

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 Clínica Psiquiátrica Asencio - Canelones

Informe N°123 /MNP- SP/2020

Montevideo, 6 de agosto de 2020

I. ASPECTOS GENERALES

La Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), actuando como Mecanismo Nacional de Prevención (MNP)¹, realizó dos visitas a la Clínica Psiquiátrica Asencio, los días 19 de setiembre y 14 de octubre de 2019². El monitoreo tuvo como objetivo general relevar prácticas y condiciones de vida en que se encuentran las personas residentes en el centro, que pudieran representar un riesgo potencial de violencia institucional e interpersonal.

La clínica se ubica en la calle Canelones 1291 de la ciudad de Montevideo, funciona desde el año 1996 y a partir del 2000 comenzó a trabajar con el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), en la atención de adolescentes (de 13 a 17 años) con trastornos mentales compensados³. Si bien ese es el perfil de la población del centro, se informó que alguno de los adolescentes que allí reside posee trastornos severos, y que INAU les solicitó que estuvieran allí debido a que no tendrían un centro adecuado y con cupo para trasladarlo. En la primera visita residían en el centro 32 adolescentes, 16 varones y 16 mujeres, en edades desde los 13 a los 25 años.

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 Definición del INAU, según pliego de licitación a servicios de atención integral especializados en salud mental, con apertura el 23 de enero de 2019.

II. METODOLOGÍA

Las visitas utilizaron la metodología de monitoreo del MNP⁴, tomando como referencia los estándares de Calidad y Derechos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ basados en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD-ONU)⁶. Asimismo se incorporó el enfoque de derechos de infancia, emanado de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN-ONU)⁷.

Las referidas visitas⁸ fueron sin previo aviso, y se realizaron de acuerdo a la metodología de monitoreo general del MNP:

- a) entrevista con autoridades presentes. Se entrevistó al equipo de dirección: directora, coordinadora operativa y coordinador administrativo.
- b) entrevista con integrantes del equipo técnico. Se entrevistó a la psiquiatra infantil, a la trabajadora social, a la psicóloga, a la maestra y a la nurse del centro.
- c) entrevista con funcionarios/as de atención directa y servicio. Se realizó entrevista a los/as cuidadores/as del turno de la mañana y la tarde.
- d) entrevista a residentes buscando las mayores garantías de privacidad y anonimato. En las dos visitas se realizaron 13 entrevistas individuales a adolescentes varones y mujeres que residen en el centro y una entrevista grupal.

⁴ 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.

⁵ 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.

⁶ Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD-ONU), aprobada por la Asamblea General en la resolución 61/106 del 13 de diciembre 2006, entra en vigor mayo 2008, ratificada en nuestro país Ley N°18.418 del 20 de noviembre 2008.

⁷ Convención sobre los Derechos del Niño (CDN-ONU), aprobada por la Asamblea General en la 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.

⁸ Los equipos técnicos estuvieron integrados por las siguientes profesionales del MNP: Psicóloga Ana Laura Piñeyro, Trabajadora Social Soledad Pérez, Psiquiatra infantil Matilde Di Lorenzo, Psicóloga Adriana Rodríguez, Socióloga Laura Latorre, Trabajadora Social María José Doyenart, Psicóloga Marcela Velázquez, estudiante Desarrollo Social Ignacio Martínez.

e) recorrida general de las instalaciones y registro fotográfico;

f) revisión y auditoría de documentación de referencia;

Es importante señalar que en la primera visita, cuando el equipo ingresó al establecimiento luego de presentarse y esperar a que el personal se comunicara con la dirección del centro, las y los adolescentes fueron a una actividad recreativa en la plaza que según nos explicaron ya estaba prevista. El equipo continuó con la visita, realizando las entrevistas con personal, revisión de carpetas y recorrido por el establecimiento y esperó el regreso de las y los adolescentes para realizar entrevistas con éstos. Llamó la atención que en el transcurso de la vista, vino la profesora de música y en su horario de clase los y las adolescentes se encontraban en la plaza.

En la primera visita se presentó la labor y el alcance del MNP y se entregó el oficio N° 562/2019 (MNP –SP) con solicitud de información general estandarizada⁹ para centros 24 horas para personas con situación de salud mental, de acuerdo a lo establecido en el art. 20 del OPCAT¹⁰. Dicho oficio fue contestado en los tiempos establecidos y sus datos se integraron al presente informe.

⁹ Corresponde señalar que este tipo de oficios se entregan en forma habitual en los establecimientos de INAU del sistema de protección de 24 horas que son objeto del monitoreo del MNP.

¹⁰ “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 Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT-ONU).

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

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).

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 19 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, la prestación de servicios de protección para la recuperación tendrá 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 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 y que se utilicen métodos alternativos al “aislamiento”¹¹ y “contención”¹², que permitan atenuar el escalamiento de las crisis¹³ potenciales. También se verifica que los métodos de contención farmacológica, física o ambiental no se utilicen como forma de castigo y se limiten a situaciones excepcionales

¹¹ “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.

¹² “Contención” significa el uso de un dispositivo mecánico o medicamentos para impedir que una persona se mueva. Definición OMS, Instrumento de Calidad y Derechos.

¹³ 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.

graves¹⁴, y en todos los casos bajo indicación médica. Finalmente 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 el centro se identificaron dos cuartos de aislamiento y contención, uno para varones y otro para mujeres, de escasas dimensiones. Estaban acondicionados con goma eva en el piso y en tres paredes, en la cuarta pared estaba la puerta, la cual era de policarbonato transparente. El cuarto de aislamiento de las mujeres, se encontraba debajo de la escalera. En ambos cuartos había una cámara (ver foto 1 a 4).

Según estipula el “Protocolo de intervención en situaciones de pre-crisis, crisis y post-crisis de NNA en centros 24 horas del Sistema de Protección de INAU”, la habitación individual de contención ambiental, requiere que se localice en un lugar visible desde Enfermería, que cuente con una cama, con espacio para la circulación del personal que atendería al residente y con ventilación y posibilidad de climatizar¹⁵.

Los dos espacios de contención no respetan ninguna de las normativas que permiten asegurar un proceso terapéutico, por lo contrario, sus condicionantes edilicias (escaso espacio, alejado de enfermería, uno de ellos debajo de una escalera, sin ventilación y posibilidades de climatizar, expuesto al resto de los y las adolescentes), podría considerarse un espacio de castigo.

¹⁴ 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”.

¹⁵ INAU, 2019. Protocolo de intervención en situaciones de pre-crisis, crisis y post-crisis de NNA en centros 24 horas del Sistema de Protección de INAU, pág. 15.



Foto 1: Entrada a cuarto de aislamiento de adolescentes mujeres



Foto 2: Cuarto de aislamiento de adolescentes mujeres.



Foto 3: Entrada a cuarto de aislamiento de adolescentes varones



Foto 4: Cuarto de aislamiento de adolescentes varones.

Una joven relató, que cuando se sentía mal o quería estar sola, pedía para que la dejaran entrar “al apartado”, así nadie la molestaba. Contar con un espacio individual y de calma permite a las y los adolescentes procesar situaciones de angustia y ansiedad, siendo uno de los elementos sustantivos para atenuar el escalamiento que podría derivar en una crisis de excitación psicomotriz. El centro no disponía de espacios reservados del colectivo de adolescentes y los dormitorios, que podrían ser un espacio más íntimo, permanecían cerrados durante el día y sólo estaban habilitados por el personal.

“Una crisis en un niño, niña o adolescente en el contexto de un centro de protección del sistema INAU puede ser entendida como una respuesta reactiva y/o manifestación de este a situaciones de estrés”¹⁶. En este sentido, una intervención asertiva requiere de un diagnóstico temprano y oportuno, y acciones que eviten la instalación de la crisis. Esto implica una contención psico-emocional oportuna para cada uno de las y los adolescentes, que debe estar acompañada de un espacio acogedor e individual que permita transitar de forma contenida las diferentes situaciones de sufrimiento que atraviesan las y los adolescentes.

El centro cuenta con un protocolo de “Manejo de Descompensaciones Psiquiátricas” que era utilizado por el personal del establecimiento. Según señalaron ante posibles situaciones de descompensación “siempre primero se les habla” para evitar otra medida e indicaron que la mayoría de las veces esto tiene resultados favorables. El uso de medidas de contención o aislamiento, las indicaba la directora del centro o la psiquiatra y se registraba en la historia del paciente.

Asimismo, se informó sobre la posibilidad de recurrir a la contención física con sujeción de manos, pecho y pies mediante sujetadores magnéticos. Tanto la dirección como las y los adolescentes entrevistados coincidieron en que dicha contención se utilizaba cuando el adolescente se estaba autolesionando y se aplicaba en la propia cama del adolescente en cuestión. También se informó sobre la utilización de contención química, aunque se la señaló como excepcional. Los y las adolescentes tenían clara las situaciones en las que se aplicaban las medidas de contención físicas o farmacológicas: “Si entrás al cuartito y te golpeas te inyectan”, “y si te cortás te meten medidas”.

¹⁶ Ibidem, pág. 3.

En las entrevistas con la dirección y personal técnico, se expresó como norma de respeto, el no abrazar a los y las jóvenes, para no provocar malos entendidos y/o situaciones confusas en demostraciones excesivas de cariño. También relataron que cuando se había identificado un funcionario que había utilizado la fuerza de forma desmedida, el mismo había sido despedido.

En cuanto a las sanciones por mala conducta, estas incluían la suspensión de salidas, tanto a actividades educativas externas, así como visitas al domicilio de familiares. La mayoría de las sanciones involucraban la suspensión de actividades recreativas y lúdicas dentro del establecimiento: "Sin play, sin compu, sin salida. El estudio no te lo quitan. No salgo ni a la canchita los fines de semana... La máxima es de 7 días" "Si te portas mal, 7 días sin tele y ayudar a limpiar".

En relación a las cámaras de vigilancia, se relevó que existían en todos los espacios incluyendo consultorio médico y psicológico¹⁷, con la excepción de los baños y la sala de la maestra. Las cámaras eran monitoreadas por las coordinadoras de los turnos en unas tablet y las personas del equipo de dirección en sus celulares personales. Según expresó el equipo de dirección, dicha vigilancia es una garantía para las y los adolescentes ante situaciones de abuso o malos tratos del personal, ya que el registro audiovisual permitiría confirmar o descartar alguna situación denunciada por las y los adolescentes. Asimismo, explicitó la coordinadora operativa que es un mecanismo de control para el personal, según detalló realizaba un monitoreo al azar para supervisar el comportamiento del personal "yo me siento en el sillón de mi casa y de forma aleatoria revisó las cámaras y si llego a ver que alguien tiene una actitud fuera de lugar, de patitas a la calle".

¹⁷ Cuando se pregunta a la psicóloga y trabajadora social sobre la función de las cámaras en los consultorios y la posible limitación para una intervención terapéutica basada en la confianza, expresaron que dichas cámaras son una garantía para el trabajo de los técnicos. En relación a la confidencialidad de la intervención de la psicóloga, no identificaban grandes dificultades con la existencia de las cámaras en el consultorio. Sin embargo, expresaron que si el o la adolescente quería conversar sobre algo privado utilizaban la sala de la maestra que no poseía cámara. No quedaba claro, en qué momento y de qué forma discernían sobre el espacio a utilizar.

Según expresó la dirección, las cámaras de los dormitorios fueron instaladas por exigencia de INAU. En entrevista con las adolescentes relataban que se cambiaban de ropa en los dormitorios, ya que les habían dicho que a las cámaras solo accedía el personal femenino, sin embargo como se detalló anteriormente ésta situación no era así. Algunas adolescentes expresaron su disconformidad ya que consideraban que era “una falta de respeto”, y una molestia por sentirse observadas cuando se cambiaban o se vestían después de bañarse, “casi un acoso”. Es importante destacar que las y los adolescentes desconocían si las cámaras poseían audio o no.

Se considera que la utilización de las cámaras de seguridad en un centro de residencia para niños, niñas y adolescentes con situaciones de salud mental, tiene como objetivo la protección de éstos ante posibles situaciones de riesgo para su salud o la de otros. Cómo medida de protección sanitaria, requiere de la vigilancia exclusiva del personal de salud y en ningún caso debe sustituir la vigilancia, cuidado y tratamiento que puede brindar dicho personal. La utilización de cámaras de vigilancia debe estar supeditada a la no existencia de un medio menos invasivo del derecho de privacidad.

Según estipula la Ley 18.331 de “Protección de Datos Personales”¹⁸, la utilización de video vigilancia, está regida por los principios de protección de Datos Personales¹⁹. En este sentido, la finalidad de video vigilancia debe estar limitada a garantizar la salud de niñas, niños y adolescentes que allí residen, y no a la gestión de los recursos humanos que deberá contar con otros medios para su supervisión (artículo 8). A su vez, se exige contar con el consentimiento informado de las personas que están sometidas a dicha video vigilancia, explicitando su finalidad y alcance (artículo 9). Asimismo, se deben adoptar las medidas para garantizar la seguridad y confidencialidad de datos sensibles, quedando prohibido utilizar medios que no reúnan las condiciones técnicas de seguridad

¹⁸ Ley 18.331 “Protección de datos personales”, promulgada el 11/08/2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>

¹⁹ Ley 18.331 Artículo 5 Valor y fuerza.- La actuación de los responsables de las bases de datos, tanto públicos como privados, y, en general, de todos quienes actúen en relación a datos personales de terceros, deberá ajustarse a los siguientes principios generales: A) Legalidad. B) Veracidad. C) Finalidad. D) Previo consentimiento informado. E) Seguridad de los datos. F) Reserva. G) Responsabilidad. Dichos principios generales servirán también de criterio interpretativo para resolver las cuestiones que puedan suscitarse en la aplicación de las disposiciones pertinentes.

(artículo 10). El monitoreo de la cámaras de vigilancia a partir de los celulares personales del equipo de dirección, expone la información que allí se registra a terceros que voluntaria o involuntariamente realicen un uso no adecuado de dicha información.

El centro posee un protocolo de “Gestión de las no conformidades, quejas, sugerencias, acciones correctivas, preventivas y de mejora” que establece la operativa y responsabilidades para la detección, el registro y el análisis de dichas quejas, sugerencias y no conformidades. A partir del protocolo se plantea un sistema informático de registro, análisis, seguimiento y evaluación de quejas, sugerencias y no conformidades que podrían plantearse por el personal de la clínica, colaboradores, así como por el INAU. No existe un mecanismo formal de denuncias y quejas que pudieran utilizar los residentes o sus referentes, frente a eventuales abusos o malos tratos que garantice la protección ante posibles represalias. En esos casos expresaron desde el equipo de dirección, que estaba habilitado el pedido de reunión con el equipo técnico o con dirección para hacer los planteos sobre este tipo de situaciones.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos²⁰, recomienda que los centros de acogida tengan mecanismos de denuncia adaptados a los niños y adolescentes, así como acceso a información sobre sus derechos.

(...) la Comisión recomienda que, en el ámbito de los centros y las instituciones se proporcione información y se eduque a los niños sobre sus derechos, en general, y se informe sobre los mecanismos de queja y denuncia existentes, en particular.” (CIDH, El derecho del niño y la niña a la familia. Párrafo 405).

²⁰ El derecho del niño y la niña a la familia. Cuidado alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas. Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

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 posible, 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.

Para el ingreso al centro, el INAU enviaba la carpeta de la o el adolescente y el equipo técnico valoraba si coincidía con el perfil del centro. La directora del centro, informó que no aceptaban adolescente con situaciones de consumo problemático de sustancias. Según expresó la dirección y equipo técnico, varios de las y los adolescentes habían vivido situaciones de violencia, así como abuso sexual y explotación, previo al ingreso a la clínica, “cerca de un 80% han sufrido abuso y explotación sexual.”

El establecimiento contaba con personal técnico y de atención directa adecuado según lo exigido por INAU en el último pliego de licitación²¹.

Si bien existía una instancia mensual de capacitación del personal²², según expresaron los y las funcionarias, no tenían formación en relación a derechos humanos así como tampoco en salud mental, discapacidad y posibles abordajes. Es importante destacar, que el personal de atención directa valoraba positivamente la comunicación y el sostén que brinda el equipo técnico a la labor diaria (“están muy pendientes de nosotros”).

Para la prescripción de medicación psicotrópica, las personas autorizadas eran la psiquiatra infantil y la directora del centro, que es doctora. Se constató en las Historias Clínicas, que existía un registro adecuado de las indicaciones farmacológicas, respetando las dosis terapéuticas.

²¹ Según detalle de RRHH, expresados en licitación a servicios de atención integral especializados en salud mental, con apertura el 23 de enero de 2019.

²² Según informó el equipo de dirección y confirmó personal de atención directa, las instancias estaban referidas a reglamentos internos y dinámicas propias del centro.

No se realizan tratamientos específicos, en casos de abuso sexual, explotación y trata, así como de violencia, o intento de articular con otras instituciones para sus abordajes terapéuticos. Aunque estas situaciones fueron señaladas como situaciones traumáticas con que llegan los y las adolescente al centro.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, se relevó que en el año 2018 se había realizado un taller dirigido a las adolescentes. Dicho taller lo habían llevado a cabo la asistente social y la psicóloga del centro. Tanto las técnicas como las adolescentes no valoraron como positiva dicha instancia. Las técnicas explicitaron que para el año 2020 estaban diseñando otra estrategia para abordar la temática.

Según se relevó en las entrevistas con las adolescentes, prácticamente todas tienen el implante anticonceptivo subdérmicos; habían sido informadas en relación a este método anticonceptivo y optaban por él debido a su comodidad.

Las y los adolescentes desconocían el tratamiento médico a los que estaban sometidos y poseían escasa información sobre la medicación psicotrópica que les suministraban. En algunas situaciones reconocían las pastillas por colores, pero existía confusión en la función del medicamento.

En relación a la intervención terapéutica, es relevante mencionar que en varias entrevistas las y los adolescentes señalaron la falta de confianza con la psicóloga, debido a que la información planteada en forma privada a ésta, era luego conocida por el resto del personal.

Si bien se reconoce que existen objetivos y abordajes referidos a la intervención sanitaria, educativa y familiar, estos no estaban integrados en un plan individualizado de “recuperación”²³, en donde el adolescente fuera protagonista consciente de éste. A su vez, se observó que el abordaje terapéutico que realizaban conllevaba un enfoque

²³ Recuperación entendida como “..la comprensión de sus capacidades y discapacidades de uno mismo, participación de una vida activa, autónoma personal, identidad social significado y propósito de la vida y sentido positivo del ser. La “recuperación” no es sinónimo de curación”. Manual Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Pág.49.

estrictamente individual así como sustantivamente sanitario, consistiendo en atención psicológica y/o psiquiátrica. No existía una estrategia en el diseño de los planes de “recuperación” o de “rehabilitación”, que rescatará el ámbito grupal (que existe naturalmente), como parte de un abordaje integral de las estrategias terapéuticas de las problemáticas emocionales y conductuales.

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

Según expresaron las y los adolescentes en muchas situaciones llegaban al centro engañados, sin saber a dónde venían, “me dijeron que iba de paseo, y me trajeron acá. Estuve mucho tiempo enojado...”. “No pude ni despedirme de mi familia, no sabía que me iban a internar acá”. Esto fue confirmado por los técnicos, que valoraban que dicha situación perjudicaba al adolescente y al proceso de integración al centro. En este sentido, una técnica planteó que esta situación en general sucedía con las y los

adolescentes que venían del interior del país, “en general cuando vienen del interior, los traen diciendo que vienen a hacerse un estudio.”

El ingreso de un adolescente a una clínica de atención en salud mental sin conocimiento previo de dicha situación, vulnera el derecho de todo niño, niña y adolescente a estar informado y expresar su opinión en todos los asuntos que los afecten, según lo estipula el artículo 12 de la CDN.

Cuando el o la adolescente ingresa al centro, se aplica el protocolo para ingreso que elaboró la clínica Asencio. Se prevé una primera entrevista donde se explicita “el cometido de la Clínica, aclarando fundamentalmente que se va a buscar que él se sienta bien, que va a ser bien tratado, que va a completar su educación y a prepararse para un egreso en mejores condiciones”. No está previsto un material gráfico que pueda apoyar dicha entrevista, y brindar una información clara y adecuada que el o la adolescente pueda consultar posterior al momento de ingreso, así como información que se pueda entregar a familiares o referentes afectivos.

Se detalla en el protocolo las acciones a realizar en caso que el/la adolescente al momento del ingreso se encuentre en una situación de excitación o descompensación, “Si el menor al momento del ingreso se encuentra excitado o con una conducta negativa, informar telefónicamente a la psiquiatra o en su defecto a la dirección para recibir indicaciones, en caso de no poder comunicarse proceder por protocolo.”

Si bien los técnicos y el equipo de dirección, expresaron que se informa a las y los adolescentes en relación al tratamiento que se realiza, su alcance y posibles alternativas, esto no se reflejó en las entrevistas con las y los adolescentes. Éstos no tenían clara conciencia de su situación de salud mental y tampoco de las estrategias de rehabilitación y “recuperación”.

Dentro del centro tampoco se observó una práctica que promoviera el derecho de las y los adolescentes a estar informados y ser partícipes del proceso terapéutico, en cuanto a brindar la información necesaria para que sean protagonistas de sus procesos de

“recuperación” y trabajar con estos sobre la comprensión de sus realidades, sus estrategias de tratamiento, informarles sobre sus derechos, así como ser partícipes de las decisiones y acciones que se desarrollan en el cotidiano del centro.

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 allí residen.

En términos generales el local²⁴ presentaba condiciones de mantenimiento e higiene adecuadas. La iluminación y ventilación natural era escasa en todos los dormitorios excepto en uno, ya que dichas habitaciones estaban vinculadas a los espacios interiores comunes y claraboyas.

Los dormitorios estaban separados de otros espacios, eran de dimensiones adecuadas, en general había tres camas por cada habitación. En cada cuarto, había un placard con espacio destinado a que cada adolescente guardara la ropa del día y el resto de la ropa quedaba en un espacio de ropería bajo llave al que accedía el personal.

No se observó que existieran materiales didácticos y recreativos ajustados a la edad. Si bien, el equipo de dirección y funcionarios expresaron que se entregaban (juegos de mesa o material para pintar) cuando lo solicitaban los y las adolescentes.

El centro disponía, en la tercera planta, de un gimnasio como zona de recreación y una azotea a cielo abierto (con rejas) de escasas dimensiones para la cantidad de residentes. El acceso a dicho espacio dependía de la autorización y acompañamiento del personal.

²⁴ El local contaba con tres plantas, en la planta baja se ubicaban los dormitorios, dos baños y los espacios comunes de las adolescentes mujeres y en el primer piso se encontraban los dormitorios, dos baños y espacios comunes de los varones. En el tercer piso se encontraba un salón multiuso que era utilizado como gimnasio y una terraza acotada en dimensiones. El acceso al centro y a los tres pisos, estaba mediado por escaleras y rejas. No existían ascensores u otras vías de acceso que garantizarán la accesibilidad para personas en situación de discapacidad física.

La circulación entre los tres pisos del centro, estaba limitada por rejas las cuales solo eran abiertas por personal del establecimiento. Las escaleras también poseían rejas en laterales y techo. Según explicó la dirección, dichas rejas habían sido colocados para cuidado de los residentes, ya que había sucedido que uno de ellos se había quebrado luego de tirarse por las escaleras. Las rejas en todo el centro, transmitían un aspecto carcelario al centro.

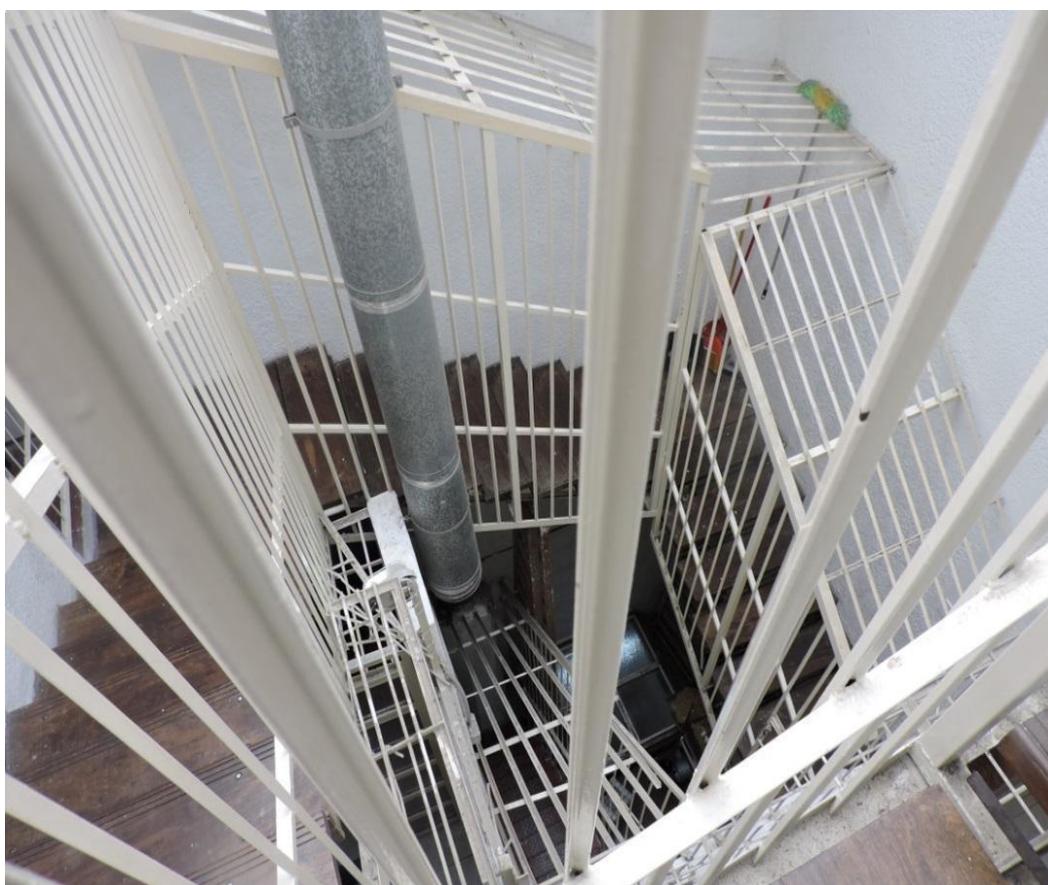


FOTO 5: Escaleras de acceso a las tres plantas.



FOTO 6: 1er Piso, sector varones, puerta de acceso para planta baja y puerta de acceso a 2ndo piso.

Los residentes estaban separados por sexo tanto en el espacio físico, como en las actividades que realizaban en el centro. Esto operaba como restricción general de circulación por el establecimiento y para la interacción entre las personas. No se promovía un trabajo con las y los adolescentes para participar de las decisiones del cotidiano, así como tampoco en elementos que involucran su construcción de identidad, por ejemplo elección de su ropa.

Como se expresó más arriba, los dormitorios permanecían cerrados durante el día, y según explicaron, tanto funcionarios como equipo de dirección, esto se fundamentaba en conservar el orden y prevenir peleas entre los residentes.

Se observaron elementos de excesivo cuidado por la seguridad, que generan una circulación restringida, así como también una apariencia del establecimiento con

aspecto carcelario. La estructura del edificio con poco espacio exterior y de luz, los excesivos niveles de seguridad y la gran cantidad de espacios restringidos para la circulación, no propician un ambiente acogedor, cómodo y que estimule la participación e interacción de quienes allí residen.

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 29 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 atañen). En dichas normas se exige que a las personas con discapacidad y a las niñas, niños y adolescentes, se les aseguren garantías de acceso a una gama completa de apoyos que les permitan vivir de la forma más independiente posible y participar plenamente en la comunidad.

Según la información enviada por el centro y la relevada en las dos visitas, los y las adolescentes asistían a diferentes actividades educativas fuera del establecimiento con la excepción de un residente que veía limitada su participación en esas actividades a causa de su situación de salud. También se llevaban a cabo salidas con visitas programadas, paseos, actividades con la Intendencia de Montevideo y actividades deportivas. El equipo de dirección y técnico explicitó que la ubicación céntrica era aprovechada para trabajar la integración al espacio social, ciudadano y el egreso del establecimiento.

Se relevó un trabajo importante en cuanto al abordaje del ámbito familiar. Desde el centro se realizaba un trabajo de vinculación con la familia o referentes afectivos, con el objetivo de sostener los vínculos y comunicación con la familia.

En las situaciones en que no existían referentes o se valoraba que dicha vinculación sería perjudicial para el o la adolescente, se promovía el egreso con la derivación a un centro de 24 horas del INAU. Varios de las y los residentes provenían de otros departamentos

del Uruguay. Esto dificulta el trabajo con los referentes y la construcción de un egreso sostenible. Se observó un esfuerzo del establecimiento y sus técnicos por realizar un trabajo sostenido en relación a la inserción educativa de los y las jóvenes residentes, como también de propiciar, sostener y consolidar los vínculos con el ámbito familiar o algunos referentes significativos para él o la joven.

IV. RECOMENDACIONES

A partir de las constataciones se recomienda al Centro Asencio - Canelones:

1. Diseñar mecanismos y acciones tendientes a garantizar la protección de las y los adolescentes contra posibles situaciones de malos tratos, explotación, violencia y abuso.

- 1.1. Diseñar e implementar en un plazo no mayor a tres meses, un mecanismo de denuncias y quejas de los residentes y referentes afectivos que brinde confidencialidad y los proteja ante eventuales represalias.
- 1.2. En el plazo de un mes, informar a los y las adolescentes sobre la finalidad de las cámaras de video vigilancia y su alcance. A su vez, asegurar que haya un monitoreo respetuoso de la intimidad, que realice exclusivamente el personal sanitario para asegurar la prevención de auto y heteroagresión.
- 1.3. Suspender inmediatamente el monitoreo de las cámaras de video vigilancia fuera del centro y en celulares personales del equipo de dirección.
- 1.4. Desinstalar en un mes las cámaras de seguridad que están en los consultorios de atención a la salud, dado que no respetan la confidencialidad de la consulta, y puede afectar la relación entre el equipo de salud y el residente, lo cual vulnera el derecho a la intimidad y la privacidad en la atención en salud de los residentes.
- 1.5. Acondicionar habitaciones individuales de contención ambiental que permitan la aplicación de una medida terapéutica excepcional, para situaciones graves, según lo estipulado en el Protocolo de intervención en situaciones de pre-crisis, crisis y post-crisis del INAU

2. Implementar un proceso que profundice en el modelo de atención, garantizando el derecho de los y las adolescentes al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

- 2.1. Implementar en un lapso no mayor a tres meses, un plan de formación continua del personal 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.
- 2.2. En un plazo menor a tres meses, diseñar una estrategia sobre derechos sexuales y reproductivos integral, con foco en la educación afectivo-sexual que promueva la autonomía progresiva en relación a su salud sexual y reproductiva y el uso de métodos anticonceptivos para los y las adolescentes que residen en el centro.
- 2.3. En un plazo de seis meses, implementar estrategias de tratamientos a situaciones traumáticas vividas por los y las adolescentes, víctimas de abuso sexual, explotación y trata, y víctimas de violencia y maltrato.
- 2.4. Integrar, en un período de seis meses, los objetivos y abordajes de la intervención sanitaria, educativa y familiar, en un plan individualizado de “recuperación” en donde el adolescente sea protagonista activo del mismo, rescatando el ámbito individual, así como el grupal.

3. Implementar una intervención que garantice el derecho a la información, a redes de apoyo y a la decisión de los elementos que involucran su tratamiento y su vida cotidiana.

- 3.1. En el plazo de un mes, elaborar un material en lenguaje amigable que informe al adolescente y su familia sobre la estadía en la Clínica Asencio Canelones, que como mínimo explicita los tratamientos disponibles, el personal involucrado y sus derechos como residente.
- 3.2. En un plazo de un año, profundizar y ampliar las prácticas dentro del establecimiento que apunten a la participación de las y los adolescentes, que sean

partícipes en algunas decisiones que involucra la cotidianeidad del centro, así como puedan decidir sobre los elementos que involucran la construcción de su identidad.

4. Generar un ambiente acogedor, cómodo y estimulante que conduzca a la participación activa de las y los adolescentes, reduciendo al mínimo los elementos que restringen la circulación y apropiación del espacio.

- 4.1. Re diseñar en un plazo no mayor a tres meses, el espacio físico de forma tal que los aspectos de seguridad no impliquen una estructura similar a un espacio carcelario.
- 4.2. En un plazo que no exceda un mes, implementar dinámicas que promuevan una nueva forma de circulación en el establecimiento, limitando al máximo los espacios restringidos a las y los adolescentes (dormitorios, y otros pisos) como forma de promover la apropiación del espacio y favorecer una integración respetuosa entre adolescentes varones y mujeres.
- 4.3. En un plazo no mayor a un mes, disponer de materiales didácticos y recreativos (libros, materiales para pintar, juegos de caja, entre otros) adecuados a las edades de los y las residentes y que estén accesibles para que puedan utilizarlos libremente sin que por ello se descuide la seguridad de los y las adolescentes.

A las autoridades de INAU se recomienda:

1. Fortalecer la supervisión de INAU al establecimiento Asencio Canelones, 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.
2. Diseñar e implementar un mecanismo de denuncia de los niños, niñas, adolescentes, familiares y/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.

3. Garantizar que los espacios utilizados para aplicar las medidas de contención sean adecuados para un proceso terapéutico, y no sean utilizados como medida de castigo.
4. Supervisar que la utilización de las cámaras de video vigilancia 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 existe otro mecanismo de cuidado menos intrusivo para 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.
5. Orientar y supervisar un proceso de acondicionamiento del espacio de la clínica Asencio Canelones, de dotación de materiales y de propuesta de trabajo que permita a las y los adolescentes que allí residen apropiarse de los diferentes espacios del establecimiento.
6. Apoyar un proceso de formación continua para los centros de atención en salud mental que incluya la perspectiva de derechos humanos, infancia, 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 de consumo problemático de sustancias.
8. Generar las estrategias de reparación a los niños, niñas y adolescentes que han sufrido violaciones de derechos (abuso sexual, explotación, trata, violencia, malos tratos).