



República Oriental
del Uruguay



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



República Oriental del Uruguay

Institución Nacional de Derechos
Humanos y Defensoría del Pueblo



Mecanismo Nacional de Prevención

**INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DEL
CENTRO DE REHABILITACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y
SICOSOCIAL (CE. RE.MO.S)**

Informe N°096/MNP- SA/2017

Montevideo, 22 de diciembre de 2017



I.- Presentación

El Plan Estratégico 2014 – 2016 del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) de la Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH), establece la incorporación del monitoreo sistemático a instituciones psiquiátricas para el año 2017.

Asimismo, en aras de profundizar en aquellos factores específicos que pueden propiciar abusos y malos tratos, diseñar el Protocolo de Monitoreo y desarrollar la capacidad del MNP en el monitoreo de este tipo de establecimientos, durante los años 2015 y 2016, el MNP realizó visitas exploratorias a las Colonias de asistencia psiquiátrica.

El presente informe recoge constataciones de la última visita exploratoria – no anunciada- realizada el 30 de junio entre las 10y30 y las 16 horas al **Centro de Rehabilitación Médica Ocupacional y Sicosocial** (CE.RE.MO.S. - ex Colonias de Asistencia Psiquiátrica Etchepare y Santín Carlos Rossi), ubicado en la Ruta 11 Km 79.500 del Departamento de San José. CE.RE.MO.S. integra la Red Asistencial de ASSE, dependiente de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables. El 28 de diciembre de 2016 se había realizado otra visita enmarcada en el inicio al monitoreo sistemático a Instituciones Psiquiátricas. Esta última también se realizó sin previo aviso.

A la Dirección del centro se le solicitó información general estandarizada, para este tipo de centros, a través del Oficio No.306/2016 del 28/12/16, el cual fue respondido por ASSE el 20 de junio de 2017. Con motivo de la visita del 30 de junio de 2017, se solicitó al equipo de gestión del Centro, información acerca del número de internos/as, plazas libres, movimientos y cantidad de funcionarios/as al día de la fecha, la cual fue remitida al día siguiente.

II.- Equipo

El equipo de la visita realizada el día 28 de diciembre de 2016 fue integrado por los siguientes profesionales:

Psic. Ariadna Cheroni

Lic. T.S. María José Doyenart

Lic. Psic. Mariana Risso

Lic. Psic. Alejandro Santágata

El equipo de la visita realizada el día 30 de junio de 2017 fue integrado por:

Psic. Ariadna Cheroni

Dr. Álvaro Colistro

III.- Objetivos

Objetivo general

Observar las condiciones de vida y el trato que reciben las personas alojadas en el Centro de Rehabilitación Médica Ocupacional y Sicosocial (CE.RE.M.O.S - ex Colonias de Asistencia Psiquiátrica Etchepare y Santín Carlos Rossi).



Objetivos Específicos de la visita del 28 de diciembre de 2016 (Visita de carácter exploratorio)

- 1) Entrevista con las autoridades que asumieron en agosto del año 2015, y tomar conocimiento de las acciones emprendidas por las mismas autoridades.
- 2) Recorrida y entrevistas a funcionarios/as e internos/as en pabellones de mayor vulnerabilidad.
- 3) Situación y condiciones actuales de internación de las personas que fueran reubicadas a partir de la resolución del 28 de marzo de 2015 del Juzgado Letrado de Primera Instancia de San José de 1º Turno, referida a la redistribución de los pacientes de los Pabellones 24 (Seguridad), 29 y 30 de la Colonia Etchepare¹.
- 4) Situación edilicia de los Pabellones 24, 29 y 30 de la ex Colonia Etchepare y los Pabellones 6 y 7 de la ex Colonia Santín Carlos Rossi.
- 5) Actuaciones referidas a los perros abandonados y sueltos dentro del predio.

Objetivos Específicos visita del 30 de junio de 2017

- 1) Anunciar a las autoridades de CE.RE.M.O.S el inicio del monitoreo sistemático del MNP a Instituciones Psiquiátricas.
- 2) Constatar los cambios tendientes a la protección de la dignidad y derechos humanos de los usuarios/as anunciados por las autoridades de CE.RE.M.O.S al MNP en diciembre de 2016.
- 3) Profundizar en las modalidades de intervención del establecimiento vinculadas particularmente al trato, contención y abordajes psico-sociales.
- 4) Verificar la existencia de protocolos de intervención fundamentalmente en lo referido a contención física y mecánica, tratamientos farmacológicos, electro-convulsivos y rehabilitación psicosocial.
- 5) Verificar la implementación de instancias de formación y capacitación del personal.

IV. - Metodología inicial

Se diseñó la visita partiendo de un plan general, que estableció:

- a. Presentación y entrevista con autoridades presentes.
- b. Solicitud de información inicial sobre pacientes y funcionarios/as presentes.
- d. Diálogo con personas internadas, autoridades y funcionarios/as (técnicos y no técnicos).
- e. Realización de registro fotográfico de los aspectos y hallazgos relevantes.

¹ Reubicación de las personas alojadas que surge de las actuaciones judiciales llevadas adelante por el Juzgado Letrado de Primera Instancia de San José de 1º Turno, respecto al fallecimiento del Sr. Carlos Greco donde se intima (...)*al Directorio de ASSE, a la Dirección de Salud Mental y a la Dirección de las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi a que en un plazo de 10 días se proceda a la redistribución, de acuerdo a las pautas establecidas por los facultativos tratantes de los pacientes de los Pabellones 24, 29 y 30, que son los que se encuentran en situación de riesgo físico, mental y carentes de una protección integral de su salud física y absolutamente vulnerados en sus derechos humanos a que sean realojados de acuerdo a lo sugerido tanto por el Director de la Colonia como por el Director de Salud Mental en los pabellones que se encuentran en condiciones habitables algunos y otros recientemente remodelados, a los efectos de recuperar la dignidad humana.*

http://inddhh.gub.uy/wp-content/uploads/2015/03/resoluc_28-03-15_msp_asse_perros_etchepare_jueza_granese.pdf



V.- Actuación de la INDDHH en relación a las ex Colonias Dr. Bernardo Etchepare y Dr. Santín Carlos Rossi

La INDDHH (que alberga el MNP) realizó desde el año 2013 hasta la fecha cinco visitas a las Colonias:

- 13 de Diciembre de 2013 - Esta visita se realizó en el marco de las actuaciones del Área de Denuncias de la INDDHH, en virtud de una denuncia referida a reiterados ataques de una jauría de perros, de los que habían sido víctimas pacientes y funcionarios de la Colonia Santín Carlos Rossi.
- 30 de Marzo de 2015 – La visita estuvo enmarcada en la Resolución del Juzgado Letrado de Primera Instancia de San José que solicitó el acompañamiento de la INDDHH en la inspección ocular a ambas Colonias.
- 11 de Mayo de 2015 – Esta visita tuvo entre sus objetivos el seguimiento de la resolución judicial del 28 de marzo de 2015, la verificación de las acciones emprendidas por las autoridades referidas a acontecimientos que motivaran denuncias ante la INDDHH, así como las referidas a la muerte del paciente Sr. Carlos Greco y a las condiciones de vida y situación de las personas reubicadas.
- 3 de Julio de 2015 – Se apuntó a profundizar en las modalidades de intervención del establecimiento vinculadas particularmente al trato, contención y tratamiento de los y las internos/as, estudio y análisis de registros, verificación de la existencia de protocolos de intervención fundamentalmente en lo referido a contención física y mecánica, tratamientos farmacológicos, electro convulsivos y rehabilitación psicosocial. Se buscó también conocer las instancias de formación y capacitación del personal realizadas en el último año, así como el régimen y administración de las pensiones recibidas por los pacientes.
- 28 de Diciembre de 2016 – Se procuró afinar las herramientas y capacidades del MNP para el monitoreo a este tipo de instituciones
- 30 de Junio de 2017 – Primera visita a CE.RE.M.O.S. enmarcada en el monitoreo periódico y sistemático a instituciones psiquiátricas (CE.RE.M.O.S. y Hospital Vilardebó)

VI.- Consideraciones generales

La Colonia de Asistencia Psiquiátrica “Dr. Bernardo Etchepare”, que ocupa una extensión de 372 hectáreas, fue fundada en el año 1912. En 1921 se comenzó a internar mujeres y en la década de 1950 se habilitaron dos pabellones infantiles -que fueron cerrados en la década de los 80 - y se inaugura, en un predio vecino de 30 hectáreas, la Colonia “Dr. Santín Carlos Rossi”. A partir del 1° de Enero de 2016 las Unidades Ejecutoras Colonia Etchepare (U.E. 013) y Colonia Santín Carlos Rossi (U.E. 069) se suprimieron, creándose el Centro de Rehabilitación Médica Ocupacional y Sicosocial (CE.RE.M.O.S – U.E. 103).

En principio la Colonia surgió como “respuesta” a un problema de superpoblación de pacientes del entonces “Manicomio Nacional” (hoy Hospital Vilardebó), el que tenía las cifras más altas de internos de América Latina.



Es de destacar que no todas las personas derivadas a la Colonia tenían discapacidades psicosociales. *“Los ingresos por falta de recursos económicos y sociales, las personas conducidas por la policía con rótulo de “vagabundo” y los adolescentes y jóvenes traídos por sus familias que declaraban no poder “hacerse cargo de sus cuidados” constituían un alto porcentaje. Las edades más frecuentes al ingreso oscilaban entre los veinte y los cuarenta años”.*²

En distintas épocas y en distintos momentos históricos las duras críticas a las condiciones de vida de los pacientes internados/as en las Colonias y a la concepción asilar subyacente han sido por demás reiteradas.

En ese sentido cabe resaltar el relevante “Informe sobre Salud Mental en Uruguay”, realizado en el año 1966 por el consultor de OPS/OMS Pierre Chanoit, que con referencia a las Colonias planteó que:

“Su capacidad teórica ha sido fijada por el Ministerio 3.155 camas (...) Visitamos dos pabellones de mujeres a cargo de un Jefe de servicio (...) visitamos también un pabellón para varones que se encontraba en un estado de deterioro alarmante, los pisos de las salas se hunden, las ventanas están arrancadas y a veces obturadas con ladrillos; no hay ropa de cama y las instalaciones higiénicas son prácticamente inexistentes”.

En los Comentarios de su informe, Chanoit sostuvo:

*“El paciente mental es un estorbo para la sociedad, y la atención que de él se realiza, se resuelve apelando a la fundación de asilos, lugares de reclusión del enfermo, sustraído a la vista de la población, termina su infeliz existencia. En estas condiciones no cabe hablar de terapéuticas (lo demuestran a saciedad los presupuestos dedicados a la asistencia psiquiátrica), y el hecho evidente de que la gran mayoría de estos enfermos en esas circunstancias no se curan, ha dado pábulo a la idea de que las enfermedades mentales son incurables. Los lugares que se les asignan bien pronto resulta insuficientes. Los poderes públicos tienen el deber de intervenir ya sea creando nuevos asilos o enfrentándose con el problema. Nos parece que ha llegado la hora de que el Uruguay se decida en ese sentido”*³.

La desprotección de las personas con discapacidad psicosocial frente a la vulneración de sus derechos humanos constituye uno de los problemas más importantes en el campo de la salud mental en el país.

Resulta especialmente crítica la persistencia del modelo de aislamiento mediante internaciones prolongadas en instituciones totales, que a la fecha afecta a más de 1.000 personas.

En la investigación epidemiológica histórica sobre la internación y el asilo mental, que comenzó en nuestro país a mediados de los años 90', la primera concentración significativa de personas con padecimientos mentales se completa en 1879 en el “Asilo de Dementes”, con 348 personas, con una tasa de asilados de 6 o/000 habitantes.

² Los antecedentes y datos históricos detallados corresponden a la publicación “Cien años de la Colonia Etchepare” Versión corregida y actualizada del artículo “Noventa años de la Colonia Etchepare” de Margarita Arduino y Ángel Ginés, publicado en la Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol 66 N° 2: 119-127; diciembre, 2002.

[una_mirada_sobre_la_colonia_etchepare_que_cumple_100_años%20\(2\).pdf](#)

³ Chanoit, P. Informe sobre Salud Mental en Uruguay. OMS / OPS, 1966.



El Hospital Vilardebó, previsto en 1880 para 700 camas, superó en una década las 1.000 personas (casi 12 o/000) y en 1910, albergó 1500 personas (14 o/000).

A partir de 1912, por la creciente demanda de “asilo”, se abrió la “Colonia de Alienados”, actual CEREMOS, en el Departamento de San José, que sumada al Hospital Vilardebó vieron elevar el número de asilados hasta cerca de 5.000 personas a mitad del siglo, con tasa próxima al 19 o/000.⁴

Actualmente la “tasa de asilo” resulta similar a los niveles de la época de arranque del “modelo asilar”

La INDDHH en el marco de sus cometidos y facultades de promover y proteger los derechos humanos ha sido enfática en diferentes oportunidades en señalar la necesidad de aplicar las normativas y estándares internacionales, con el fin de consagrar efectivamente el ejercicio del derecho a la salud mental, como un componente integral del derecho humano a la salud.

Lo ha sido también en lo que refiere a la producción de subjetividades aisladas y los efectos de segregación, estigma y deterioro de las capacidades sociales y cognitivas que generan en las personas, la vida tutelada y otras formas de confinamiento, propias de las estructuras asilares y monovalentes, de las cuales las ex Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi han sido durante más de un siglo sus más claros exponentes.

VII.- Proyecto de Centro

En agosto del año 2015, se produjo un relevo en la dirección de las Colonias, asumiendo como Director el Dr. Federico Sacchi. Previo a este cambio se habían sucedido denuncias vinculadas a las condiciones de vida de personas internadas, así como a la muerte de un paciente que fuera atacado por perros en la ex Colonia Etchepare.

En la visita del 28 de Diciembre de 2016, el equipo del MNP mantuvo una entrevista con el Equipo de Dirección conformado en ese momento por el Dr. Sacchi y el adjunto de la dirección Lic. en Enfermería Héctor Rosso. La Subdirectora, Dra. Graciela Martínez se incorporó en el mes de enero de 2017.

En la entrevista con las autoridades se presentaron algunos puntos referidos al Proyecto de Centro que se comenzara a implementar en CE.RE.MO.S.

1. Si bien se manifestó que el proceso de reestructura de las Colonias se habría iniciado en el año 2006 con el Plan Director de Restauración que permitió, a través de la “Comisión Honoraria de Administración y Ejecución de Obras”, la remodelación de varios pabellones (17, 18, 25, 26 y 27 de Colonia Etchepare), obras de saneamiento e iluminación perimetral, cambios en el sistema de distribución de comida e identificación de más de 100 residentes cuya identidad se desconocía; se consideró la necesidad de llevar adelante una reestructura que permitiera trascender el modelo asilar para trabajar desde un modelo centrado en la persona, y desde una perspectiva en la cual se reconozca el potencial de todos/as los pacientes para mejorar, planteándose la departamentalización como estrategia.

⁴ Ginés, A. Desarrollo y Estado Actual de la Psiquiatría en el Uruguay.
<http://www.sitiomedico.org/artnac/2000/09/04.htm>



2. Se definió iniciar el proceso de reestructura por los Pabellones, como forma de acercar los recursos humanos y materiales a los mismos, planteándose como primera etapa de trabajo, el implementar en cada Pabellón una propuesta de vida cotidiana. En este marco se realizó una reestructura en el **Departamento de Enfermería**, que implicó una redefinición de roles y de las tareas del personal. Se definió un licenciado de enfermería operativo, dedicado a cada pabellón. De acuerdo a lo manifestado se apuntaría a que el enfermero “vuelva a ser enfermero” y a diseñar planes de cuidado⁵. En la reestructura se definió también la presencia de un nurse supervisor/a, en el Departamento de Enfermería las 24horas los 7 días de la semana. Se apunta a que haya un/a nurse en cada pabellón, si bien todavía no todos los pabellones están cubiertos. Se planteó también, que hay deficiencia de personal, y se busca rearmar con el personal existente, previendo algunos ingresos. Entre los ingresos se menciona que en la semana siguiente al día de la entrevista ingresarían 11 enfermeras/os y 4 Licenciadas/os en enfermería.
3. Se aspiraba que a fin del año 2017 se implementara un **Departamento de Rehabilitación**, que cuente con una dirección técnica y programas de rehabilitación definidos. Se estarían incorporando elementos de rehabilitación, con una propuesta interpabellones, centrada en el cotidiano, en las pautas de higiene. Se apuesta a que cada pabellón se convierta en un hogar y que los residentes puedan tomar decisiones en conjunto. Al respecto se señaló la puesta en marcha de un “Proyecto piloto de Rehabilitación” desarrollado en los Pabellones 27 y 6, en los cuales se aborda el cotidiano como estrategia terapéutica. La siguiente etapa apuntaría a generar un equipo de trabajo entre psiquiatra, médico y nurse que delinee un proyecto para cada pabellón. Si bien el mismo se estaría comenzando a implementar, se planteó que resulta difícil generar el trabajo en conjunto, en la medida que se reproduce el modelo hospitalario, en el cual el médico atiende y deja las indicaciones para el/la Licenciada/o en enfermería.
4. Respecto a la situación de las jaurías de perros, que generaron graves situaciones hasta el año 2015, se expresó que los animales casi se encuentran erradicados del predio. Se construyeron 8 caniles en el Sector Santín Carlos Rossi (FOTO 18), se ha profundizado la coordinación con la Comisión de Tenencia Responsable y Bienestar Animal (COTRYBA) y se elaboró un “Protocolo de acción frente al avistamiento del animal”.
5. Se han elaborado también otros Protocolos: “Protocolo de conteo de internos/as”, que habría permitido disminuir las salidas (“Fugas”) de los internos/as sin acompañamiento, “Protocolo de vigilancia”, “Protocolo de contención de pacientes

⁵ Ver: Ley Nº 18.815 Profesión de Enfermería - Reglamentación



con agitación psicomotriz” y “Protocolo de Visitas” (Estos dos últimos son remitidos por CE.RE.MO.S.).

6. Se planteó la instalación de una “Comisión de seguridad del paciente y error médico” y un “Comité de Ética Institucional”.
7. Se realizó un proyecto de alta dependencia, y se reformó un espacio dedicado al mismo. La mitad de ese nuevo pabellón fue inaugurado la semana anterior a la visita de diciembre de 2016, el otro se encontraba en reforma. Se trata de un pabellón mixto, donde se trasladarían residentes con altos grados de dependencia del cuidado, y que comparten sala con otras personas que no requieren tantas ayudas, por lo cual en esas condiciones actualmente no pueden ser atendidos con los requerimientos necesarios.
8. Se estaba construyendo un área de cocina y lavadero nuevo, con la idea de centralizar estos servicios y que se encuentren más cerca de los Pabellones. En el futuro se piensa que sirvan también para vender servicios, y como centro de capacitación laboral.

VIII.- Población Atendida

Al momento de la visita del 30 de Junio de 2017, se encontraban alojadas en CE.RE.MO.S 724 personas, 343 en el Sector Etchepare y 381 en el Sector Santín Carlos Rossi.

De ellas 251 eran mujeres, 105 en el Sector Etchepare y 146 en el Sector Santín y 473 varones, 238 en Sector Etchepare y 235 en el Sector Santín

La población de CE.RE.MO.S. se compone, en su mayoría por personas de avanzada edad, provenientes de medios socioeconómicos bajos y con diferentes padecimientos mentales diagnosticados como “crónicos” (esquizofrenia, demencias y discapacidades intelectuales clasificadas como severas).

El promedio de años de permanencia en la institución es de 19 años, para aquellas personas internadas sin derivación judicial y de 10 años para aquellas personas derivadas por el Poder Judicial⁶.

La disposición de las personas en CE.RE.MO.S es en la modalidad de pabellones —distribución propia del modelo asilar de instituciones psiquiátricas, 19 en total, 10 de ellos dispuestos en el Sector Santín Carlos Rossi y 9 en el Sector Etchepare.

Algunos de estos pabellones alojan a más de 70 personas. Tal es el caso de los Pabellones 26 de mujeres y 27 y 28 de varones de Etchepare, y el Pabellón 4 de Santín Carlos Rossi.

⁶ De acuerdo a los datos proporcionados por la Oficina de Estadísticas del Centro: Promedio de años en la Institución al 31/12/16.



De acuerdo a la información brindada por la Oficina de admisión de CE.RE.MO.S. la distribución en el Centro al momento de la visita era la siguiente:

SECTOR ETCHEPARE Pabellón	Total de pacientes	Plazas disponibles
5	28	3
10	28	0
17	21	1
18	22	0
25 Femenino	8	0
25 Masculino	4	0
26 Femenino	71	4
27 Masculino	70	0
28 Masculino	73	2
UMQ ⁷ (F)	4	0
UMQ (M)	4	0
Total mujeres	105	10
Total varones	238	
Total	343	

SECTOR SANTIN CARLOS ROSSI Pabellón	Total de pacientes	Plazas disponibles
1 Femenino	40	0
2 Masculino	49	1
4 Masculino	76	0
6 Femenino	32	1
7 Femenino	37	2
8 Femenino	28	1
9 Masculino	50	0
24 Masculino	12	0
29 Masculino	24	0
30 Masculino	24	0
Enfermería (F)	9	0
Enfermería (M)	9	0
Total mujeres	146	3
Total varones	235	1
Total	381	5

TOTAL SECTOR ETCHEPARE	343	Plazas disponibles: 10
TOTAL SECTOR SANTIN CARLOS ROSSI	381	Plazas disponibles: 5
Total CEREMOS	724	Plazas disponibles: 15

⁷ Unidad Médico Quirúrgica (UMQ)



El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y el Subcomité de las Naciones Unidas para la Prevención de la Tortura aceptan, como último recurso, la internación involuntaria de personas por razones de salud mental, siempre que el procedimiento de privación de libertad incluya garantías jurídicas que permitan prevenir detenciones arbitrarias y prevea recursos en caso de abuso.

Por su parte, la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD)⁸, aprobada en nuestro país por Ley N° 18.418 de 20 de noviembre de 2008, prohíbe sin excepciones toda privación de libertad basada en la discapacidad (CDPD - artículo 14).

El Comité sobre los Derechos de las personas con discapacidad interpretó el artículo 14 de la CDPD como una prohibición absoluta del internamiento basado en la discapacidad (existente o aparente) y considera que todo internamiento basado en la discapacidad constituye una forma de detención arbitraria⁹.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en oportunidad de ser examinado el Estado Uruguayo en Agosto del año 2016 sobre el cumplimiento de las obligaciones emanadas de la CDPD, observó la situación *“(...) de las personas con discapacidad institucionalizadas en hospitales psiquiátricos u otro tipo de centros residenciales de larga estadía, por motivo de su discapacidad, sin el consentimiento libre e informado de la persona afectada, y particularmente de niñas y niños con discapacidad en situación de abandono, siendo ésta la razón de su institucionalización”*. En este sentido se instó al Uruguay a que *“(...) prohíba la institucionalización forzada por motivo de la discapacidad y adopte medidas para abolir la práctica de internamiento u hospitalización no consentido.”*

Como se planteara anteriormente las personas han permanecido promedialmente más de 10 años en la institución; el promedio de años de internación es de 10 años para el caso de pacientes internados por disposición judicial y de 19 para quienes no han sido derivados por el Poder Judicial.

CE.RE.MO.S cuenta con un Programa de Egreso que funciona a través de Médico Psiquiatra, Psicóloga, Lic. en Trabajo Social y administrativo.

El egreso podría darse a una casa de salud o a una “casa de familia”, biológica o sustituta. 130 personas (76 varones y 54 mujeres), se encuentran en este Programa.

Durante el pasado año 2016 se habrían registrado un total de 82 egresos (60 varones y 22 mujeres). Es de gran preocupación para el MNP que el 50% de los calificados como “egresos” se traten en realidad de bajas por defunciones (28 varones y 13 mujeres).

Si bien inicialmente el Proyecto de Ley de Salud Mental, en consonancia con el compromiso asumido por Uruguay con la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece el cierre

⁸ Adoptada en diciembre de 2006, ratificada por 170 Estados, y en vigor desde el año 2008, fue aprobada en nuestro país por Ley N° 18.418 de 20 de noviembre de 2008. Asimismo, el 10 de febrero de 2010 se aprueba la Ley N° 18.651, de Protección Integral de Personas con Discapacidad, y el 15 de julio de 2011, la Ley N° 18.776 de adhesión de la República al Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

⁹ CDPD, Líneas directrices relativas al derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad, 2015.



de las instituciones asilares y monovalentes en el continente para el año 2020, preveía para ese año el cierre de las colonias psiquiátricas, la Ley de Salud Mental aprobada el 19 de setiembre de este año (Ley N° 19.529) establece el cierre definitivo de las colonias psiquiátricas para el año 2025.

No obstante haber pospuesto el plazo de cierre, preocupa al MNP que el número de personas que a la fecha permanecen en las Colonias, los escasos egresos anuales y los efectos desocializantes que la institucionalización excesiva conlleva, entre ellos, el alejamiento de la familia y las dificultades de inserción en la comunidad, ofician como obstáculos para alcanzar este objetivo.

Al respecto, cabe también destacar la prolongada incidencia de las Colonias psiquiátricas en la actividad laboral y en la vida económica y social de las poblaciones de Santa Lucía, 25 de agosto, Villa Ituzaingó y Pueblo Nuevo, tanto en lo que refiere a personas que desarrollan funciones en las Colonias, como en aquellas que desarrollan en el predio una actividad de “feria”, como en la confluencia en poblados maragatos de pacientes de los Programas de Egreso, “Asistencia Familiar” y “Hogares Sustitutos” derivados de las mismas. Esta variable debe ser considerada como un posible factor de resistencia a la hora de establecer el Plan de cierre progresivo de las Colonias.

IX.- Condiciones locativas

- Espacios al aire libre

Dada la extensión de los predios de más de 350 hectáreas, ocupados por ambos Sectores, los espacios al aire libre son amplios. En visitas previas realizadas por el MNP, si bien la zona circundante a los pabellones se encontraba despejada de maleza, el resto del predio carecía de la limpieza adecuada. En la última visita se constató una mayor extensión de terreno despejado. (Foto 1)

Las personas que tienen libertad de movimiento, pueden acceder a cualquier parte del predio. Si bien se cuenta con funcionarios destinados a la seguridad, esta no resulta suficiente para el control permanente de todo el predio, lo cual ha sido en buena medida lo que ocasionara por una parte, los dolorosos hechos relacionados con heridas y muerte de pacientes por ataque y mordedura de perros, y por otra, que pacientes hayan sido atropellados en la carretera de Ruta 11¹⁰.

Pese a que las autoridades manifestaron haber establecido un Protocolo de vigilancia, los recursos humanos para realizar esta tarea continúan siendo insuficientes.

El Sector de Vigilancia se compone de 60 funcionarios organizados en 4 turnos; el turno de 6 a 12 AM cuenta con 15 funcionarios, el turno de 12 a 18hs. con 16 funcionarios, el de 16 a 22hs. con 13 y el de 22 a 6 hs. con 16.

Según lo manifestado al MNP por funcionarios/as del Centro, si bien se habría incrementado el personal de seguridad destinado al control perimetral e interno de las Colonias, el mismo sigue siendo escaso para cubrir todas las necesidades de manera efectiva.

¹⁰ El 13 de julio de 2016 un paciente de la Colonia Santín Carlos Rossi perdió la vida tras ser atropellado por un camión. Había ingresado a la Colonia a los 19 años de edad y murió a los 63.



- **Infraestructura**

Los edificios destinados a la Dirección y administración, educación y rehabilitación, y servicio de urgencia están reciclados.

Los Sectores Etchepare y Santín Carlos Rossi cuentan al momento de la visita del presente año con 9 y 10 pabellones respectivamente, habiéndose dado cumplimiento en mayo de 2015 a la resolución judicial que dispuso el cierre del pabellón 24 (Seguridad) y habilitado el Pabellón “J” (24) de la Colonia Santín Carlos Rossi de forma definitiva.

Se trata de un edificio menos añoso, que si bien en un inicio fuera reciclado para otros fines, fue reacondicionado para los fines actuales. No obstante ello desde la recorrida realizada por el MNP, previo a su ocupación, se constataron insuficiencias relativas a la seguridad de los distintos actores implicados, así como algunas deficiencias en cuanto a la construcción. Estas últimas a la fecha de la última visita se ven reflejadas en los espacios destinados a dormitorio y duchas (FOTOS 7 y 10) así como en el comedor donde pudieron observarse deterioros importantes en la mesada y en el piso. (FOTOS 8 y 9).

Las condiciones edilicias de los pabellones son disímiles, no obstante se aprecia que todos tienen suministro eléctrico y agua potable provista por OSE y acondicionamiento térmico en base a aire acondicionado y calefactores eléctricos.

Se accede al agua caliente con calefones o calderas, si bien en el Pabellón 26 – femenino, en donde se instalaron paneles solares hace pocos años atrás, los mismos no cumplen la función para la que fueron previstos, por lo cual el agua caliente proviene de calefones que no proveen suficiente agua para 71 internas¹¹ (FOTO 12).

El agua caliente de las duchas del ala derecha del pabellón se suministra por una sola ducha y a través de una manguera (FOTO 11)

Los alojamientos que presentan mejores condiciones de habitabilidad son los pabellones – “modelo” 17 y 18 (masculino y femenino, respectivamente), inaugurados en el año 2007 y destinados a personas que están en condiciones de egresar (Rehabilitación y Pre – egreso). Ambos cuentan con espacios de rehabilitación y condiciones de privacidad diferentes a las de los restantes pabellones: el 17 alberga a 21 personas y 22 personas el 18, alojadas de a dos en módulos divididos por mamparas.

El resto de los pabellones, dadas las características añosas de las construcciones que hacen al deterioro natural de los edificios, sumados a una higiene deficiente, llevan a que se cuestione su viabilidad habitacional, haciéndose necesario su reacondicionamiento.

La absoluta falta de privacidad a la cual se ven expuestas las personas alojadas en pabellones, constituye un factor de riesgo de malos tratos y violencia interpersonal. La misma atenta gravemente contra el derecho a la intimidad y contra la integridad física y psíquica de las personas alojadas en espacios físicos que los exponen permanentemente a las miradas de

¹¹ El sistema de acondicionamiento térmico para el calentamiento del agua de las duchas mediante paneles solares también se implementó en los pabellones 27 y 28 de Etchepare y 8 de Santín presentando las mismas deficiencias.



otros/as y a una convivencia forzada con personas que transitan por distintas situaciones de padecimientos mentales.

En la visita realizada el 28/12/16, el Equipo del MNP recorrió las instalaciones del Pabellón 11 del Sector Etchepare, cuya primera etapa de remodelación había sido recientemente inaugurada. Dicho pabellón de “alta dependencia”, destinado a personas con diferentes discapacidades físicas (“dependientes”), consta de 18 camas y está equipado con todos los elementos necesarios para brindar los apoyos necesarios a las personas residentes. En la visita realizada en junio del presente año dicho Pabellón continuaba desocupado, manifestándose por parte del Equipo de Dirección, lo cual fuera reafirmado por las autoridades de ASSE, dificultades para la asignación de personal sin tener que afectar a otros Pabellones. (FOTOS 14 y 15).

Con referencia al realojo de personas establecido por la resolución judicial del 28 de marzo de 2015, si bien en la visita realizada el 3 de Julio de 2015, 57 pacientes de los Pabellones 29 y 30 habían sido trasladados a la Unidad Médico Quirúrgica (UMQ), ubicada en el mismo predio de la Colonia Etchepare (FOTOS 3 y 4), en las visitas del 28 de Diciembre de 2016 se constató que los mismos habían debido ser reubicados en dos pabellones de Santín Carlos Rossi, debido a que en los que habían sido realojados en el Sector Etchepare a partir de la sentencia judicial, el saneamiento habría “colapsado”.

En la visita del 30 de junio de 2017, 48 pacientes permanecían en el Sector Santín Carlos Rossi, en Pabellones cuyas condiciones edilicias, si bien no detentaban las inaceptables características de los Pabellones que motivaran que la jueza del Departamento de San José Viviana Granese señalara en su Sentencia Judicial que los pacientes se encontraban allí “(...) en situación de riesgo físico, mental, carentes de una protección integral de su salud, así como vulnerados en sus derechos humanos”, no cuentan con las condiciones para albergar personas con discapacidades, más aún personas que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, al haber vivido hasta el mes de abril del año 2015 en condiciones vulneradoras de sus derechos humanos, haber sufrido un traslado global dentro de la Colonia Etchepare (de un lugar que si bien en pésimas condiciones había sido habitado por los mismos durante muchos años), y haber experimentado un nuevo traslado (a Santín Carlos Rossi), a raíz de que colapsara el saneamiento.

La coexistencia en una misma institución de edificaciones, condiciones edilicias y condiciones de vida características disímiles, parecería ser una particularidad de este tipo de estructura asilar.

- **Cocina**

CE.RE.MO.S. cuenta con una cocina central donde se preparan los alimentos. La edificación, es muy vetusta, apreciándose a simple vista la necesidad de reparaciones. El equipamiento parece apropiado y suficiente para la tarea que se realiza. El personal se encuentra uniformado y mantiene las normas de higiene requeridas para el cumplimiento de su labor.

- **Lavadero**

En el lavadero central se realiza el lavado y secado de la ropa personal y de cama de los internos. El Centro cuenta con tendedores cubiertos y al aire libre. La planta física, al igual que muchas otras instalaciones, es añosa y necesita reparaciones. Igual situación se plantea para la



maquinaria utilizada. Con fondos de la Oficina de Cooperación de Defensa de la Embajada de los Estados Unidos y el apoyo de la Embajada de Japón se encuentra en construcción un nuevo lavadero el cual se aspira pueda officiar también como centro de capacitación laboral.

- **Mantenimiento general y mantenimiento del predio.**

Contando carpinteros, albañiles, sanitarios, electricistas, herrería, fumigación, choferes, mantenimiento del predio y recolección de residuos, hay un total de 50 funcionarios destinados distribuidos en los turnos matutino (44 funcionarios), vespertino (4 funcionarios), nocturno (1) y con tiempo prolongado (1). 31 corresponden al Sector Etchepare y 19 al Santín Carlos Rossi.

Tal como se aprecia, en cuanto a las dimensiones de los predios, la antigüedad de las construcciones y la información recabada de las autoridades, el personal de mantenimiento resulta insuficiente, así como también los recursos económicos para hacer frente a las refacciones y el mantenimiento completo de las instalaciones. El tratamiento de residuos se realiza a través de una empresa contratada a tal fin.

- **Seguridad**

En la cocina general se cuenta con habilitación de la Dirección Nacional de Bomberos, habiéndose reforzado la colocación de extintores en áreas tales como el lavadero, lencería, área de abastecimiento y servicios asistenciales.

X.- Personal

- **Cantidad de personal técnico y no técnico por turnos**

El día de la visita del 30 de junio se desempeñaban en la Unidad 720 funcionarios/as. El personal cubre 3 turnos de trabajo. En el matutino se desempeñaban 55 administrativos, 5 auxiliares de farmacia, 1 auxiliar de laboratorio, 2 auxiliares de registros médicos, 78 auxiliares de enfermería y 114 auxiliares de servicio, en el vespertino, 2 administrativos, 3 auxiliares de farmacia, 1 auxiliar de laboratorio 50 auxiliares de enfermería y 52 auxiliares de servicio, a 32 auxiliares de servicio, y en el nocturno 62 auxiliares de enfermería y 34 auxiliares de servicio.

El Equipo Técnico se encuentra constituido por 1 Contadora, 1 Coordinadora Psiquiatra, un Coordinador de Medicina General, 8 Licenciadas en Enfermería (la Nurse Jefa y 7 Nurses Supervisoras), 4 Licenciadas en Nutrición, 2 Jefes de Laboratorio, 2 Odontólogos y un Químico Farmacéutico.

Se integra también por una abogada, 11 trabajadoras/es sociales y 5 psicólogas, 18 licenciados en enfermería, 33 médicos de medicina general, 1 cardiólogo, 1 fisiatra y 23 psiquiatras.

Si bien comparativamente a los años anteriores, se habría producido un incremento del personal¹², en el análisis realizado por el equipo de dirección se visualiza como necesario para

¹² En la visita realizada a las Colonias en julio del año 2015, en el turno matutino se desempeñaban 50 administrativos, 4 auxiliares de farmacia, 1 auxiliar de laboratorio, 2 auxiliares de registro médico63



el Centro una mayor cantidad de personal, tanto aquel destinado a trato directo, como en los equipos técnicos, mencionando especialmente la necesidad de psicólogos/as y trabajadores/as sociales.

Cabe señalar que, por ejemplo, las 5 psicólogas realizan asistencia externa, no contándose con un proyecto de abordaje psico-social para las personas internadas.

- Condiciones de trabajo

Las condiciones generales del Centro, afectan también al personal en cuanto a la calidad de atención que se puede brindar, impactando fundamentalmente en las personas que trabajan en trato directo con la población internada.

En las visitas realizadas en los años 2013 y 2015¹³, se constató en varios pabellones de la Colonia Etchepare, la presencia de una sola funcionaria (auxiliar de enfermería) para atender a todos los pacientes allí alojados, así como realizar la limpieza de las salas.

En la visita realizada el presente año se pudo apreciar la presencia de Licenciados/as de Enfermería operativos en los pabellones visitados, lo que daría cuenta del nuevo modelo de trabajo proyectado por las actuales autoridades.

En cuanto la capacitación y formación especializada para los funcionarios/as, si bien en las visitas exploratorias realizadas en el año 2015 no se registraron ofertas de capacitación por parte de ASSE u otro organismo estatal o privado, en la última visita realizada tanto autoridades como funcionarios/as expresaron que desde agosto de 2016 se estaban desarrollando instancias mensuales de capacitación, entre ellas sobre conocimiento y aplicación de protocolos.

Se manifestó asimismo que, desde el mes de abril se había conformado una Comisión Bipartita integrada por trabajadores/as y representantes de la Dirección, señalándose a su vez que se

enfermeros/as y 78 auxiliares de servicio, en el vespertino 50 enfermeros/as y 32 auxiliares de servicio, y en el nocturno 36 enfermeros/as y 26 auxiliares de servicio.

Por otro lado, en la Colonia Santín Carlos Rossi, los turnos eran cubiertos por 30 enfermeros/as y 26 auxiliares de servicio en el turno matutino, 31 enfermeros/as y 21 auxiliares de servicio en el turno vespertino, y 21 enfermeros/as y 14 auxiliares de servicio en el turno matutino.

¹³ En la visita de la INDDHH de julio del año 2015, en la Colonia Etchepare el personal cubría 3 turnos de trabajo, desempeñándose en el matutino 63 enfermeros/as y 78 auxiliares de servicio, en el vespertino 50 enfermeros/as y 32 auxiliares de servicio, y en el nocturno 36 enfermeros/as y 26 auxiliares de servicio. Por otro lado, en la Colonia Santín Carlos Rossi, los turnos era cubiertos por 30 enfermeros/as y 26 auxiliares de servicio en el turno matutino, 31 enfermeros/as y 21 auxiliares de servicio en el turno vespertino, y 21 enfermeros/as y 14 auxiliares de servicio en el turno matutino. Para esa fecha se registraba un importante ausentismo mensual de funcionarios/as, en ocasiones hasta del 40% de los funcionarios/as en planilla, fundamentalmente vinculado a razones de salud mental y desgaste debido a las condiciones laborales.



había contratado un técnico prevencionista a efectos de poder elaborar un plan de acción en materia de salud laboral.

XI. Cuidados cotidianos

- Alimentación

Se brindan 4 comidas desayuno, almuerzo, merienda y cena, a las 8:00, a las 12:00, a las 16:00 y a las 19:30 horas respectivamente, contándose con personal a cargo de la elaboración de los alimentos y supervisión de nutricionistas y una jefa de nutricionistas.

De acuerdo a lo manifestado, se brinda un menú general y uno especial para pacientes con patologías que así lo requieren (hipertensos, regímenes blandos, diabéticos, etc.); estos menús son estacionales. Para pacientes adelgazados se elaboraran complementos nutricionales y se preparan colaciones nocturnas para pacientes diabéticos. Para la distribución de las comidas se utilizan contenedores isotérmicos con bandejas de acero inoxidable y se utilizan vehículos de uso exclusivo del Departamento de Alimentación.

- Atención médica y psicosocial

En lo que refiere al tratamiento de las personas con discapacidades psicosociales, los “Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental” (Principios EM) establecen que:

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.

2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado (...)”(Principio 9 - Tratamiento), Principios EM)¹⁴

CE.RE.MO.S. cuenta con una policlínica orientada al primer nivel de complejidad para el tratamiento tanto de pacientes internos como de la población de los centros urbanos y rurales de los alrededores. También se cuenta con sala de emergencia para la atención tanto interna como externa.

Las personas internadas reciben atención psiquiátrica a través de los médicos tratantes asignados a cada uno de los pabellones. Se brinda atención odontológica completa para los pacientes, contándose también con laboratorio y servicio de rayos X. No se observa sin embargo un abordaje interdisciplinario, ni se construyen junto a los pacientes Proyectos de Intervención Psicosocial y de Rehabilitación personalizados.

¹⁴ Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991



- Vestimenta

Cada paciente puede utilizar su ropa propia, ya sea suministrada por su familia o bien adquirida en las ferias que se realizan los días martes y miércoles dentro del predio del Centro o compradas durante sus salidas autorizadas.

Dependiendo del tipo de pabellón cada paciente posee una cama, disponibilidad de roperos, mesas de noche u otro tipo de mobiliario. En algunos de los pabellones visitados este equipamiento se encuentra deteriorado.

Se observa también que en aquellos pabellones que alojan un gran número de personas la ropa se guarda amontonada en placares de grandes dimensiones y sin que pueda individualizarse de quiénes son esas pertenencias. (FOTO 13)

XII- Estrategias individuales

- Ingresos

Por disposición de la Dirección de Salud Mental de ASSE y por orden escrita de la anterior Dirección de la Colonia, desde el 6 de abril de 2015 sólo se reciben ingresos por disposición judicial. El MNP valora especialmente esta disposición que considera va en consonancia con la decisión de cierre, con desinstitucionalización progresiva de la población residente, de las estructuras asilares y monovalentes, plasmada en la Ley Nº 19.529.

Cabe sin embargo señalar que la institución no dispone de cupos reservados específicamente para personas derivadas por el Poder Judicial, distribuyéndose en los distintos Pabellones del Centro: Pabellón 1 - 3 mujeres; Pabellón 2 - 4 varones; Pabellón 4 – 4 varones; Pabellón 5 – 11 varones dependientes; Pabellón 6 – 5 mujeres; Pabellón 7 – 1 mujer; Pabellón 8 – 2 mujeres; Pabellón 9 – 7 varones; Pabellón 10 – 21 varones; Pabellón 17 – 10 varones; Pabellón 18 – 6 mujeres; Pabellón 24 – 11 varones (contención); Pabellón 25 - 1 (Mixto); Pabellón 26 – 30 mujeres; Pabellón 27 – 36 varones; Pabellón 28 – 34 varones; Pabellón 29 – 11 varones; Pabellón 30 – 16 varones.¹⁵

Las personas ingresadas por orden judicial son examinadas por médico general y psiquiatra, dejando constancia en su historia clínica y comunicando a la sede judicial en caso de realizar hallazgos que consideran relevantes. Se recibe a la persona, se procesa su documentación y el área de servicio social se encarga de completar la información que pueda faltar. Asimismo, durante la internación se informa sobre las evaluaciones realizadas y las posibilidades de egreso, como también se realizan informes para solicitar autorización para salidas especiales.

En cuanto al resto de los pacientes, las autorizaciones son dadas por la Dirección previo informe de psiquiatra tratante.

¹⁵ Datos al 13/1/17 aportados por la Of. de Admisión y Of. de Jurídica de CEREMOS



- Régimen de internación

Los pacientes sostienen un régimen de internación de 24 horas.

En general la distribución de los pacientes en los Pabellones se realiza de acuerdo a los criterios de “género, nivel de dependencia, nivel de riesgo y situación psiquiátrica”.

El MNP considera que estos criterios no resultan apropiados para garantizar los derechos de los pacientes. Esta categorización de carácter homogenizante, no solamente acrecentaría la cronificación de las situaciones, sino que no aportaría en la línea de un análisis singular que, tomando en consideración las necesidades específicas etáreas y de género, identifique las potencialidades, dificultades, barreras y apoyos necesarios para el desarrollo de la autoestima, la dignidad y la autonomía de cada una de las personas allí alojadas.

En este sentido, el MNP no pudo visualizar un enfoque de género en las intervenciones realizadas por el Centro.

En los pabellones se cuenta con servicio de televisión por cable. Dependiendo del pabellón pueden también utilizar radio, celulares y computadoras. Todas las personas internadas tienen posibilidad de acceder a telefonía fija. Las personas internadas reciben por parte de la Institución prendas de vestir, ropa de cama, frazadas, toallas y elementos de higiene.

Los médicos tratantes en aquellos casos que estiman conveniente y productivo para la rehabilitación autorizan salidas a la ciudad de Santa Lucía en compañía de personal de rehabilitación. En estas salidas las personas pueden hacer compras y paseos por la ciudad.

Semanalmente se realiza dentro del predio de CE.RE.MO.S. una feria en la cual comerciantes de la zona concurren a vender distintos productos. Asimismo durante varios años la institución habilitó el funcionamiento de una cantina, donde aquellos pacientes que poseen pensión del Estado podían comprar provisiones (artículos de higiene, alimentos, yerba, pilas, entre otros).

En las entrevistas realizadas a los internos/as, el Equipo del MNP pudo detectar que el funcionamiento y manejo de dicho emprendimiento no siempre ayudaba a proveer a las personas de los apoyos necesarios para el desarrollo de capacidades que potenciaran su autonomía personal y necesidades de autocuidado, ni contribuía a una mejor organización de sus recursos económicos.

Respecto del control de estos emprendimientos impulsados en el marco del Centro por particulares las actuales autoridades plantearon que, en lo que refiere a la feria, se ha establecido un monto fijo de gastos por paciente, que los gastos se manejan a través de una planilla y no con dinero y que los comerciantes deben contar con las habilitaciones correspondientes y ofrecer tarifas acordes.

A su vez manifiestan que se habría finalizado el pliego de licitación para llevar adelante un nuevo modelo de cantina.



- Educación, recreación y rehabilitación

CE.RE.MO.S. cuenta con una edificación remodelada ubicada en el Sector Etchepare y destinada a Centro Educativo de la institución. En el Centro Educativo opera una Radio Educativa de alcance regional y los usuarios/as pueden acceder a Internet. Funciona asimismo una escuela dependiente de ANEP orientada al aprendizaje de lectura y escritura. (FOTOS 16 y 17).

En convenio con ANTEL en el año 2015 se implementó un taller de computación llamado "Centro Casi", donde se brindan cursos básicos por parte de UTU. También se realizan talleres de pintura, de artes plásticas y de cerámica. La actividad física se centra en caminatas, gimnasia y deportes (fútbol).

El Equipo de Rehabilitación del Centro trabaja con el personal de trato directo para seleccionar aquellas personas que se encuentran en condiciones de abordar actividades educativas, talleres, actividades físicas y salidas de recreación.

Este sector también trabaja en la selección de las personas que concurren a diferentes paseos planificados: Termas de Guaviyú, Complejo Vacacional de OSE y actividades recreativas y culturales, como espectáculos de carnaval y salidas para realizar festejos de cumpleaños.

No se observó sin embargo un trabajo interdisciplinario sistemático y planificado que apunte a la construcción, junto a los pacientes de Proyectos de Intervención Psicosocial y de Rehabilitación personalizados. Muchos de los internos/as, dependiendo de su discapacidad mental, no acceden a estas actividades. En las visitas realizadas no se registraron pacientes realizando algunas de las actividades descritas. La mayoría de las personas se encontraban deambulando, sentados en las cercanías del Pabellón, o permanecían en las Salas frente a un aparato de televisión o acostados/as en sus camas.

- Contacto con el mundo exterior

El régimen de visita para familiares o referentes es diario (en el horario de 8:00 a 18:00 horas) amplio en cuanto a días y horarios. Tanto familiares como referentes pueden concurrir sin previo aviso.

El Protocolo de Visitas elaborado por las actuales autoridades establece que el equipo de cada Pabellón *"(...) deberá propiciar el espacio adecuado para el normal desarrollo de la visita; brindando el apoyo y la atención que esta instancia amerita, a los efectos de fortalecer el rol de la familia y amigos de las personas internadas"*

Para el traslado de los referentes familiares el Centro proporciona un ómnibus que sale en la mañana desde Montevideo y regresa en la tarde.

No obstante ello, de acuerdo a lo informado y a lo observado por el MNP, resultan muy pocas las personas que son visitadas por familiares o personas referentes con asiduidad, estimándose que reciben visitas aproximadamente un 14% de las personas internadas.

Si bien los referentes familiares, en la medida en que se apropian del problema, juegan un papel fundamental en la recuperación de las personas con discapacidades mentales, los



efectos estigmatizantes y segregativos que generan las internaciones prolongadas en instituciones psiquiátricas propician el desvinculo y debilitamiento de los lazos familiares.

Al respecto el MNP destaca la creación del “Espacio de referencia para familiares de personas internadas”, como una buena práctica de fortalecimiento de los vínculos familiares, llevada adelante desde el mes de mayo de 2017 en el marco del actual Proyecto de Centro.

- Protocolos de Intervención

Como forma de protección contra los malos tratos y abusos a los que pueden ser sometidas las personas usuarias de salud mental, los estándares internacionales establecen la excepcionalidad del empleo de restricciones físicas y de aislamiento en instituciones de salud mental, y la prohibición del uso de las mismas como forma de castigo.

En este sentido, en los Principios EM se dispone que:

“(…) no se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.” (Principio 11(11), Principios EM).

Al respecto, las autoridades de CE.RE.MO.S hicieron constar que el Centro no dispone de “celda de contención” o “cuarto fuerte”.

El Centro aplica terapia electroconvulsiva (TEC) bajo control médico. Más allá de la considerable controversia alrededor de la TEC, de emplearse, sólo debe administrarse previa obtención del consentimiento informado, y en su forma modificada, es decir, con el uso de anestesia y relajantes musculares¹⁶.

En julio del año 2015 el MNP visitó la sala de aplicación de la TEC y entrevistó al médico psiquiatra responsable de su administración, consultándole acerca de los criterios clínicos adoptados para la toma de decisión de prescribir la TEC, procedimiento de consentimiento informado, preparación de los pacientes, utilización del equipo y técnicas de administración.

Cabe a su vez señalar que pacientes con indicación de TEC entrevistados/as por el Equipo del MNP manifestaron percepciones e impactos negativos vinculados a dicha terapéutica.

¹⁶ “Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación Sí a la atención, no a la exclusión” (OMS - 2006).

http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf



Los criterios de actuación para manejo de pacientes y situaciones especiales deben encontrarse regladas a través de protocolos. En tal sentido, los protocolos de “contención física y mecánica en pacientes con alteración mental en estado de excitación y/o agitación” y “tratamiento de pacientes con indicación de terapia electro convulsiva”, establecen responsabilidades, procedimientos a seguir, seguimientos a realizar, duración de la aplicación de las medidas.

En las visitas realizadas en el año 2015, funcionarios/as entrevistados manifestaron no haber sido informados/as de la existencia, ni tener conocimiento del contenido de estos Protocolos, lo cual fue señalado por el MNP en entrevista con las autoridades. Cabe destacar al respecto que en la visita realizada el presente año, no solamente se presentó el “Protocolo de Contención de Pacientes con Agitación Psicomotriz”, expresándose a su vez por parte de los funcionarios/as haber participado en capacitaciones específicas referidas a contención física y mecánica.

XIII. Consideraciones finales

El MNP considera que en algunos casos es necesario profundizar en el monitoreo de CE.RE.MO.S. a efectos de poder concluir sobre aspectos que se decidió no incluir en el presente informe. Entre ellos mencionamos el análisis de la situación judicial de los pacientes declarados inimputables, la implementación de la feria en el predio del Sector Etchepare, la investigación en profundidad de las causas de muertes, la administración de las pensiones estatales de cada paciente¹⁷ y la aplicación del TEC y administración de medicación.

El MNP no realizó tampoco visitas a los pacientes externalizados, que residen en casas de familia en zonas aledañas a las Colonias.¹⁸

La lógica fundacional que sustentara la creación de las Colonias, y que persiste hasta la fecha reflejándose en la cantidad de personas internadas, sus distintas situaciones de discapacidades psicosociales, así como su distribución en 20 Pabellones construidos y remodelados en distintas épocas, el número de funcionarios/as técnicos y no técnicos, y otras características detalladas en el presente informe, requiere a la hora de llevar adelante el monitoreo de instituciones de estas características de una estrategia de abordaje progresivo e incisivo en cada uno de los múltiples factores que pueden significar un riesgo de abusos o malos tratos para las personas alojadas.

A partir del análisis de todas las variables presentadas de manera independiente, queda de manifiesto la necesidad de reformar las concepciones manejadas hasta el momento en cuanto a salud mental y políticas y prácticas institucionales predominantes destinadas a personas con sufrimientos mentales severos.

¹⁷ El 40% del dinero de las pensiones estatales se destina a solventar el Patronato del Psicópata

¹⁸ De acuerdo con ASSE, 139 personas se encuentran a cargo de 89 cuidadores en los pueblos y ciudades próximos al CE.RE.MO.S.



El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC - artículo 12.1)¹⁹, es el derecho a disponer de establecimientos, bienes y servicios y condiciones propicios para el disfrute del más alto grado posible de salud física y mental. Los Estados deben asegurar la disponibilidad de establecimientos, servicios y condiciones adecuadas para las personas con discapacidades mentales de forma que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud. Asimismo el derecho a la salud mental comprende también el ejercicio de la libertad y de los derechos fundamentales.²⁰

La centralización del sistema de salud mental en la injustificada institucionalización de personas vulnera su derecho a la salud física y mental, consagrado por el PIDESC y otras normas internacionales. Esto mismo conduce a pensar que el intento de desarrollar un nuevo paradigma basado en un enfoque de derechos humanos, mediante reestructuras enmarcadas en dispositivos manicomiales, resulta insuficiente, porque lo que no se logra en “instituciones de homogeneización o de destitución de las diferencias”, es dar cuenta de la singularidad del sufrimiento humano así como de las posibilidades efectivas de aliviarlo.

La política de internación en instituciones totales predominante hasta la fecha, no ha dado resultados significativos en cuanto al respeto de los derechos fundamentales de las personas con discapacidades psicosociales. Asimismo, el trabajo realizado para la restitución de aquellos derechos vulnerados tampoco resulta suficiente.

El mismo modelo habría producido afectaciones de magnitud tal en las personas internadas, que precisamente esos efectos desocializantes y estigmatizantes, terminarían “justificando” su permanencia en la institución.

La no aplicación de los principios de un escenario menos restrictivo de la libertad, brevedad e intervención mínima y del derecho a vivir en comunidad, convierte a la “internación” en una privación de libertad ilegítima, generalmente en condiciones de habitabilidad, convivencia e higiene que atentan contra la dignidad humana.

En este sentido, resulta alarmante que haya personas que desde los 15 años de edad, y siendo ya ancianas, se encuentren aún sin haber obtenido por parte del Estado una respuesta a su situación que no incluya la institucionalización, lo cual puede ser considerado como privaciones de libertad a las que podríamos calificar de virtualmente perpetuas, lo que queda de manifiesto por las altas tasas de fallecimientos que marcan los motivos de egreso.

Asimismo, las infraestructuras añosas, deterioradas por el simple paso del tiempo atentan directamente contra cualquier intento efectivo de rehabilitación y solo facilitan la perpetuación del modelo asilar.

¹⁹ PIDESC - Artículo 12-1: Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

²⁰ Observación general Nº 14 (2000) - El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) – Consejo Económico y Social de la ONU.



Es intención del MNP, reconocer que en términos generales, la mayoría del personal, desde el Equipo de Gestión del Centro a técnicos/as y funcionarios/as de trato directo, manifiesta el compromiso asumido con sus respectivas funciones. No obstante y a pesar de los cambios organizacionales que se están procurando, preocupan al MNP los niveles de desgaste profesional y estrés laboral provocados por el recargo del servicio y la falta de medios materiales, que en cualquiera de los casos exceden la capacidad de gestión.

Se destacan asimismo los significativos avances detectados en relación a la construcción de un Proyecto de Centro, departamentalización y conformación de equipos de trabajo, elaboración de Protocolos de actuación y capacitación del personal.

Resulta también importante señalar la acción social que se brinda desde CE.RE.MO.S. a través de la atención médica de la población que reside dentro de su zona de acción, con la policlínica de primer nivel de atención en salud.

El MNP valora la aprobación de la decisión ministerial, plasmada en el Artículo 37 de la recientemente promulgada Ley de Salud Mental²¹, de cierre, con desinstitucionalización progresiva de la población residente de las mismas, asegurando la atención de sus necesidades asistenciales en salud y en apoyos para una vida digna²².

Tal como se manifiesta en la Exposición de Motivos de la Ley, dicho artículo constituye un hito en el cambio de modelo de abordaje de salud mental. No obstante ello, resulta necesario advertir que se requiere de un esfuerzo sostenido y continuado por parte del Estado, en cuanto a su función de garante de la salud pública, a partir de la igualdad, no discriminación y respeto de los derechos humanos; de los trabajadores y profesionales en su articulación de saberes; y de la sociedad, en cuanto a modificar un imaginario que por prejuicio, indiferencia e ideales masificantes, resulta funcional al establecimiento y permanencia de instituciones totales²³ y oficia como obstáculo en el tránsito de lo sanitario a lo social, establecido en el Artículo 22 de la Ley 19.529²⁴.

Por otra parte, preocupa al MNP que el proyectado cierre de las estructuras asilares conlleve una reducción de los recursos materiales y humanos asignados a las Colonias. Por el contrario, los mismos deberán fortalecerse, realizándose los máximos esfuerzos para proporcionar a las más de 700 personas que han atravesado internaciones por demás prolongadas las más dignas condiciones de vida y los abordajes individualizados más

²¹ Ley Nº 19.529, por la que se reglamenta el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, promulgada el 24/08/2017

²² Ley 19.529 Artículo 37. (Desinstitucionalización).- Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas.

²³ Cf. con: <https://www.topia.com.ar/articulos/desmanicomializar-pasado-y-presente-de-los-manicomios>.

²⁴ Ley 19.529 Artículo 22. (Dispositivos residenciales con apoyo) - Se establecerán programas de dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, adecuando el tipo de dispositivo a la adquisición progresiva de niveles de autonomía de la persona, asegurando el tránsito de lo sanitario a lo social.



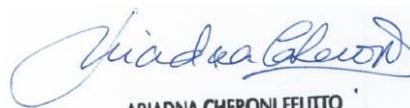
oportunos que permitan reducir el impacto de la institucionalización y garanticen los más adecuados procesos de externación asistida.

Finalmente, si bien el MNP valora la derogación de la Ley 9.581 (Ley del Psicópata) y la promulgación de la Ley 19.529 por la que se reglamenta el derecho a la protección de la salud mental, considera que la reglamentación de la misma deberá ser un paso más para asegurar efectivamente la consolidación del nuevo paradigma en salud mental.

En este sentido, el MNP también advierte acerca de la urgencia en la implementación y puesta en funcionamiento del Órgano de contralor previsto en el Capítulo VI de la Ley 19.529, así como la importancia de que se le otorguen al mismo las más óptimas condiciones para su eficaz funcionamiento y las mayores garantías de independencia de criterio y autonomía técnica.



Lic. T.S. María José Doyenart



ARIADNA CHERONI FELITTO
PSICÓLOGA - MNP
Institución Nacional de Derechos Humanos
y Defensoría del Pueblo



Dr. Álvaro Colistro



MARIANA RISSO
PSICÓLOGA - MNP
Institución Nacional de Derechos Humanos
y Defensoría del Pueblo

XIV. Recomendaciones

1) En lo que refiere a las condiciones de vida en CE.RE.MO.S el MNP recomienda:

A la Dirección del Centro:

- Extremar esfuerzos para desarrollar servicios que desarrollen la autonomía de las personas usuarias, fortaleciendo el trabajo en las áreas de salud integral, rehabilitación y egreso, orientadas hacia la efectiva promoción y protección de los derechos fundamentales de los y las pacientes internados/as:
- Implementar Programas de Rehabilitación, Educativos, Culturales y Recreativos acordes a las necesidades de los y las pacientes sin exclusión de los mismos por razones de edad, género o situaciones vinculadas a sus discapacidades mentales.
- Implementar un Programa de Salud Sexual y Reproductiva.
- Fortalecer los Equipos de Trabajo y el trabajo en equipo y continuar con el Programa de

capacitación iniciado, incluyendo en el cronograma de formación continua de funcionarios/as técnicos y no técnicos, componentes vinculados a derechos humanos, género y ética, enfoque



de salud integral y salud mental basado en derechos humanos, manejo de las normas internacionales que rigen las situaciones de privación de libertad y de Protocolos actualizados de intervención y mecanismos posibles para conformar un contexto propicio a la protección de los derechos humanos en la vida cotidiana de los centros de internación, prevención, rehabilitación y reintegración.

- Extremar las medidas de seguridad internas para evitar que animales de cualquier tipo se desplacen dentro del predio de las colonias así como para limitar la posibilidad de acceso de las personas internadas a las zonas del predio que o bien no están dentro del área urbanizada o no se encuentran desmalezadas.

A las autoridades de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE:

- Disponer de los recursos humanos y materiales suficientes a efectos de que cada una de las Salas de los Sectores Etchepare y Santín Carlos Rossi sin excepción pueda contar con la atención psico-social, abordajes grupales y talleres en distintos recursos expresivos, acordes a la edad, género y necesidades específicas de tratamiento, educación y recreación.

2) En lo que refiere a aquellos Pabellones en los cuales se detectaron factores de riesgo de malos tratos el MNP recomienda:

A la Dirección del Centro:

- Asegurar la disponibilidad de agua caliente para las duchas de todos los Pabellones y en particular procurar una solución efectiva para el acceso al agua caliente de todas las duchas del Pabellón 26 femenino en un plazo no mayor a 15 días.

- Disponer de las medidas necesarias para que los Pabellones 26, 27 y 28 y 4 y 9 que alojan a un número mayor de 50 personas cuenten progresivamente con mayores niveles de privacidad en lo que refiere a intimidad y pertenencias personales.

- Establecer un Plan de Trabajo en relación a las personas actualmente alojadas en los Pabellones 29 y 30 del Sector Santín Carlos Rossi, que dé cuenta de cuál será su alojamiento definitivo y que asegure las mejores condiciones edilicias y de tratamiento para las mismas.

A las autoridades de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE:

- Aportar los recursos humanos necesarios para la puesta en funcionamiento del Pabellón 11 (Alta dependencia) del Sector Etchepare, sin afectar los recursos humanos de otros servicios del Centro.

- Realizar un estudio de la situación judicial de las personas alojadas en el Pabellón 24 (J - Seguridad) del Sector Santín Carlos Rossi.

3) En lo que refiere a la desinstitucionalización progresiva de la población residente se recomienda a las autoridades de ASSE:

- Contribuir a una progresiva y mantenida desinternación y desmanicomialización a través de:

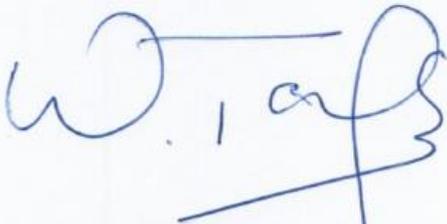
- Mantener la interdicción de ingreso a CE.RE.MO.S de nuevos pacientes.

- Realizar un estudio exhaustivo de la actual situación de discapacidad psicosocial de cada una



de las personas internadas en la institución y evaluación de soportes socio-familiares y comunitarios, y sus posibilidades de egreso de las mismas. En su defecto, cuáles serían los apoyos necesarios para que puedan ejercer su derecho a una vida digna y autónoma en la comunidad. (Construcción de un Proyecto Individual).

- Estudio y seguimiento de la situación judicial de los y las pacientes privados/as de libertad por orden judicial.
- Fortalecimiento de los programas de atención comunitaria, trabajo en redes, asistencia familiar y hogares sustitutos.
- Implementación de un Mecanismo de Supervisión de los Hogares Sustitutos.



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