el acompañamiento de las niñas, niños y adolescentes, así como restablecer dispositivos de atención ante el consumo problemático. Asimismo, se considera fundamental contar con un servicio de apoyo para los y las funcionarias, que son quienes sostienen a los niños, niñas y adolescentes que están en el sistema de protección 24 horas.

d. Altos niveles de encierro y aislamiento en los centros para personas en situación de discapacidad y en centros de atención de salud mental

En estos centros, los niveles de aislamiento en general son más elevados que en el resto de los centros de protección. La situación de emergencia sanitaria y las medidas de aislamiento preventivo, habían intensificado dichos niveles de encierro y aislamiento en la dinámica de los centros.

Como ya se referenció, no se realizaban visitas presenciales ni dentro del establecimiento, ni en el predio, ni fuera del centro como sí se constató que

se había implementado en otros centros de protección. En la mayoría de estos establecimientos se suspendió o se minimizó el ingreso de talleristas o profesores que realizaban actividades dentro del local. Si bien esta medida de prevención podría estar avalada en algunos centros por los niveles de riesgo de la población que reside, la extensión de esta situación no se puede trasladar a una amplia mayoría de los centros de discapacidad y salud mental. Se requeriría, previo a la resolución de cancelación de actividades, un análisis de los niveles de riesgo sanitario de la población residente así como de los niveles de contagio que implicaría el ingreso de personal implementado medidas de higiene pertinentes.

A la cancelación de las actividades fuera del centro, derivado de las medidas desplegadas en el país por la emergencia sanitaria, en estos centros se suma una reducción o cancelación de las actividades que normalmente desarrollaban en el propio centro. En síntesis, en los establecimientos para personas en situación de discapacidad y centros de atención de salud mental, preocupa el impacto que los altos niveles de encierro y aislamiento tiene en la vida de los niños, niñas y adolescentes.

e. Dificultades económicas en las familias y escaso aporte desde el Estado.

Como se explicitó anteriormente en los centros relevados, un 27% (543) de los niños, niñas y adolescentes se encuentran viviendo fuera del establecimiento, ya sea en proceso de reintegro, en familia de acogida o en la figura de licencia (salida de visita a sus familiares o referentes afectivos). En estas situaciones desde los centros se prevé realizar un seguimiento de la integración y sostén en las familias. Según se relevó, en varios centros se estaba realizando un seguimiento presencial de aquellas familias que requerían un acompañamiento cercano, y en otros casos monitoreo telefónico. A partir de los seguimientos a las familias, los equipos técnicos observan un deterioro a nivel económico, que impacta en el cuidado de niños, niñas y adolescentes.

En estas situaciones está previsto el aporte de una canasta de alimentos e insumos de higiene. Según se relevó, los equipos técnicos evaluaban un deterioro económico en las familias y en ese contexto valoraban escaso el aporte desde INAU. La canasta de alimentos y los insumos de higiene están previstos sólo

para cubrir la demanda del niño, niña u adolescente y no los requerimientos de una familia. Muchos centros plantearon que complementaban dichas canastas con insumos del centro. A su vez se presentaban otras situaciones de demanda económica desde las familias, a las que los centros trataban de dar respuestas (garrafas sin gas, cortes de luz, otros). Esto había implicado un desbalance en los recursos con los que cuentan los centros, sin apoyo específico desde INAU.

Conclusiones

Diferentes órganos internacionales de derechos humanos, han instado a priorizar el interés superior de niñas, niños y adolescentes frente a la pandemia, en particular de quienes no cuentan con cuidados familiares, que están en situación de calle, en condición de pobreza, en centros de privación de la libertad o se encuentran en instituciones de cuidado.

El Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas advierte sobre el grave efecto físico, emocional y psicológico de la pandemia COVID-19 en los niños¹⁵. En ese orden exige a los Estados a tomar medidas específicas para proteger a los niños, niñas y adolescentes "... cuya vulnerabilidad se incrementa aún más por las circunstancias excepcionales causadas por la pandemia"¹⁶.

Asimismo, de acuerdo a lo planteado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en su Comunicado Nro 090/2020¹⁷, así como su Resolución N° 01/20 "Pandemia y Derechos Humanos en las Américas"¹⁸, en sus recomendaciones 23, 61, 63 a 67 y 69, preocupan al MNP las situaciones informadas en este documento.

En primer lugar, la recomendación n° 63 de este último documento exhorta a los Estados a tomar las siguientes acciones en relación a la infancia:

15 Declaración del Comité de los Derechos del Niño, del 8 de abril del 2020. Versión original de la Declaración disponible en internet en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/1_Global/INT_CRC_STA_9095_E.pdf-Traducción de Francisco Estrada.

16 "Estos incluyen niños con discapacidades; niños que viven en la pobreza; niños en situaciones de la calle; niños migrantes, solicitantes de asilo, refugiados y desplazados internos; niños de minorías e indígenas; niños con afecciones de salud subyacentes, incluido el VIH/SIDA; niños privados de libertad o internados en centros de detención policial, cárceles, centros de atención segura, centros o campos de detención de migrantes; y niños que viven en instituciones."

17 Disponible en internet en <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/202%90.asp>

18 Disponible en internet en <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>

“Reforzar la protección de niños, niñas y adolescentes (NNA)—incluyendo muy especialmente aquellos que no cuentan con cuidados familiares y que se encuentran en instituciones de cuidado—, y prevenir el contagio por el COVID-19, implementando medidas que consideren sus particularidades como personas en etapa de desarrollo y que atiendan de manera más amplia posible su interés superior. La protección debe, en la medida de lo posible, garantizar los vínculos familiares y comunitarios”.

De igual modo, el mismo documento pone énfasis en cuanto a las instituciones residenciales del sistema de protección en su recomendación N° 66:

“Respecto de las instituciones de cuidado residenciales, los Estados deben revisar las medidas especiales de protección vigentes promoviendo la revinculación familiar de los niños, niñas y adolescentes cuando sea posible y siempre que esta medida no sea contraria a su interés superior. Además, se debe asegurar acciones de prevención del contagio en estas unidades, además de establecer protocolos de emergencia orientadores para los equipos y personas que tengan niños a su cargo”.

En la misma línea el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, expresa que si bien las “...medidas restrictivas pueden considerarse necesarias a corto plazo, durante largos períodos tendrán un marcado efecto negativo en los niños. Se debe permitir a los niños en todo momento mantener contacto regular con sus familias (...)”. *Si se prolonga el período de emergencia, desastre o confinamiento ordenado por el Estado, se debe considerar reevaluar las medidas que prohíben dichas visitas.*

24

En ese orden, preocupa la suspensión de visitas presenciales prolongada en todos los centros de discapacidad y de atención de salud mental, así como en centros de protección integral para niños, niñas y adolescentes y puerta de entrada para la primera infancia; esta suspensión se realizó sin contar con una valoración sanitaria que justificara dicha medida y sin que resultara claro que dicho accionar atiende el interés superior del niño, niña o adolescente.

El encuentro con los vínculos afectivos de los niños, niñas y adolescentes es un factor protector de la estabilidad afectiva y la situación de emergencia sanitaria es un elemento estresor en especial para aquellos que viven, tem-

poral o definitivamente, separados de su familia de origen. Sin duda, se deben extremar las medidas de prevención ante el posible contagio, teniendo en cuenta la etapa de desarrollo, situaciones crónicas de enfermedad y atendiendo el interés superior del niño, niña o adolescente. Tal como indica el Comité Español de Unicef en el marco de la publicación “Más allá de nuestra fragilidad. Brindar seguridad a niños y niñas en los hogares de protección en la situación de emergencia y confinamiento por el COVID-19”¹⁹:

“En la infancia las relaciones afectivas son cruciales para la regulación de las emociones y para el procesamiento de las vivencias” y por tanto hay que “Permitir y fomentar el contacto con sus familias si es posible” (UNICEF España y Espirales Consultoría de infancia: 2020,12).

En esta misma línea, las medidas de aislamiento preventivo para el ingreso a los centros profundiza las situaciones de abandono y vulneración de derechos de los niños, niñas y adolescentes que ingresan al sistema de protección en el marco de una medida reparatoria del Estado ante una situación grave de vulneración de derechos.

A su vez, las medidas de aislamiento preventivo sanitario son efectivas, si se acompañan de medidas de higiene y de cuidados de las personas que ingresan al centro. Si estas medidas de cuidado e higiene no están presentes, como se relevó en varios centros, el aislamiento podría generar daños en la salud de los niños, niñas y adolescentes que viven estas prácticas. Para realizar cuidados de contención y sostén, se deberían extremar las acciones que permitan mitigar las situaciones de aislamiento, así como dotar de contenidos educativos, recreativos y afectivos a los niños, niñas y adolescentes que viven dichas situaciones, teniendo en cuenta la edad y el momento vital por el cual transitan estos niños, niñas y adolescentes que ingresan o retornan al centro.

Preocupa al MNP, las medidas de encierro y aislamiento que se podrían estar implementando en los centros, en especial los dedicados a la atención de situaciones de salud mental y discapacidad, y el impacto que dichas medidas podrían tener en la salud mental de niñas, niños y adolescentes.

En este sentido el Comité de Derechos del Niño, plantea que las situaciones de confinamiento pueden exponer a los niños a una mayor violencia física y psicológica. A esto se suma que niñas, niños y adolescentes “... con discapacida-

19 Disponible en internet en : <https://www.unicef.es/publicacion/mas-alla-de-nuestra-fragilidad-guia-de-proteccion-para-ninos-y-ninas>

des y problemas de comportamiento, así como sus familias, pueden enfrentar dificultades adicionales a puerta cerrada.”²⁰

Es importante valorar el impacto que tiene en niños, niñas y adolescentes las medidas de confinamiento y reducción de actividades que normalmente realizaban al interior de los establecimientos, y la prolongación de dichas medidas en el tiempo.

Finalmente, se señalan las dificultades económicas que los equipos técnicos perciben en las familias en las que residen los niños, niñas y adolescentes que se encuentran dentro del sistema de protección. En este sentido, preocupa que el Estado realice los mayores esfuerzos para proteger y fortalecer a las familias, en el marco de la emergencia sanitaria que tiene impactos significativos en los niveles de vida, en especial de la población más vulnerable²¹.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas²², advierte:

“La pobreza infantil, además de significar que los niños se ven imposibilitados a acceder a los estándares básicos de bienestar y a satisfacer sus necesidades básicas en el presente, también les afecta en el futuro, restringiendo sus posibilidades de desarrollar capacidades de acceder a oportunidades futuras, y los condiciona a círculos de transmisión inter-generacional de la pobreza. En este sentido, la oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas, en sus Principios Rectores sobre Pobreza Extrema, ha llamado la atención sobre el hecho que incluso períodos breves de priva-

20 Declaración del Comité de los Derechos del Niño, punto 6, del 8 de abril del 2020. Versión original de la Declaración disponible en internet en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/1_Global/INT_CRC_STA_9095_E.pdf-Traducción de Francisco Estrada.

21 “Los diferentes impactos socioeconómicos reflejan la matriz de la desigualdad social en la región, cuyos ejes estructurantes son la pertenencia a distintos estratos socioeconómicos o clases sociales, el género, la etapa del ciclo de vida, la condición étnico-racial y el territorio, a lo que se suman otros factores como la condición de discapacidad, el estatus migratorio o la situación de calle. Estas desigualdades se acumulan, se potencian e interactúan entre sí, causando múltiples discriminaciones que conllevan diferencias en el ejercicio de los derechos.” CEPAL, América Latina y el Caribe ante la pandemia del covid-19 Efectos económicos y sociales. Informe especial COVID 19, N°1. Disponible en internet en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45337-america-latina-caribe-la-pandemia-covid-19-efectos-economicos-sociales>

22 Disponible en internet en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PobrezaDDHH2017.pdf>

ción y exclusión pueden menoscabar de forma dramática e irreversible el derecho del niño a la supervivencia y el desarrollo—causando pobreza en la vida adulta”. (párrafo 343)

Anexo I

Metodología

El seguimiento telefónico es un subproducto del monitoreo planificado frente a la situación de emergencias por el Covid-19 en nuestro país.

El Mecanismo Nacional de Prevención tiene como objetivo para este tiempo “Monitorear que las acciones implementadas para la prevención del coronavirus en el sistema de protección 24 horas del INAU, sean compatibles con los derechos de las niñas, niños, adolescentes y adultos que allí residen” y entre sus objetivos específicos “Disponer mecanismos de monitoreo extraordinarios²³ desde el MNP a los centros de 24 horas, en especial aquellos establecimientos definidos con mayores niveles de vulnerabilidad, que prevengan situaciones de malos tratos y vulneración de derechos, teniendo como base el principio de no provocar un daño mayor.”

Este proyecto se subdividió en tres niveles, el seguimiento telefónico se encuentra dentro del segundo nivel, que se propone “...monitorear la puesta en práctica de la política de prevención (comunicados y protocolos), centrandó la vigilancia en que se garantice el derecho a la alimentación, a la salud física y mental, a la familia y a la protección contra torturas, malos tratos y explotación.”

²³ Incluye sistema de monitoreo externo al centro y visitas en centros, en condiciones extraordinarias según condiciones de prevención de contagio que se detallan más adelante.

Marco operativo

1. Comunicación institucional del INAU y la INDDHH

Se acordó con el Presidente del INAU, una comunicación formal para anteceder a los centros y que sea de garantía para estos de que la comunicación que establezcamos es con funcionarios del MNP-INDDHH.

Asimismo, los centros pudieron acceder a un link o número telefónico donde chequear el desarrollo del monitoreo telefónico.

2. Información previa

Se confeccionó una base de información previa sobre los centros a contactar. Esta tenía el cometido de facilitar la comparabilidad “pre-covid-19” y hacer más diligente la llamada, reduciendo su tiempo y evitando al centro tiempo en respuestas de un oficio.

Esta información se construyó con la información que posee el MNP en relación al sistema de protección enviada por el Sistema de Información para la Infancia (SIFI) del INAU .

A esta planilla base se incorporó la información recabada a partir de los oficios enviados a INAU, en relación a visitas, re vinculaciones familiares, contexto familiar, salidas no autorizadas y solicitud de ingreso a centros de atención para situaciones de salud mental.

3. Coordinación de llamada

Vía mail se adjuntan documentos de presentación y credenciales. En este se explica el motivo de la comunicación. Al mail lo precedió un contacto telefónico anunciando el envío, para diligenciar el proceso.

4. Llamada telefónica

Se realiza entrevista telefónica al/la director/a del centro y un/a funcionario/a del equipo técnico, en base a la pauta semi-estructurada que se desarrolla más adelante.

5. Seguimiento

Luego de realizar las dos entrevistas, se analizó la información y se definieron los principales aspectos a monitorear en el futuro, la pertinencia o no de una visita presencial u otros mecanismos más directos de monitoreo.

De los 52 centros contactados se definió que un grupo de 21 centros requerían un seguimiento de la situación dado que se identificaron mayores niveles de riesgo, ya sea por condiciones edilicias, por riesgo de la población residente, así como también por medidas de prevención sanitaria que podrían ser inadecuadas, contradictorias o excesivas. En ellos se hizo un tercer contacto telefónico que permitió tomar conocimiento de la evolución de las situaciones relevadas en las primeras dos entrevistas.

6. Acciones de incidencia

A partir de lo relevado en el monitoreo telefónico se envió al Directorio del INAU el oficio N° 620 /MNP²⁴, con recomendaciones para garantizar el derecho al vínculo con los referentes afectivos de niñas, niños y adolescentes y la adopción de medidas preventivas sanitarias que atienden el interés superior del niño.

A su vez, a partir de los datos recabados en el relevamiento telefónico, se reanudaron las visitas del equipo de protección del MNP y se realizaron monitoreos presenciales en los siguientes centros: Magnolia (puerta de entrada de adolescentes mujeres de Montevideo), Caff Juntos, Caff Panambi, Caff Preadolescente de la ciudad de Maldonado. A su vez se realizaron oficios hacia INAU con recomendaciones a partir de las visitas efectuadas.

Pauta de entrevista a dirección

1. Explicar motivos de consulta y potestades del MNP. Enmarcar la nueva metodología de monitoreo en el marco del COVID-19.
Identificación de quien lleva adelante la entrevista, asegurarse de brindar medios de contacto.
2. ¿Cuántos niños, niñas o adolescentes están residiendo en el centro?
¿Cuántos en contexto?
3. ¿Alguno de los residentes se encuentra con síntomas o ha dado positivo el test de COVID-19?

24 Disponible en internet en: <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/tematica/sistema-de-proteccion-de-ninos-ninas-y-adolescentes>

El cuestionario cuenta con 3 secciones. Se pueden hacer en cualquier orden, pero según lo respondido en las primera tres preguntas se puede decidir por dónde empezar.

Secciones:

- Recursos Humanos
- Infraestructura del centro
- En caso positivo de COVID-19

Bloque I. Recursos humanos

4. Cantidad de educadores/cuidadores, cuántos por turno (mañana, tarde, noche)
5. Cantidad de técnicos
6. La dotación actual de funcionarios alcanza el número mínimo para brindar la atención de los NN/A?
7. ¿Algún trabajador se encuentra certificado o con pedido de licencia en este tiempo? En caso de sí ¿cuántos?
8. En caso positivo de reducción de personal: describir cuántos y cómo se está atendiendo?
9. ¿Cuenta el centro de con un sistema de suplencias en el caso de no contar con los recursos humanos suficientes?
 - a. ¿Se han asignados horas extras? en caso de afirmativo, ¿cuántas horas máximo ha estado un funcionario por turno?
 - b. ¿Están concurriendo funcionarios de otros centros y/o dependencias de la institución, para suplir la horas faltantes?
 - c. ¿Están concurriendo voluntarios? En caso de si: ¿Cómo se seleccionaron? ¿Están cumpliendo roles de atención directa?
10. ¿Cómo se está organizando el equipo técnico y dirección para la coordinación de tareas?
11. ¿Qué medidas preventivas y de higiene se han tomado con los educadores de atención directa? (Vestimenta, calzado, utensilios del compendio de INAU, menos personal por turno?)
12. ¿Cuentan con los insumos suficientes? En caso de no, describir la situación.

13. ¿Con qué recursos para la asistencia médica cuenta el centro? (Emergencia particular, policlínicas u hospitales cercanos)
14. ¿Han surgido temores o situaciones estresantes en que se nieguen en realizar la tarea? En caso afirmativo, ¿cómo se han abordado?

Bloque II. Infraestructura del centro

15. Cantidad de dormitorios.
16. ¿Cuenta el centro con espacios al aire libre? Describirlos
17. ¿Cuenta el centro con disponibilidad de alcohol en gel, desinfectante de piso/mobiliario y toallas de papel?
18. ¿Qué medidas se ha tomado para la limpieza y desinfección del edificio?
19. ¿Cuenta el centro con un cuarto acondicionado para el aislamiento en caso de ser necesario? Describa cómo se acondicionó

Bloque III. En caso positivo de COVID-19

20. Edad y sexo
21. Verificar si el NNA está residiendo en el centro, en contexto u hospitalizado
22. ¿Cuándo se tomó conocimiento de la situación? ¿Para esa fecha el NNA residía en el centro? ¿Qué medidas se tomaron con los NNA y trabajadores con los que tuvo contacto?
23. ¿Cuenta el NNA con acceso a la medicación y cuidados médicos necesarios? ¿Cómo se provee la atención médica?
24. ¿Se encuentra el NNA aislado? ¿Qué medidas se han tomado en el centro para su estadía? ¿Tiene personal asignado para su cuidado?
25. ¿Se han generado situaciones de discriminación por parte de residentes y/o funcionarios?
26. ¿Qué propuestas recreativas y educativas se le están ofreciendo?
27. ¿Cómo se está sosteniendo el vínculo con la familia y referentes afectivos?

Bloque IV. Situación de niñas, niños y adolescentes

IV.1. Ingreso

28. ¿Han tenido ingresos de niños, niñas o adolescentes en el centro en este periodo? En caso afirmativo, ¿desde donde ingresa? ¿Cual es el protocolo al ingreso? en este período existieron cambios en dicho protocolo? cómo valora dichos cambios?

IV.3. Salidas no acordadas

29. ¿Han habido salidas no acordadas en este período? ¿Cuántos y cuándo? ¿El niño, niña u adolescente se reintegró al centro? En caso de sí: ¿Qué protocolo se activó al regreso? ¿Este protocolo cambió?

IV.4. Regreso de licencias

30. ¿Han realizado regresos de licencias en este período? ¿Cuántos? ¿Qué medidas se aplicaron al regreso del hogar?

IV.5. Vínculo con las familias

31. ¿Cómo se está garantizando el sostenimiento del vínculo con familiares y referentes afectivos?

IV.6. Salud

32. Hay NNA que presentan patologías que representen mayor riesgo para contagio por COVID-19? Cómo se están abordando sus situaciones de salud?
33. Hay NNA que presenten enfermedades crónicas que requieran control médico periódicamente? (HIV, Diabetes, patologías respiratorias crónicas, etc). Cómo se están coordinando los controles?

IV.7. Evaluación

34. ¿Qué reflexión hace de la convivencia y trabajo en este período? ¿Cuáles estiman son los principales desafíos? ¿En qué ámbitos del centro considera que el INAU debería prestar más servicios y recursos?

Pauta de entrevista a integrante de equipo técnico

1. Explicar motivos de consulta y potestades del MNP. Enmarcar la nueva metodología de monitoreo en el marco del COVID-19.
Identificación de quien lleva adelante la entrevista, asegurarse de brindar medios de contacto.
2. ¿Cuántos niños, niñas o adolescentes están residiendo en el centro?
¿Cuántos en contexto?
3. ¿Alguno de los residentes se encuentra con síntomas o ha dado positivo el test de COVID-19

El cuestionario cuenta con 2 secciones. Secciones:

- Niñas, niños y adolescentes residiendo en el centro
- Niñas, niños y adolescentes residiendo en contexto

Bloque I. Niños, niñas y adolescentes residiendo en el centro

I.1. Cotidiano, información y prevención

1. ¿Cómo se ha presentado e informado la situación actual con los niños, niñas y adolescentes? ¿Se han propiciado instancias de transmisión de información a los niños, niñas y adolescentes, de prevención y promoción, hábitos de higiene?
2. ¿Cómo se hace seguimiento de esta situación?
3. ¿Qué modificaciones se han hecho en las actividades recreativas y educativas en el centro? ¿Cómo están realizando las actividades que se plantean desde las escuelas/liceos? ¿Disponen de infraestructura y conexión que pueden sostener esa exigencia?
4. ¿Se han observado transformaciones en comportamientos habituales de los NN/A? ¿cómo se han abordado? ¿Los NNA ha podido expresar de distintas formas como se vienen sintiendo este tiempo? ¿Se han generado espacios para que puedan expresar de forma positiva sus sentimientos, miedos e incertidumbres?
5. ¿Ha habido un aumento en las crisis emocionales de los niños, niñas y adolescentes? ¿Cómo se ha abordado?
6. ¿Con qué recursos diferenciales cuentan o se ha puesto a disposición desde INAU para el desempeño de la tarea este tiempo?

1.2. Ingreso

7. ¿Han tenido ingresos de NN/A en el centro en este periodo? En caso afirmativo, ¿desde dónde ingresa? ¿Cuál es el protocolo al ingreso? ¿El protocolo cambió en este período?

1.3. Salidas no acordadas

8. ¿Han habido salidas no acordadas en este período? ¿Cuándo? ¿El niño, niña u adolescente se reintegró al centro? En caso de sí:
 - a. ¿Se realizaron los controles médicos indicados en el protocolo? Registrar si el centro cuenta con médico en el equipo
 - b. ¿Se tomó conocimiento de dónde y con quién estuvo? ¿Se contactó a estos a fin de conocer la situación sanitaria de ellos? ¿Se ha sospechado o detectado situaciones de gravedad? (lesiones, abusos, y todo tipo de violencia)
 - c. ¿Se han tomado medidas de aislamiento? ¿Qué otras medidas han considerado?

1.4. Regreso de licencias

9. ¿Han realizado regresos de licencias en este período? ¿Cuántos? ¿Qué medidas se aplicaron al regreso del hogar?

1.5. Vínculo con las familias

10. ¿Cómo se está garantizando el sostenimiento del vínculo con familiares y referentes afectivos? ¿Cuál es la frecuencia?
 - a. En caso de que reciba visitas: ¿cuenta el centro con un espacio destinado para esto? ¿Existe un protocolo para las visitas? ¿cómo es? ¿Han reducido el número de familiares en las visitas? ¿Cómo han abordado con los niños, niñas y adolescentes y su familia las decisiones con respecto a las visitas?
 - b. ¿Con qué recursos para la telecomunicación cuenta el centro? ¿Cuentan las familias y referentes afectivos con los recursos para sostener la comunicación? ¿Cómo se procede cuando esta vía no es posible? ¿Quién las supervisa?

Bloque II. Niños, niñas y adolescentes residiendo en contexto

11. ¿Cuenta el centro con NN/A residiendo en contexto?
12. Consultar si el COVID-19 ha propiciado un incremento de la atenciones en contexto. En caso afirmativo, ¿Qué elementos y variables valoraron para el reintegro o licencia familiar.
13. ¿Cómo se sostiene el vínculo con los niños, niñas y adolescentes en contexto? ¿Los visita algún técnico del centro? ¿Con qué frecuencia? ¿Han detectado transformaciones en la dinámica familiar que puedan constituirse en vulneración de derechos y /o violencia? En caso de, sí describir abordaje
14. ¿Cuenta el centro con medio de transporte propio para estas visitas?
15. ¿Han realizado acuerdo con equipos territoriales para el seguimiento? En caso de que sí ¿Con quienes? ¿Cómo se está llevando adelante este seguimiento?
16. ¿Qué apoyos materiales a las familia a cargo del cuidado en contexto se han puesto en marcha a causa de COVID-19?
 - a. Canasta de alimentos
 - b. Transferencia monetaria
 - c. Productos de limpieza e higiene personal
 - d. Materiales recreativos/educativos
17. ¿Cómo se ha trabajado con las familias a cargo del cuidado en contexto sobre los cuidados y responsabilidades particulares del COVID-19?
18. ¿Todas las familias cuentan con medio de comunicación telefónico o informático para el contacto con el centro? En caso de no, ¿como se realiza seguimiento de esta situación?
19. ¿Cómo se garantiza el sostenimiento del vínculo con otros referentes afectivos del niño?
20. Sobre los procesos de revinculación: ¿han continuado con el proceso? En caso afirmativo ¿cuál ha sido la estrategia y quien se encarga?

Evaluación

21. ¿Qué reflexión hace de la convivencia y trabajo esta semana? ¿Cuáles estiman son los principales desafíos? ¿En qué ámbitos del centro considera que el INAU debería prestar más servicios y recursos?

Anexo II

Detalle de centros contactados

A partir de los criterios explicitados en el documento, se elaboró una lista de centros prioritarios a monitorear de acuerdo a los niveles de riesgos y se logró contactar 53 centros²⁵, en el período del 20 de abril al 8 de junio del 2020.

A continuación se detallan los centros y la última fecha de contacto, según el perfil de centro:

25 Solo en dos centros contactados, no fue posible concretar la entrevista.

<i>Perfil</i>	<i>Nombre del centro</i>	Último contacto	
Adolescentes Madres y embarazadas	Espacio Adolescentes Amatista	Semana 11 de mayo	
	Hogar La Bonne Garde	Semana 11 de mayo	
24 Horas	Dr Gabriel Anolles–Rivera	Semana 11 de mayo	
	Hogar Adolescente Femenino–Rocha	Semana 11 de mayo	
	Hogar Caminos	Semana 1 de junio	
	Hogar de Niños María Auxiliadora–Lascano	Semana 18 de mayo	
	Hogar de Varones Salto	Semana 25 de mayo	
	Hogar Femenino Salto	Semana 25 de mayo	
	Hogar Infantil–Rocha	Semana 11 de mayo	
	Hogar Infantil Salto	Semana 25 de mayo	
	Hogar Nuevo Tiempo Ex Femenino	Semana 25 de mayo	
	Hogar Rural De Varones Rocha Sol del Este	Semana 11 de mayo	
	CAFF	CAFF Infancia PANAMBI–Maldonado	Semana 11 de mayo
		CAFF Juntos–Maldonado	Semana 11 de mayo
CAFF Preadolescente		Semana 25 de mayo	
Navegantes–Maldonado		Semana 11 de mayo	
Yapeyú–Chuy		Semana 11 de mayo	
Centro Salud Mental	API Constituyente	Semana 25 de mayo	
	Cenadis	Semana 4 de mayo	
	Centro Carpei–cmc y Agudo Maldonado	Semana 25 de mayo	
	Centro Gorriónes	Semana 25 de mayo	
	Centro Psiquiátrico Larrañaga	Semana 18 de mayo	
	Clínica Asencio–Canelones	Semana 25 de mayo	
	Clínica Klinos	Semana 25 de mayo	
	Clínica Psiquiátrica Asencio–Río Branco	Semana 25 de mayo	
	Ctro De Medio Camino Maroñas	Semana 25 de mayo	
	Ctro Medio Camino Bulevar	Semana 27 de abril	

<i>Perfil</i>	<i>Nombre del centro</i>	Último contacto
	Piedra Alta–Florida	Semana 25 de mayo
	Residencial La Posada	Semana 25 de mayo
	Resurgir–Paysandú	Semana 4 de mayo
	Rumbos	Semana 25 de mayo
Discapacidad	Alas Multicolores	Semana 25 de mayo
	Asociación Discapacitados Rivera	Semana 18 de mayo
	Centro De Atención Integral En Camino	Semana 27 de abril
	Centro Dies-Shangrila	Semana 25 de mayo
	Cottolengo Don Orione Femenino	Semana 20 de abril
	Cottolengo Don Orione Masculino	Semana 20 de abril
	Espacio Prado	Semana 11 de mayo
	Estación Esperanza	Semana 18 de mayo
	Hogar Escuela Horizonte	Semana 27 de abril
	Hogar Integral Salto	Semana 25 de mayo
	Hogar Margarita	Semana 25 de mayo
	Hogar Millian–Salto	Semana 20 de abril
	Horneros	Semana 25 de mayo
	Instituto Camino Abierto	Semana 27 de abril
	Integral Flavia	Semana 4 de mayo
Niño/a en Situación de Calle	Pájaros Pintados Calle	Semana 11 de mayo
	Posada De Belen II	Semana 11 de mayo
Pequeño Hogar	Aprendiendo y Creciendo Juntos–Maldonado	Semana 11 de mayo
Puerta de entrada	Casa Del Sol	Semana 12 de mayo
	Centro Breve Estadía–Ex Tribal	Semana 25 de mayo
	Centro Evaluacion Integral Preescolares–CEVIP	Semana 4 de mayo
	El Sueño Del Pibe	Semana 8 de junio



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



Bv. Artigas 1532
Montevideo, Uruguay
Tel.: (598 2) 1948
secretaria@inddhh.gub.uy
<http://inddhh.gub.uy>