

Institución Nacional de Derechos
Humanos y Defensoría del Pueblo



Mecanismo Nacional de Prevención

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

Informe sobre el Centro Medio Camino Larrañaga

Montevideo

Informe N°122 /MNP- SP/2020

Montevideo, 27 de julio de 2020

ASPECTOS GENERALES

La Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), actuando como Mecanismo Nacional de Prevención (MNP)¹, realizó durante el año 2019 dos visitas² al Centro Psiquiátrico Larrañaga los días 30 de agosto y 9 de octubre. El monitoreo tuvo como objetivo general relevar prácticas y condiciones de vida en las que se encontraban las personas residentes en el centro, que pudieran representar un riesgo de potencial violencia institucional e interpersonal.

El centro se ubicaba en la calle Luis Alberto de Herrera 3062 de la ciudad de Montevideo y prestaba servicios de atención integral en salud mental para adolescentes³ en convenio con Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU).

Al momento de la primera visita, residían en el centro veintiséis personas en total, cuyas edades iban de doce a ochenta y un años. Del total, veinticuatro personas debían su presencia a los cupos contratados por INAU; cabe agregar que la capacidad máxima de atención del centro era de veintinueve personas.

De las veintiséis personas atendidas al momento de la primera visita, diez presentaban padecimientos de salud mental severos o perfiles “crónicos”⁴, catorce adolescentes que ingresaron en la modalidad de “Medio Camino” y dos eran personas adultas mayores que tenían una vinculación contractual privada. En el centro residía una adolescente cuya hija se encontraba ingresada en otro centro del sistema de protección 24 horas.

¹El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradante 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-ONU), a fin de prevenir prácticas de tortura u otras formas de malos tratos hacia las personas privadas de libertad. Dicho protocolo es aprobado por la Asamblea General en la Resolución 57/199 del 18 de diciembre 2002, entra en vigor el 22 de junio del 2006, ratificado en nuestro país por la Ley N°17.914 del 21 de octubre 2005.

² Es de destacar que son las primeras visitas del MNP a esta clínica, no existiendo antecedentes de instancia previas.

³ Extraído del Pliego 67326 del INAU para la licitación de servicios de atención integral especializados en salud mental publicado por el Departamento de Compras de INAU en enero de 2019. Cabe aclarar que en el manejo cotidiano de este centro se refiere como “Centro Medio Camino”.

⁴ La Expresión “crónico” hace referencia a personas con padecimiento de salud mental severos, según definición de la licitación de servicios de atención integral especializados que realizó INAU en enero 2019.

Se informó que no recibían pacientes que tuvieran consumo problemático de sustancias, si bien en las visitas se constató que había adolescentes con situaciones de salud mental que tenían un consumo problemático asociado.

I. METODOLOGÍA

Las visitas no anunciadas utilizaron la metodología de monitoreo del MNP⁵ tomando como referencia los estándares de Calidad y Derechos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶ basados en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)⁷. Asimismo se incorporó el enfoque de derechos de infancia, emanado de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)⁸ en atención a la población residente en los espacios priorizados para el monitoreo.

La metodología usada por el MNP⁹ supuso transitar en las visitas¹⁰ de monitoreo por los siguientes pasos:

- a) entrevista de presentación con autoridades (en la primera visita realizada, director general, coordinadora general y coordinador administrativo);
- b) recorrido de las instalaciones y realización de registro fotográfico;
- c) entrevista con residentes (diez en total) y funcionarios/as (seis en total) buscando las mayores garantías de privacidad y anonimato;

⁵ Basado en el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT-ONU), aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 2002 (A/Res/57/199), que entró en vigencia el 23 de junio de 2006.

⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS): "Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social" 2012.

⁷ Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD-ONU), aprobada por la Asamblea General en la Resolución 61/106, 13 de diciembre 2006, entra en vigor mayo 2008, ratificada en nuestro país Ley N°18.418, 20 de noviembre 2008.

⁸ Convención sobre los Derechos del Niño (CDN-ONU), aprobada por la Asamblea General resolución 44/25 del 20 de noviembre 1989, entra en vigor 2 de setiembre 1990, ratificada en nuestro país por la ley N° 16.137 del 26 de setiembre 1990.

⁹ Protocolo aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 2002, que entró en vigencia el 23 de junio de 2006. Disponible en <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPCAT.aspx>. Cabe acotar que dicho Protocolo fue ratificado por el Uruguay e incorporado a su legislación a través de la Ley N° 17.914 del año 2005. Disponible en <https://docs.uruguay.justia.com/nacionales/leyes/ley-17914-oct-21-2005.pdf>

¹⁰ Los equipos técnicos estuvieron integrados por las siguientes profesionales del MNP: Dra. Victoria Iglesias, Trabajadora Social Soledad Pérez, Psicóloga Adriana Rodríguez, Socióloga Laura Latorre, Trabajadora Social María José Doyenart, estudiante Desarrollo Social Ignacio Martínez, Lic. en Ciencias Políticas Lucía Pérez Chabaneau.

d) revisión y auditoría de documentación de referencia;

La primera visita se inició con una breve presentación institucional, objetivos y características de la misma, y se entregó el Oficio N° 557/2019¹¹ para centros 24 horas de atención especializada en salud mental, de acuerdo a lo establecido en el art. 20¹² del OPCAT. Dicho oficio fue contestado en los tiempos establecidos y sus datos se integraron al presente informe.

A su vez, se procedió a entrevistar a las autoridades del centro, personal de atención directa: técnicos, administrativos y de servicio. Se realizaron consultas y entrevistas a residentes buscando contar con las mayores garantías de privacidad y anonimato. De esa forma, se mantuvo entrevistas con adolescentes y adultos internados. Durante la segunda visita también se efectuaron entrevistas al equipo de dirección, técnico, personal de salud, así como a adolescentes que allí residen. Así también se desarrolló una recorrida por el centro y se revisaron historias clínicas y carpetas sociales.

RESULTADOS

A continuación, se presentan las constataciones, en relación a los estándares que integran la evaluación de Calidad y Derechos de la Organización Mundial de la Salud y la incorporación del enfoque de derechos de infancia, emanado de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN-ONU).

¹¹ Al momento del primer contacto se entregó un oficio con un pedido de información general sobre el centro. Oficio N°557/2019, con el pedido de información estandarizada para el centro, relativa a modalidad de atención, datos de población, atención sanitaria, actividades educativas y recreativas, cuidados cotidianos, personal, e infraestructura.

¹² “Artículo 20 A fin de que los mecanismos nacionales de prevención puedan desempeñar su mandato, los Estados Partes en el presente Protocolo se comprometen a darles: a) Acceso a toda la información acerca del número de personas privadas de su libertad en lugares de detención según la definición del artículo 4 y sobre el número de lugares de detención y su emplazamiento; b) Acceso a toda la información relativa al trato de esas personas y a las condiciones de su detención; c) Acceso a todos los lugares de detención y a sus instalaciones y servicios; d) Posibilidad de entrevistarse con las personas privadas de su libertad, sin testigos, personalmente o con la asistencia de un intérprete en caso necesario, así como con cualquier otra persona que el mecanismo nacional de prevención considere que pueda facilitar información pertinente; e) Libertad para seleccionar los lugares que deseen visitar y las personas a las que deseen entrevistar; f) El derecho a mantener contactos con el Subcomité para la Prevención, enviarle información y reunirse con él.” Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruces, Inhumanos o Degradantes (OPCAT-ONU).

Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (artículos 15 y 16 de la CDPD y artículos 34 y 37 de la CDN).

La normativa internacional exige que se aseguren para las personas con discapacidad y las niñas, niños y adolescentes garantías de protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (art. 15 CDPD y art. 37 CDN) y toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, explotación, violencia y abuso (art. 16 CDPD y art. 19 CDN). Asimismo, las prestaciones de servicios de protección para la recuperación tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad (art. 16 CDPD).

Desde este marco normativo, a partir de los estándares del Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS se relevan y constata que las niñas, niños, adolescentes y adultos que residen en el centro estén libres de abuso verbal, mental, físico y sexual y de descuido físico y emocional. Que se utilicen métodos alternativos al “aislamiento”¹³ y “contención”¹⁴, que permitan atenuar el escalamiento de las crisis¹⁵ potenciales. Que los métodos de contención farmacológica, física o ambiental no se utilicen como forma de castigo y se limiten a situaciones excepcionales graves¹⁶, y en todos los casos bajo indicación médica. Así como, se releva la existencia de medidas para prevenir la tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes y otras formas de maltrato y abuso.

En lo que tenía que ver con la aplicación de medidas de contención¹⁷, algunos/as adolescentes señalaron que algunos/as educadores ejercían sobre ellos/as una fuerza

¹³ “Aislamiento” significa mantener involuntariamente a una persona sola en un cuarto con llave o área de seguridad de la cual ella está físicamente impedida de salir. Definición OMS, Instrumento de Calidad y Derechos.

¹⁴ “Contención” significa el uso de un dispositivo mecánico o medicamentos para impedir que una persona se mueva. Definición OMS, Instrumento de Calidad y Derechos.

¹⁵ Técnicas de “atenuar el escalamiento” pueden involucrar: pronta evaluación e intervención rápida en situaciones potenciales de crisis; uso de métodos de resolución de problemas con la persona interesada; ser empático y tranquilizador; uso de técnicas de manejo del estrés o de relajación, tales como ejercicios de respiración; dar espacio a la persona; ofrecer alternativas; dar a la persona tiempo para pensar.

¹⁶ Se entiende por situación grave aquellos episodios en donde se pone en riesgo la integridad del niño, niña o adolescente, y/o de la de otros/as. Es una medida excepcional, que debe ser aplicada de manera temporal, hasta tanto remita el estado de excitación. Según “Protocolo de intervención en situaciones de pre-crisis, crisis y post-crisis de NNA en centros 24 horas del Sistema de Protección de INAU”.

¹⁷ El centro contaba con un Protocolo de Contención que tenía como objetivo el controlar las actividades físicas del paciente y protegerlo de las lesiones que puedan infringirse a sí mismo o a las demás personas, desde una acción terapéutica y/o preventiva. El uso de medidas de contención o aislamiento eran indicadas por el equipo médico del centro y se registraba en la historia del paciente.

desmedida. “... se pasan de fuerza...”, “...saben cómo taparse para que las cámaras no los vean cuando te aprietan...”

Se constató el empleo de cierto método aplicado a una residente en particular, el cual consistía en atarla a una silla como método de contención física. El mismo era descrito en las entrevistas con los residentes, “...a XX la atan a una silla...”. Surgía mediante los relatos que el método de aislamiento en el cuarto de contención podría darse por un tiempo prolongado, “...XX solo pasa en reja...”, lo que se asemejaba a un encierro de tipo carcelario.

En cuanto a las garantías de protección se verificó desde los relatos de las y los adolescentes entrevistados tratos inadecuados (comentarios hirientes, provocaciones, burlas) de algunos educadores hacia ellos.

A su vez, desde el equipo de dirección, específicamente en la voz de técnicos y educadores estaba naturalizado el uso de un lenguaje estigmatizante para dirigirse hacia la población de crónicos, señalados como “los bajitos”. Se referían concretamente a su bajo nivel intelectual, y tal enunciación se tomaba como un elemento natural para nombrarlos, que era transmitido de esa manera al resto de los residentes del centro. De esa forma, los adultos referentes de cuidado sostenían un comportamiento grave y nocivo para la salud y el buen desarrollo de los y las adolescentes, en donde su autoestima y sentimientos de valor personal se veían afectados. Esta situación vulnera el derecho del niño, niña o adolescente a ser protegido contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental mientras se encuentre bajo el cuidado de sus padres u otras personas encargadas de su cuidado. (Artículo 19 CDN).

Respecto al uso de medidas disciplinarias y/o de sanciones el centro tenía una normativa para las conductas violentas. Se constató que en ocasiones las sanciones eran desproporcionadas, ya que se dejaba a quien estuviera sancionado/a en el hall de entrada por horas, incluso por días, sin tener contacto con los demás residentes del centro así como tampoco compartir actividades cotidianas¹⁸, tal como refirieron los jóvenes “...te quedas ahí sin hablar con nadie, comes y todo ahí..”, “...cuando te ponen

¹⁸ La descripción y el detalle de las distintas sanciones, así como el espacio en el que se cumplían las mismas, aparece desglosado en el documento “Normativa para las conductas violentas” que fuera entregado al equipo de monitoreo en ocasión de la visita del día 30 de agosto de 2019.

en penitencia te quedas dos días sin salir, ni ir a estudiar o visitar a la familia..”, “ no podes salir del hall solo para ir a dormir de noche...” “..te pueden tener más de 24 horas ahí sentado...”. El MNP se considera este tipo de sanción como un método ineficaz por no ir acompañado de otras medidas personalizadas y estimulantes de una transformación en el comportamiento.

El centro contaba con un hall en planta baja que era el acceso a dormitorio y baño, que a su vez se usaba como espacio de “penitencia”. Este sitio tenía poca iluminación y contaba con escaso mobiliario. (Foto 4)



Foto 4: espacio de “penitencia” en hall de acceso a escalera del segundo piso.

Respecto a las cámaras¹⁹ de seguridad, estaban colocadas en todos los espacios, excepto en los baños. En el consultorio médico existía una cámara de video sin audio, lo que determinaba que todas las consultas que sucedían en dicho espacio eran grabadas y monitoreadas por el equipo de dirección desde sus aparatos celulares y por todo el

¹⁹ Estas cámaras fueron instaladas por mandato verbal de INAU según fuera informado por dirección.

personal que accedía al espacio de enfermería. Según señaló el equipo de dirección, las mismas fueron instaladas por solicitud de INAU.

La Ley Nº 18.331 de “Protección de Datos Personales”, que refiere a la utilización de video vigilancia se rige por los principios de protección de Datos Personales. Por ello, la implementación de dicho monitoreo debe estar limitada a garantizar la salud de los residentes y no a una gestión de los recursos humanos que deberá contar con otros medios para su supervisión (Artículo 8). Requiere contar con el consentimiento informado de las personas que se encuentran sometidas a dicha videovigilancia, explicitando su finalidad y alcance (Artículo 9). Se debe garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos, estando prohibido utilizar medios que no reúnan las condiciones técnicas de seguridad (Artículo 10). Considera el MNP que el monitoreo mediante cámaras de seguridad en un centro de protección para adolescentes puede constituirse en un medio invasivo y violatorio a la privacidad y no debe sustituir la atención, vigilancia y cuidado del personal.

Estos aspectos generaban en los residentes un importante grado de disconformidad con el hecho de tener que permanecer en este centro. *“... acá te sentís preso...”, “... el otro centro que estaba es mejor lugar que acá...” “...acá siempre hay problemas...”, “... quiero irme a un hogar abierto...”*

Asimismo, se constataron hechos de agresividad e intentos de autoeliminación, los cuales deben ser atendidos por el personal a cargo del tratamiento, reforzando los factores protectores de los residentes, teniendo en cuenta aspectos de la cotidianeidad ligados a la rehabilitación, y atendiendo el posible malestar emocional desencadenante de dichos actos²⁰. De igual manera el centro no contaba con un espacio en el cual los residentes pudieran estar tiempo a solas. Para obtener dicho espacio solicitaban ir al cuarto de aislamiento, espacio este inapropiado ya que era el usado cuando para las medidas de contención.

²⁰ Esta situación contradice los artículos 6 y 19 de la CDN, que exige que se proteja al niño contra autolesiones, tanto por suicidios o intentos de suicidios, por lo que el tratamiento ofrecido por el centro debe intervenir y apoyar para a los residentes para evitar las mismas.

Finalmente, es relevante tener en cuenta que no había un mecanismo de denuncias formalmente instalado donde los residentes o sus familiares pudieran denunciar vulneraciones de derechos que les brindara garantías y no expusiera a los residentes a eventuales represalias²¹.

**Derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible
(artículo 25 de la CDPD y artículos 23 y 24 de la CDN)**

En este tema se aborda el derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel, acorde a lo dispuesto en el artículo 25 de CDPD, y los artículos 23 y 24 de la CDN. En dichos artículos se exige que las niñas, niños y adolescentes, así como las personas con discapacidad, accedan a los servicios necesarios para su condición sin ningún tipo de discriminación. Estos deben ser de buena calidad y contar con personal suficiente y calificado. Deben brindar planes de “recuperación” donde los y las residentes obtengan tratamientos y rehabilitación psicosocial.

El ingreso al establecimiento se realizaba a través de INAU mediante solicitud de un médico psiquiatra. No se encontraron casos de pacientes con alta otorgada que permanecieran en el centro, exceptuando la situación de los adultos con patologías crónicas quienes tenían pendiente los traslados a establecimientos específicos de acuerdo a su perfil.

Por otro lado, la composición de una población con distintos perfiles determinaba un impacto mayor en la convivencia diaria, dado que tenían diferentes grados de autonomía y de exigencia en el acompañamiento. “...los bajitos te atomizan...”, “XX solo pega...”, “...a mí me dan lástima.”

El establecimiento contaba con un equipo multidisciplinario completo de acuerdo a la licitación por la cual habían sido contratados. El personal dispuesto para la atención directa eran enfermeros, lo cual sugiere que no se consideraba el aporte de la intervención socioeducativa con los jóvenes.

²¹ Es una recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, que en todo centro de acogida se informe sobre los mecanismos de queja y denuncia existentes. .” (CIDH, El derecho del niño y la niña a la familia., 2014, Página 167, Párrafo 405)

Por otra parte, la dirección del establecimiento mencionó que no existía capacitación específica del personal y que la mayoría no poseía formación en derechos humanos.

Las y los adolescentes entrevistados señalaron que no tenían un acceso fácil a los técnicos, a la vez que había cierta desconfianza en su trabajo y el grado de confidencialidad que podían mantener. Se constataba en reiteradas entrevistas la información: *“no hablo con las personas del equipo técnico porque después saben todos lo que tú le contás”*, implicando así un cuestionamiento ético.

La mayoría de las y los adolescentes refirieron un trato distante y despersonalizado por parte del personal de atención directa. No existía confianza en el vínculo, que habilitase el tramitar las angustias y contener sus necesidades de escucha. *“...Me vieron llorar sola en el patio y me dijeron que no tenía motivos para hacerlo... claro ellos no conocen mi historia...”*.

Sobre los controles médicos requeridos para cada residente, se corroboró que en términos generales había buena periodicidad en la atención y se llevaban los controles al día. De las entrevistas a adolescentes se pudo recabar que tenían escaso conocimiento sobre su diagnóstico. En cuanto al tratamiento farmacológico, en pocos casos los residentes conocían qué medicación tomaban y para qué se les proporcionaba.

En la revisión de los registros médicos de las personas residentes se advirtió la presencia de un plan individual para la atención de los usuarios, así como de registros del área social, médica y actividades educativas. Sin embargo, los residentes no eran consultados en la construcción de su plan individual.

En otro orden, se verificó que los jóvenes no accedían a su historia clínica y no conocían que tenían derecho a hacerlo.

También tenían una planilla individualizada por cada paciente con las indicaciones de tratamiento para las crisis de excitación, fueran éstas leves, moderadas, o severas.

También existía un protocolo de sanciones, que trataba las medidas de contención, aunque no mencionaba el cuarto de aislamiento. Al MNP le llamó la atención que en el documento que abordaba aspectos terapéuticos (medidas de contención), se incluyeran también las sanciones frente a determinadas conductas que se podrían dar

dentro de una crisis psicomotriz propiamente dicha. Este tratamiento unificado de medidas de contención y sanciones implicaba que, en ciertas ocasiones, según las manifestaciones de la crisis que los residentes tuvieran, podrían ser sancionados.

A su vez, el equipo técnico no daba cuenta de abordajes específicos frente a situaciones de abuso y explotación sexual, que eran señaladas por el equipo técnico como motivos de ingreso al sistema de protección en la mayoría de los residentes.

Las y los adolescentes recibían información sobre salud sexual y reproductiva tanto a través de talleres en el centro, como en dispositivos en la División Salud de INAU²². Se observó que el equipo del establecimiento promovía que todas las adolescentes utilicen un método anticonceptivo desde su menarca, si bien no se impulsaba una elección informada y libre de las adolescentes. Asimismo, se llevaba un control de su ciclo menstrual por parte de enfermería; sin embargo, no se trabajaba para que las propias adolescentes llevarán un control de su ciclo menstrual.

Derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona y el derecho a la libertad de opinión en todo lo que le concierne (Artículos 14 de la CDPD y Artículos 12, 25 y 34 de la CDN)

El art. 12 de la CDN exige que los Estados garanticen que las niñas, niños y adolescentes expresen su opinión en todos los asuntos que los afecten, y en particular en todo procedimiento judicial o administrativo. La existencia de una discapacidad no justifica en ningún caso la privación de libertad (art. 14 CDPD), así como ningún niño, niña u adolescente puede ser privado de su libertad ilegal o arbitrariamente (art. 37 CDN). El Estado debe realizar un examen periódico del tratamiento y de las circunstancias en las que se realiza una internación, con el fin de atención, protección o tratamiento de la salud física o mental de niños, niñas o adolescentes (art. 25 CDN).

Desde este marco jurídico, a partir de los estándares desarrollados por el Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS, se monitorea que las niñas, niños, adolescentes y adultos que residen en el centro, tienen acceso a información clara y completa en relación a sus derechos, evaluación, diagnóstico, opciones de tratamiento y “recuperación”. Se constata que existan procedimientos y resguardos para evitar la

²²El objetivo de la División Salud de INAU es “Promover la salud de los niños, niñas y adolescentes del Sistema INAU, a través de su atención integral, involucrando en un proceso educativo-sanitario y asistencial, a los responsables de su bienestar y desarrollo”. Manual de Funciones de INAU 2018.

detención y el tratamiento a niñas, niños, adolescentes y adultos que no poseen una información completa y clara sobre su tratamiento.

Las internaciones fueron sin consentimiento informado. De igual modo muchos adolescentes fueron trasladados sin previo aviso y/o preparación de su ingreso a una clínica de salud mental. Incluso se constató que en algunos casos se les había mentido, diciéndoles que iban de paseo o que se dirigían a una consulta puntual, cuando iban a ser ingresados. Estas situaciones se daban inclusive en aquellos residentes de otros departamentos donde perdían el contacto con sus referentes afectivos y comunidad. En las entrevistas señalaron los jóvenes: *“Me dijeron que iba a un paseo y me di cuenta cuando la camioneta agarro la carretera, ahí el educador me dijo que iba a Montevideo, me angustie mucho”, “...Cuando me trajeron no sabía a dónde iba”*

Derecho a un nivel de vida adecuado (Artículo 28 de la CDPD y Artículo 27 de la CDN)

En este tema se aborda el derecho a un nivel de vida adecuado, acorde a lo dispuesto por el artículo 28 de la CDPD y el artículo 27 de la CDN. En dichos artículos se exige, que a las personas con discapacidad y a las niñas, niños y adolescentes se les ofrezca un estándar de vida adecuado, lo que incluye alimentación apropiada, ropa y agua potable, así como una infraestructura en buenas condiciones físicas, con espacios que respeten el derecho a la privacidad, adecuados a la edad y que estimulen la participación e interacción de quienes residen.

El centro contaba con una amplia infraestructura, ubicada en dos niveles con espacios exteriores (jardín al frente y patio) de dimensiones adecuadas²³.

²³ El establecimiento poseía varios dormitorios diferenciados por género, enfermería, cocina, dos comedores, lavandería y ropería, oficinas, habitaciones para entrevista de técnicos y para actividades de taller. Los dos comedores estaban destinados a ser usados en forma separada por varones, mujeres con padecimientos crónicos y mujeres adolescentes de perfil medio camino, a la vez que cumplían la función de sala de esparcimiento cerrada, dado que los residentes permanecían la mayoría de horas en el día en los mismos. El establecimiento contaba con un consultorio médico, que era utilizado tanto para medicina general, como para las consultas con psiquiatra y psicólogo, consulta con unidad de móvil externo. Dicho espacio tenía el amueblamiento necesario y recursos materiales para brindar una atención adecuada.

La infraestructura del local se encontraba en general en un estado regular de conservación (Foto 1). Había falta de mantenimiento evidente en algunos sectores, así como poca luz en algunas áreas.



Foto 1: Dormitorio con paredes en estado regular de conservación

El centro no tenía accesibilidad en sectores claves como puerta de ingreso y baños, así como para llegar al segundo piso. Contaba con dormitorios separados para hombres y mujeres, en general compartidos entre cuatro o más usuarios; había suficientes camas para todos los residentes.

Se verificó que baños tenían buenas condiciones de higiene y funcionamiento.

El acceso al cuarto de aislamiento²⁴ era únicamente a través de una escalera (Foto 2), lo cual podría configurar un riesgo para los residentes que presentaran una crisis psicomotriz.

²⁴ Se trata de un espacio cuyo objetivo era brindar una medida física de contención ambiental frente a crisis de excitación psicomotriz. En este establecimiento era utilizado como un espacio de “reflexión para los jóvenes”.



Foto 2: acceso al cuarto de aislamiento

La circulación por los distintos espacios era limitada para residentes, dado que estaba sectorizada por género o perfil. De hecho, en ciertos momentos del día la circulación se reducía estrictamente al comedor, donde permanecían casi la totalidad del día (Foto 3). En las entrevistas con las adolescentes se describe dicha organización de esta manera: *“...un sábado nos quedamos todas las mujeres en el comedor de nosotras, pasamos todo el día encerradas sin tener nada para hacer...”*



Foto 3: comedor de varones adolescentes y adultos con perfil crónico

Los dormitorios permanecían trancados durante el día, lo que obligaba a los residentes a tomar siestas sobre las mesas y sillas de los comedores. Dicha medida impactaba en los residentes, por lo que solicitaban en las entrevistas la modificación de la misma: *“Tendrán que habilitar la siesta acá, en los dormitorios, la gente duerme en las sillas”*. Por otra parte, respecto a la alimentación, el suministro era adecuado, si bien no se ofrecían colaciones entre las comidas.

En otro orden, referente a la vestimenta que utilizaban los residentes, esta era adecuada y provenía de donaciones. Se informó que en ocasiones se salía a comprar ropa con los usuarios con el dinero de sus pensiones, para que pudieran elegir indumentaria de acuerdo a sus gustos personales.

El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (artículo 19 de la CDPD y los principios generales del enfoque integral de los derechos del niño)

En este tema se aborda el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad, dispuestos en el artículo 19 de la CDPD, y en el respeto a los principios generales de la CDN (art. 2, no discriminación, art. 3 interés superior del niño, art.6 supervivencia y desarrollo y art. 12 derecho a ser oído en todos asuntos que le atañe). En dichas normas de derecho internacional de los derechos humanos se exige que a las personas con discapacidad y a las niñas, niños y adolescentes, se les aseguren garantías de forma de acceder a una gama completa de apoyos que les permitan vivir de la forma más independiente posible y participar plenamente en la comunidad. Por la característica de desarrollo de la población infantil es importante tener en cuenta que niñas, niños y adolescentes son sujetos de derecho pleno articulado desde su autonomía progresiva. Para responder a las características de estos apoyos necesarios de forma integral, que en este caso incluyen el derecho a vivir en familia, la educación, el trabajo, actividades recreativas, de ocio, así como el deporte y a su vez la participación integral de ellos y ellas.

En lo que refiere a la participación en actividades educativas y recreativas, se informó que al interior del establecimiento los residentes podían asistir a taller de actividades plásticas o actividad física. También había clases de apoyo escolar al interior del centro que eran dictadas por una maestra especializada. Según expresaron los residentes eran actividades poco atractivas y si bien eran de asistencia voluntaria, se valoraba mucho la participación de los residentes en dichas instancias, dado que generaba “puntos” a su favor. Tales “puntos” eran necesarios para poder acceder a determinadas actividades externas incluso a las visitas a casa de familiares, por lo que los residentes tenían la vivencia de que las actividades eran obligatorias y las visitas eran un beneficio y no un derecho. En las entrevistas se reflejaba la disconformidad de las actividades propuestas en el centro, “... Acá te aburrís siempre...”, “... no hay nada para hacer...”

Este sistema de puntajes también era empleado en la participación de los residentes en diversas tareas desarrolladas en el centro, en cambio por estas tareas reciben un pago monetario. En los relatos los residentes hacían referencia a dicho sistema, “...limpias todo, tender las camas, limpias los cuartos, hay un cuaderno de conducta ahí se anota todo lo que haces...”, “...esa plata te la pagan el primero o el quince de cada mes...”

Según relevó el MNP, la mayoría de los residentes realizaban actividades externas, tanto en instituciones educativas públicas, como en centros de rehabilitación de salud mental y en clubes deportivos. También se desarrollaban paseos de fines de semana, donde eran tomados en primer lugar para su asistencia aquellos residentes que participaran en otras actividades durante la semana.

Respecto al vínculo con sus redes de afecto, en lo que se refería a la realización de llamadas telefónicas, los residentes tenían estipulado un día a la semana para establecer ese contacto. Cabe mencionar que la llamada era supervisada por un referente del centro.

En cuanto al vínculo con su familia existía un procedimiento para recibir visitas, así como para obtener salidas²⁵ e ir al domicilio de sus referentes. Las visitas de los residentes que provenían del interior del país eran obstaculizadas por el traslado a pesar que en ocasiones recibían los pasajes. A su vez, no existía en el establecimiento un espacio adecuado para recibir a las visitas en forma privada²⁶.

A su vez, desde el equipo técnico se trabajaba el egreso en la medida de las posibilidades de cada residente, si existían redes de apoyo familiares.

III. CONCLUSIONES

Respecto al Tema “Protección contra la tortura, y tratos o penas inhumanos, crueles o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso” se corroboró que existía un espacio de penitencia al ingreso del local, en el que los residentes permanecían un tiempo excesivos, que podía llegar a 24 o 48 hs, tiempo establecido en el reglamento de sanciones del establecimiento. Cabe aclarar que ese espacio estaba aislado del resto de los residentes, y durante el tiempo de “penitencia” no tenían ninguna actividad. Por todo ello, configuraba un espacio de castigo, más que uno de reflexión y reparación de la conducta que motivó la sanción, constituyéndose en una

²⁵ A su vez, era mecanismo habitual que al regreso de la visita o licencia externa cada residente fuera sometido a una prueba de consumo de sustancias psicoactivas.

²⁶ Cabe mencionar que en la visita efectuada el 30.08.2019 se fotografió una notificación al personal del 26.12.2014 donde se mencionaba que se creaba un espacio específico para las visitas, que se había instalado.

acción de carácter estrictamente punitivo que se contrapone a lo educativo y terapéutico emocional.

No había una contención en el momento previo a la crisis, sino que por el contrario algunas acciones podrían operar como desencadenantes de dicha crisis.

Se observó que en el documento “Normativa para las conductas violentas” antes referido había cierta confusión entre conducta violenta y descompensación, por lo cual podría ser castigada una descompensación, que era un acto totalmente involuntario.

Las sanciones configuraban un castigo y no presentaban medidas terapéuticas o reparatorias del daño para los residentes. Tampoco se realizaba un abordaje que permitiera la comprensión por parte de los residentes del daño ocasionado y cuáles podrían ser las acciones alternativas ante nuevos episodios de transgresiones. El tiempo era prolongado, más allá del período estrictamente necesario para proteger al adolescente u otras personas. A su vez, las sanciones eran acumulativas, lo cual reforzaba una lógica de castigo en la concepción de tales medidas.

El hecho de integrar en el Protocolo de Sanciones, las sanciones posibles ante las medidas de contención, las que se debían considerar específicamente como medidas terapéuticas, parte de una concepción de salud-enfermedad, de tratamiento y recuperación no ajustado a los derechos de los residentes.

Se verificó que existía un trato distante y despersonalizado, que no tomaba en cuenta las necesidades individuales. Asimismo, se tomó conocimiento de que existían tratos inadecuados (comentarios hirientes, provocaciones, burlas), así como vínculo diferencial entre los residentes) que generaba conflictos. También, se observó que se utilizaba lenguaje estigmatizante para referirse a las patologías de los residentes por parte del equipo técnico. Estas situaciones contradecían las recomendaciones incorporadas en la Ley de Salud Mental en cuanto a proteger a la persona de estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante.

En otro orden, la existencia de cámaras en el consultorio médico violaba la confidencialidad médico-paciente, y exponía a los residentes en el momento de hacer un examen físico. Resulta relevante a la hora de orientar la video vigilancia que se debe limitar a garantizar la salud de niñas, niños y adolescentes que residen en el centro.

Asimismo, en lo que refiere al Tema del Derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible, cabe agregar que los residentes tenían escaso conocimiento en su diagnóstico y tratamiento. En ese aspecto no se cumplía con el inciso F del Artículo 6 de la ley Salud Mental N° 19.529²⁷ el cual reconocía el derecho de recibir información completa y comprensible de los procedimientos terapéuticos, incluyendo alternativas para su atención. Los residentes no tenían en general conocimiento sobre la medicación que recibían, y el para qué se les proporcionaba.

Los diferentes perfiles entre la población y el trato homogéneo en la modalidad de atención que recibían los residentes iban en detrimento de la adquisición de la autonomía personal, independencia y asunción de ciertas responsabilidades, aspectos fundamentales en el proceso de recuperación.

La jerarquización de la atención sanitaria a la educativa en la disposición del personal para la atención directa, la no existencia de capacitación específica, así como el no poseer formación en derechos humanos, impactaba en los planes de recuperación individual de los residentes y no atendía al Art. 9° de la ley Salud Mental N° 19.529

La atención en salud sexual y reproductiva debía incorporarse dentro del plan individual de cada residente en donde se impulse una elección del método anticonceptivo desde la información brindada, para llegar a una elección informada.

En cuanto al Tema 3 “Derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y a la libertad personal y seguridad de la persona” contenidos en los Artículos 12 y 14 de la CDPD, según se relevó, las internaciones habían sido involuntarias y sin consentimiento informado, incluso sin saber a qué centro iban a ser derivados y el motivo de dicha internación. Esta situación contradecía precisamente la necesidad de contar con dicho consentimiento al momento de autorizar la realización de intervenciones como recomendación terapéutica, que en el caso de niñas, niños y adolescentes se requería el consentimiento de padre, madre o tutor, que establecía la Ley de Salud Mental.

²⁷Promulgada el 24 de agosto de 2017, y reglamentada por Decreto N° 226/018 del 16 de julio de 2018.

Tampoco se garantizaba el derecho el derecho a ser informado ni se le otorgaba la libertad de decisión sobre su salud. Artículo 6° C) de Ley de Salud Mental.

A su vez, la diversidad de perfiles exigía al personal del centro que se tomaran en cuenta sus características y necesidades, y su capacidad de comprensión al momento de comunicarse. Sin embargo, el trato era homogéneo, así como las actividades ofrecidas y los recursos puestos a disposición en la atención cotidiana. Tal homogeneización no consideraba las características personales, las necesidades específicas de cada residente, así como el momento en el proceso de rehabilitación que se encuentran.

A su vez, se tuvo conocimiento que los adolescentes no se sentían contenidos en momentos que tenían angustia, dado que no existían vínculos de confianza, ni garantía de confidencialidad con el equipo del centro. Tampoco existía una red de personas de apoyo para los adolescentes, por lo cual el poder contar con esa red quedaba librado a la capacidad personal de cada joven para establecerla. Ambos aspectos, confianza y confidencialidad, son considerados esenciales para el proceso terapéutico, primordial en el tránsito de los residentes por los centros de atención en salud mental. En otro orden, las sanciones que colocaban como castigo las suspensiones de las visitas familiares son adversas al proyecto. De esta forma no se da cumplimiento al derecho otorgado el Artículo 12²⁸ del Código de la Niñez y de la Adolescencia y del Artículo 120.8²⁹ Literal c) de la Ley N° 19747; era la visita con sus referentes familiares el espacio posible donde el/la adolescente mantenía un vínculo afectivo, aspecto clave para posibilitar un sano desarrollo de los jóvenes.

²⁸“Artículo 12 (Derecho al disfrute de sus padres y familia). - La vida familiar es el ámbito adecuado para el mejor logro de la protección integral. Todo niño y adolescente tiene derecho a vivir y a crecer junto a su familia y a no ser separado de ella por razones económicas. Sólo puede ser separado de su familia cuando, en su interés superior y en el curso de un debido proceso, las autoridades determinen otra relación personal sustitutiva. En los casos en que sobrevengan circunstancias especiales que determinen la separación del núcleo familiar, se respetará su derecho a mantener vínculos afectivos y contacto directo con uno o ambos padres, salvo si es contrario a su interés superior. Si el niño o adolescente carece de familia, tiene derecho a crecer en el seno de otra familia o grupo de crianza, la que será seleccionada atendiendo a su bienestar. Sólo en defecto de esta alternativa, se considerará el ingreso a un establecimiento público o privado. Se procurará que su estancia en el mismo sea transitoria” Código de la Niñez y de la Adolescencia. Aprobado/a por: Ley N° 17.823 de 07/09/2004.

²⁹Artículo 120.8 C) *Mientras dure la internación se procurará mantener los vínculos familiares, según lo dispone el artículo 12 de este Código y, en particular, la no separación de los hermanos. En caso de imposibilidad, se garantizará su contacto fluido. Ley N° 19747 Modificación del Capítulo XI de la Ley 17.823, Código de la Niñez y de la Adolescencia. Promulgada el 19 /04/19.*

Finalmente, en el abordaje de salud mental por el equipo técnico y dirección del establecimiento se informó que la mayoría de los adolescentes habían sufrido situaciones de abuso antes de ingresar. Sin embargo, no se observó que existiera una planificación ni abordaje de esas situaciones, más allá de constatar conductas hipersexualizadas como consecuencia de haber transitado por las mismas.

Respecto a los elementos señalados en el Tema relativo al “Derecho a un nivel de vida adecuado” referido al artículo 28 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)³⁰, el local no contaba con accesibilidad en sectores que lo requerían. Esta situación complicaba el acceso al cuarto de aislamiento, ubicado en el primer piso, en aquellos momentos en los cuales los residentes presentaban una crisis psicomotriz. Por estas razones, se verificó que el establecimiento no brindaba la garantía de accesibilidad expresada en el Artículo 9 de la CDPD de acuerdo con los estándares internacionales vigentes.

La organización cotidiana del centro limitaba la capacidad de circulación por los espacios de los residentes, generaba tensiones en los vínculos entre los residentes y con los cuidadores, limitando el goce del desarrollo, la autonomía e independencia individual considerando el Art. 31 de la Convención de los derechos del niño, en el cual se reconocía el derecho al descanso y esparcimiento.

En cuanto a las actividades educativas y recreativas que ofrecía el centro, la participación de los residentes en las mismas era voluntaria, pero a su vez incluía un régimen de premiación y sanción según la asistencia a las mismas. En ese orden, dichas actividades deberían incluir la participación de los residentes en la selección de dichas instancias, como aporte hacia su proceso de aprendizaje hacia su futuro educativo y laboral. A su vez, se observó que el manejo de puntajes y el otorgamiento de “beneficios” consistentes en salidas recreativas, o incluso salidas a visitar a su familia, restringía el derecho a mantener vínculo con su familia de los adolescentes. Bajo ningún concepto la restricción de un derecho debe ser empleada como método de sanción, dado que justamente el mantener el vínculo familiar es uno de los derechos primordiales a ser restablecido y sostenido por el centro. Este derecho a vivir y sostener

³⁰Aprobada por la ONU el 13/12/ 2006 y ratificada por Uruguay el 8/11/2008 mediante la Ley 18.418.

el vínculo con la familia como un derecho fundamental se encuentra consagrado en la Convención de los derechos del niño y así lo considera el CDPD en Artículo 23 “Respeto del hogar y de la familia” literal 3 y 5.

En términos generales se advirtió que el establecimiento ofrecía un abordaje insuficiente de la salud mental de los adolescentes, dado que no existían espacios de acompañamiento terapéutico instalados para realizar un proceso de trabajo efectivo. En ese sentido, los jóvenes relataron no contar con instancias de escucha que garantizaran confianza y confidencialidad, aspectos claves para entablar un vínculo sólido con los técnicos que sostuviera el trabajo con miras al egreso del centro. Así también, el trabajo con las redes de apoyo afectivas (y/o con el establecimiento del sistema de protección si no existieran redes familiares), para posibilitar la mejor reinserción posible del adolescente no era abordado adecuadamente de acuerdo a los estándares de la CDPD.

IV. RECOMENDACIONES

Recomendaciones al Centro Psiquiátrico Larrañaga

Respecto al tema “Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso”, se recomienda:

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

En este sentido, se recomienda:

1.1 Mejorar el uso del protocolo de contención de los residentes, a través de capacitaciones al personal que permitan prevenir posibles abusos, en un período no mayor a tres meses.

1.2 Desarrollar medidas que garanticen la dignidad, igualdad de trato y no discriminación hacia los residentes de este Centro, por ejemplo, erradicar el uso de apodosos que estigmatizan y desconocen a la persona en su autonomía y potencialidad.

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

En este marco se recomienda:

2.1 Regular y revisar la “normativa de conductas violentas” en un plazo no mayor a un mes, de modo de erradicar la toma de medidas asociadas a crisis emocionales, ya que son actos involuntarios, que no podrían ser pasibles de sanciones y castigos.

2.2. Establecer, en un plazo no menor a un mes, criterios de uso de las salas de penitencia, donde se considere el tiempo de permanencia de los residentes en dicho espacio, y a su vez que los residentes estén acompañados por un educador y que le brinden materiales de contenidos educativos y recreativos y no les sean cortadas las salidas al exterior del establecimiento.

2.3 Reconvertir de inmediato las sanciones que suspenden el derecho al uso de licencias en domicilio de los familiares o referentes afectivos, de modo de no afectar el derecho de los residentes a mantener vínculo con su familia.

En cuanto al tema asociado al “Derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible”, se recomienda:

3. Implementar un proceso de transformación del modelo de atención, que consagre los principios de la CDPD para garantizar el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Específicamente se recomienda:

3.1 Desarrollar en un lapso no mayor a 6 meses un plan de trabajo con los residentes que los haga partícipes activamente en su plan individual de recuperación, así como en la conducción de su plan de tratamiento y rehabilitación.

3.2 Habilitar en un período no mayor a tres meses el acceso a la historia clínica por parte de los residentes, en reconocimiento al derecho al acceso a la información sobre su atención médica.

3.3 Promover en un plazo no mayor a seis meses acciones tendientes a que las y los adolescentes adquieran autonomía progresiva en relación a su salud sexual reproductiva y el uso de métodos anticonceptivos, considerando la etapa vital que están viviendo.

3.4 Habilitar en un lapso de seis meses momentos de descanso diurnos para los residentes en sus dormitorios, de modo de no afectar su derecho al descanso, vinculado a su derecho a un nivel de vida adecuado.

3.5 Desinstalar en un mes las cámaras de seguridad que están en los consultorios de atención en salud, dado que violan la confidencialidad médico-paciente, y afectan la relación entre ambas partes, lo cual vulnera el derecho a la atención en salud de los residentes.

3.6 Implementar en un plazo no mayor a seis meses una propuesta de actividades a la interna del establecimiento en conjunto con los residentes acorde a sus edades, preferencias y perfiles, que reconozca sus capacidades y habilite el despliegue de su creatividad.

3.7 Disponer en un plazo no mayor de un año de una reconversión del personal de atención directa, que reconozca los roles en su aporte específico, de enfermero y de educador, de modo de jerarquizar el aporte de la intervención socioeducativa en el establecimiento.

3.8 Implementar en un lapso no mayor a seis meses un plan de formación continua del personal que trabaja con los residentes, que incluya la perspectiva de derechos humanos, infancia, atención en salud mental, necesidades específicas cotidianas, promoción de su autonomía y de su inclusión en la vida comunitaria.

3.9 Revisar los perfiles de los residentes del establecimiento de modo de adecuarlos al modelo de atención, con justificación de la pertinencia de la permanencia de adultos en dicho centro, en un lapso de un mes.

En lo relativo al tema asociado al Derecho a un nivel de vida adecuado, (Artículo 28 de la CDPD y artículo 27 de la CDN) se recomienda:

4. Generar las condiciones necesarias que estimulen el sano desarrollo de los residentes, garantizando un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, específicamente se recomienda:

4.1 Implementar en un plazo de un año condiciones que doten al edificio de accesibilidad para todos los y las residentes, de modo que puedan hacer usufructo de todas las áreas, en igualdad de condiciones.

4.2 Mejorar las condiciones de iluminación en el establecimiento, en especial en el espacio de hall de acceso a baños, en un plazo de tres meses.

4.3 Dotar a los espacios y el mobiliario de uso diario del centro, como ambos comedores, de propuestas de recreación adecuadas a las edades de los residentes, de modo de atender su derecho a un nivel de vida adecuado, en un plazo no mayor a seis meses.

4.4 Establecer en un plazo no mayor a seis meses un espacio de uso exclusivo para las visitas de familiares y/o referentes afectivos, el cual respete la confidencialidad y privacidad del vínculo.

4.5 Reconvertir el espacio destinado a la enfermería que funciona en un lugar reducido, y sin condiciones de privacidad, en un plazo no mayor a seis meses.

Sobre el tema vinculado al **derecho a vivir en forma independiente y ser incluido en la comunidad**, se recomienda:

5.1 Implementar en un lapso no mayor a seis meses un abordaje orientado hacia los familiares y referentes afectivos de modo que oficien de redes de apoyo efectivas en el tratamiento y rehabilitación, tanto al interior como al exterior del establecimiento, que puedan sostener a los residentes en las diferentes etapas de la recuperación.

5.2 Promover para todos los residentes la vinculación con los referentes familiares a través de las visitas en especial la relación de maternidad y paternidad.

A las autoridades del INAU:

1. Diseñar e implementar un mecanismo de denuncia de los adolescentes, jóvenes, familiares o referentes, que prevenga y atienda cualquier tipo de malos tratos, violencia o abusos, el cual cumpla las garantías de protección y confidencialidad a sus usuarios.
2. Supervisar la reformulación del protocolo de contención de los residentes, de forma de prevenir posibles situaciones que violen los derechos de los residentes del establecimiento, en un plazo no mayor a tres meses.
3. Fortalecer la supervisión de INAU al establecimiento Clínica Larrañaga, de modo de desarrollar un seguimiento cercano que tome en cuenta las recomendaciones formuladas, que incorpore el enfoque de derechos humanos, en un plazo no mayor a tres meses.
4. Orientar y apoyar la transformación del modelo de atención en un plazo de un año, adecuando los perfiles de atención específicos según el convenio firmado, de forma de brindarle a cada residente la mejor atención posible, y mejorar con ello la convivencia al interior del centro, y uso eficiente de los recursos humanos que allí se desempeñan.
5. Supervisar que la utilización de las cámaras de videovigilancia en centros de residencia cumplan con el objetivo específico de cuidado y protección de las niñas, niños, adolescentes y adultos, y sea solo utilizado cuando no exista otro mecanismo de cuidado menos intrusivo de la intimidad de quienes allí residen. Definir claramente los espacios que requieren dicha utilización y su fundamentación, los cuidados en relación a la privacidad de los residentes, los procesos que garanticen que los residentes estén informados sobre el alcance y finalidad de la video vigilancia, así como las acciones que garanticen la seguridad y confidencialidad en el uso y monitoreo de información sensible.
6. Apoyar un proceso de formación continua para los centros de atención en salud mental que incluya la perspectiva de derechos humanos, infancia y adolescencia,

atención en salud mental, derechos sexuales y reproductivos, necesidades específicas cotidianas, promoción de la autonomía e inclusión en la vida comunitaria.

7. Diseñar un plan de articulación con servicios especializados para abordar las situaciones de abuso sexual, explotación y trata, víctimas de violencia y maltrato, así como consumo problemático de sustancias.

8. Generar las estrategias de reparación a niños, niñas y adolescentes que han sufrido violaciones de derechos (abuso sexual, explotación, trata, violencia, malos tratos).

9. Establecer mecanismos de comunicación que garanticen que las niñas, niños y adolescentes sean informados y tomada en cuenta su opinión, previo al traslado a una clínica de salud mental, explicitando los motivos de dicho traslado, el centro al que será trasladado y las condiciones básicas de dicho tratamiento. La comunicación deberá ser abordada en un proceso de trabajo en conjunto con las redes de apoyo de cada niño, niña y adolescente.