

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 la Clínica residencial “La posada”

Montevideo

Informe N°130 /MNP- SP/2022

Montevideo, 03 de mayo del 2022

ASPECTOS GENERALES

La Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), actuando como Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP)¹, realizó tres visitas a la Clínica residencial “La Posada”, el 4 de octubre 2019, el 8 de enero 2020, y el 14 de diciembre de 2021.

El monitoreo tuvo como objetivo general relevar prácticas y condiciones de vida en las que se encuentran las personas residentes en el centro, que pudieran representar un riesgo potencial de violencia institucional e interpersonal, con el propósito de prevenir la tortura y otros trato o penas crueles, inhumanos o degradantes.

El centro trabaja en convenio con el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), y prestaba servicios de atención integral en salud mental para adolescentes². Esta clínica es el único convenio que tiene la empresa Zelve S.A. con INAU por el cual gestiona este establecimiento.

En la visita de diciembre de 2021 residían 25 adolescentes, mientras que su capacidad máxima es de 26 plazas, cuyas edades iban de 13 a 17 años. En el establecimiento permanecían adolescentes con trastornos mentales compensados³; según se relevó en las entrevistas con la dirección y la coordinación del centro la población que residía presentaba trastornos de conducta graves, trastornos psiquiátricos, consumo problemático de sustancias, y habían sufrido situaciones de abuso sexual y violencia.

¹ El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) es un organismo de control y de colaboración de carácter autónomo e independiente de los poderes del Estado. Funciona en el ámbito de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) y ha sido creado por mandato del *Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes* (OPCAT-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 de 2005.

² 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”.

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.

METODOLOGÍA

Las visitas no anunciadas 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)⁶. Asimismo se incorporó el enfoque de derechos de infancia, emanado de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)⁷ en atención a la población residente en el centro monitoreado.

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

- a) entrevistas de presentación con autoridades, que incluyó a la directora técnica, coordinadora educativa y coordinador administrativo;
- b) entrevistas con integrantes del equipo técnico, efectuadas a los dos psiquiatras (infantil y de adultos), la trabajadora social, la psicóloga, la profesora de apoyo escolar y la nurse;
- c) entrevista con funcionarios/as de atención directa y servicio. Se entrevistó a los/as cuidadores/as del turno de la mañana y la tarde.

⁴Basado 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.

⁶Convención 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.

⁷Convención 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.

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

- d) entrevista a residentes buscando las mayores garantías de privacidad y anonimato. En las tres visitas se realizaron 19 entrevistas individuales a adolescentes varones y mujeres que residen en el centro;
- e) recorrido general de las instalaciones y registro fotográfico de las mismas;
- f) revisión y auditoría de documentación de referencia;
- g) conversación final con responsables del centro.

Al momento de la primera visita se entregó el oficio N°571/2019 con un pedido de información general estandarizada⁹ para centros 24 horas de atención especializada en 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.

En ocasión de la visita realizada el día 14 de diciembre de 2021 se entregó el Oficio N° 065/2021, con un pedido de actualización de la información, que a la fecha de elaboración del presente informe aún no ha sido respondido.

⁹ Corresponde señalar que este tipo de oficios se entregan en forma habitual en los establecimientos de INAU del sistema de protección de 24 hs 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).

ANTECEDENTES

El equipo del MNP hizo una primera visita inspectiva en el mes de mayo de 2014, que dio lugar al informe¹¹ N° 024/MNP, que contenía una serie de recomendaciones al Directorio del INAU y a la Dirección del centro.

A su vez, en agosto del 2018, la INDDHH recibió una denuncia vinculada a las medidas de contención implementadas en el centro que podrían vulnerar los derechos de los y las adolescentes residentes, así como otros tratos no adecuados. A partir de esa denuncia se efectuó una visita conjunta entre el área de Denuncias, el MNP de la INDDHH y la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de la República. Las constataciones relevadas en ese monitoreo dieron lugar a la resolución N° 775/2019 emitida por la INDDHH, que contenía recomendaciones al INAU y al establecimiento referido.

¹¹ Informe N° 025/MNP/2014 sobre la situación de los y las adolescentes internados en la Clínica Psiquiátrica Residencial “La posada”. <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/publicaciones/025.-Informe-Clinica-La-Posada-14-07-2014.pdf>

RESULTADOS Y ANÁLISIS

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

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. 34 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 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”¹² y “contención”¹³, que permitan atenuar el escalamiento de las crisis¹⁴ potenciales. Que los métodos de contención farmacológica, física o ambiental no se utilicen como forma de castigo y se limiten a situaciones excepcionales graves¹⁵, 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.

¹² “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.

¹³ “Contención” significa el uso de un dispositivo mecánico o medicamentos para impedir que una persona se mueva. Definición OMS, Instrumento de Calidad y Derechos.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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”.

El establecimiento contaba con los protocolos necesarios para la administración de las medidas de contención y el aislamiento detallados adecuadamente. El centro no poseía cuarto de contención ambiental específico, sino que utilizaban los dormitorios (uno en el sector masculino y otro en el femenino). Estos espacios tenían reja en la ventana, puerta reja y cerradura (foto 1). En estos dormitorios había dos camas, solo una de ellas estaba destinada para aplicar las medidas de contención mecánicas, con cierre imantado (foto 2). Cabe agregar que estas habitaciones de contención no están acordes con el protocolo de INAU¹⁶ que regula las medidas de contención ambiental para los establecimientos que atienden situaciones de salud mental. Esto es, no se cumple con la indicación de tener una habitación individual de contención, que están lejos de la enfermería, y no tienen por tanto una cama en el medio de la habitación en la cual se colocan las medidas de contención física.



Foto 1: puerta de ingreso a dormitorio de varones, con cama equipada para la contención mecánica

¹⁶ PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE PRE-CRISIS, CRISIS Y POST-CRISIS DE NNA EN CENTROS 24 HS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE I.N.A.U.



Foto 2: Cama con medidas de contención mecánica.

Varios relatos tanto de jóvenes como de educadores manifestaron que en la mayoría de las situaciones se lograba tranquilizar a través de la palabra las escaladas de agresividad, por lo que no era necesaria la aplicación de medidas de contención.

Una buena práctica

En la segunda visita la directora del centro planteó que la solicitud de información que el MNP había realizado en la visita anterior, les había servido para revisar las prácticas en relación a la aplicación de las medidas de contención y su finalidad. En este sentido, habían visualizado que se aplicaban medidas de contención en sustitución de una sanción por mala conducta. Se realizaron diversas instancias con el personal y con las y los adolescentes, para diferenciar aquellas situaciones que derivaban de una mala conducta de los comportamientos derivados de un trastorno de salud mental. Según las entrevistas con dirección, personal y adolescentes estas instancias habían

permitido la disminución de la aplicación de medidas de contención, aspecto que se comprobó en los registros.

Este planteo recibido en la segunda visita resultó novedoso en tanto reforzó el carácter preventivo que el MNP promueve, al desalentar prácticas que pueden llegar a constituir malos tratos. En ese sentido, desde un enfoque de derechos humanos, que busca mejorar la convivencia y prevenir situaciones de malos tratos y respeto de la dignidad humana, este establecimiento trabajó sobre sus prácticas.

A su vez, se utilizaba una metodología de “semáforo”, para la evaluación del comportamiento de los y las jóvenes. Era un método conocido tanto por residentes como por educadores, quienes reconocían la flexibilidad que se tiene a la hora de imponer la punición y la conveniencia según el caso. En el caso de faltas graves¹⁷ se suspenden las salidas a visitar familiares, denominadas “licencias” en el INAU. En ningún caso (ni faltas graves o moderadas) se suspenden las visitas de familiares al centro ni llamadas telefónicas con referentes externos. Las sanciones podían ser desde suspensión de actividades recreativas internas al centro (prohibición del uso de dispositivos como Tablet, ceibalitas o tv), o la no concurrencia a algún paseo. Se manifestó que se trataba de no suspender el estudio, pues implicaba un trabajo importante del centro en la inclusión educativa y manejo de la responsabilidad de los y las jóvenes.

En la tercera visita realizada se recibió información desde el relato con adolescentes entrevistadas que habían recibido una sanción grupal por el uso de ropa ajena sin permiso, lo que motivó que ahora solo puedan tener dos mudas de ropa para uso personal.

¹⁷ Documento “Medidas educativas” enviado por el establecimiento como respuesta al oficio de pedido de información entregado por el MNP en ocasión de la primera visita.

En las tres visitas a esta institución no se detectaron casos de malos tratos, los residentes manifestaron en las entrevistas que era bueno el trato con todo el personal. Desde la primera vez que el equipo concurrió al centro, en las entrevistas con los y las adolescentes refieren un cambio positivo en el trato del personal, destacando que estaban conformes con los vínculos y comunicación que se establecen con los y las educadores/as.

El edificio contaba con cámaras de vigilancia en todos los espacios del centro, con excepción de los baños y del consultorio destinado a la atención psicológica. El espacio destinado para consultorio médico contaba con cámara y es donde se encuentra el monitor de las cámaras. De los relatos de los y las jóvenes se infería que estos creían que las grabaciones incluían el audio. En las noches había un dispositivo celular para controlar las cámaras, operado por el enfermero de turno. Durante el día el monitor de las cámaras era revisado por educadores.

Según estipula la Ley N° 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 la videovigilancia debe estar acotada a garantizar la salud de las y los adolescentes que allí residen. A su vez, se exige contar con el consentimiento informado de las personas que están sometidas a dicha videovigilancia, explicitando su finalidad y alcance (artículo 9). De igual forma, se deben adoptar las medidas para garantizar la seguridad y confidencialidad de datos sensibles, por lo que queda prohibido utilizar medios que no reúnan las condiciones técnicas de seguridad (artículo 10).

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.

El MNP considera que la utilización de las cámaras de seguridad en un centro de residencia para niños, niñas y adolescentes con afecciones de salud mental, tiene como objetivo la protección de éstos ante posibles situaciones de riesgo para su salud o la de otros. Los y las adolescentes deben tener información sobre el objetivo y alcance de las cámaras. La video vigilancia como medida de protección sanitaria, requiere del monitoreo exclusivo del personal de salud y en ningún caso debe sustituir el 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.

No existía un mecanismo formal de denuncias o quejas para que los residentes o familiares pudiesen plantear eventuales situaciones de abuso o malos tratos, con garantías de confidencialidad y no verse expuestos a posibles represalias. Ante las consultas realizadas a funcionarios durante las visitas se informó que si existen planteos se trasladan a la coordinadora del establecimiento.

**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 establecimiento recibía a adolescentes (13 a 17 años) exclusivamente derivados del INAU. Si bien es un centro medio camino (según nueva nómina centro de atención integral en salud mental para adolescentes con trastornos compensados), al momento de la visita residían algunos adolescentes con perfiles severos y crónicos. En las entrevistas con dirección y personal manifestaron la dificultad que esto representaba

en la práctica cotidiana, ya que esos cuadros no correspondían al perfil del centro pero que habría cierta insistencia por parte del INAU para el ingreso de jóvenes con dichos perfiles.

El perfil de los y las educadores/as tenía una orientación socioeducativa, que se ponía en evidencia tanto en el discurso sobre la práctica cotidiana de estos como en el relato de los y las jóvenes²⁰. Según lo recabado en las entrevistas al ingresar al establecimiento el funcionario recibía capacitación sobre los protocolos de actuación y el funcionamiento del centro, así como información sobre los jóvenes para acompañarlos diariamente. La formación en educación social de los educadores que estaban en roles de atención directa a los residentes resultó un elemento diferencial positivo de este establecimiento.

De todas formas, el perfil de los educadores carecía de una capacitación en salud mental y derechos humanos; al ser consultados respecto a su formación específica para atender a la población residente, respondían *“lo que tuvimos en nuestra formación, psicología evolutiva y derechos del niño”*.

Por otro lado, pese a que el centro cumplía con el número de personal establecido en la licitación, en la rutina cotidiana los educadores se veían sobrecargados. Las diversas actividades que los residentes mantenían fuera del centro (que ameritan ser acompañados para su traslado por educadores/as) derivaba en la menor presencia de personal en el edificio.

Por otro lado, los seguimientos de atención en salud general se realizaban a través del hospital Pereyra Rossell y División Salud de INAU. En ocasiones por demora recurrían a servicios privados, por ejemplo en el caso del oftalmólogo. A su vez, los residentes tenían cobertura de emergencia móvil, que se mantenía también cuando salían fuera del establecimiento.

²⁰ Se observó el trabajo de la coordinación en el funcionamiento y el apoyo del equipo técnico para la ejecución de un trabajo individualizado, así como el rol del educador referente y su identificación como apoyo por parte de los jóvenes, en especial cuando estos lo eligen.

Se destaca en los relatos de las adolescentes, la existencia de una práctica estigmatizante que generó quejas por parte de las residentes. Al momento de las comidas se separaban en dos, existiendo una mesa para las residentes que se encontraban realizando una dieta (indicada por nutricionista), las adolescentes relataron que a esa mesa se la denominaba como “la mesa de los gorditas”.

Por otra parte, se reconoce un esfuerzo importante por el mejoramiento de las condiciones de las historias clínicas, que en la primera visita se las había encontrado en mal estado y desordenadas. Desde octubre 2019 se encontraron valoraciones más detalladas del ingreso de los jóvenes, lo que generó un documento de mayor calidad en el registro. Los registros de la psicóloga, los psiquiatras y educadores se observaron de mayor calidad y continuidad.

En otro orden, no se detectaron registros de sobre medicación, de hecho desde octubre a la segunda visita, se redujo el uso de la medicación en los registros, así también como se constató en los relatos de los y las adolescentes y su modo de proceder,²¹ lo cual se mantiene en la tercera visita de 2021. Se relató el procedimiento de explicar a los y las jóvenes y a sus familias para qué estaban tomando la medicación. Sin embargo, no resultaba claro que el objetivo de las explicaciones que se les brindó sean en clave de hacer partícipe a la familia y al joven en su proceso de “recuperación”, sino que se limitaba a una notificación.

Durante las visitas se recabó información sobre las problemáticas de la población: jóvenes con déficit cognitivo, víctimas de trata, consumo problemático, abuso sexual, violencia familiar y trastornos de conductas. Dentro del establecimiento no se explicitaron tratamientos específicos a estas situaciones, pero sí se expresó por parte del equipo técnico y dirección de un intento por articular con instituciones vinculadas a la temática de abuso sexual y consumo problemático. Pero no se constató el diseño de planes individualizados de recuperación.

²¹ En octubre, fecha de la primera visita, se observó varios adolescentes con un pensamiento lento y confuso, dificultad al articular el lenguaje, y algún grado de somnolencia.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, se encontró disponibilidad de anticonceptivos de barrera (preservativos) para cuando se iban de visita a sus hogares, tanto para los varones como para las mujeres. También se promovía el uso de implantes subdérmicos para las adolescentes, frente a una negativa se le daba la posibilidad de otras opciones como ser pastillas o inyectables mensuales.

Los noviazgos no estaban permitidos dentro del centro, pero no eran motivo de sanción. Si bien las educadoras afirmaron que habían realizado talleres sobre educación sexual, los y las jóvenes no identifican la instancia. De sus relatos, conceptos como anticonceptivos no eran conocidos por haberlo hablado en el centro y de los talleres recordaban sobre el cáncer de mamas y otra instancia donde dos adolescentes buscaron material sobre sexualidad y expusieron el tema para los demás residentes. En cuanto al trabajo en Derechos Sexuales y Reproductivos, era incipiente y por momentos manifiesta concepciones contradictorias.

Derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona y a la libertad de opinión en lo que le concierne (Artículos 12 y 14 de la CDPD y artículos 12, 14 y 25 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 tratamiento.

Se recibieron varios relatos del personal educativo y técnico que en reiteradas ocasiones los y las adolescentes eran trasladados al centro mediante engaños, sin información previa de a dónde venían ni de las características del centro. Es de destacar que el día de la primera visita, se presencié el ingreso de dos residentes en estas condiciones.

A su vez al momento de ingresar deben permanecer un mes sin salidas hasta que se realice una observación y evaluación del comportamiento de cada residente que ingresa (en algunos casos se reajusta según la evaluación realizada). Al momento de la tercera visita había 5 adolescentes en esta situación.

El centro contaba con un documento que oficiaba de “consentimiento informado” que se hacía firmar a los y las adolescentes al ingresar y otro para sus familiares. El texto para los residentes era poco claro al informar sobre las características de su estadía y el tratamiento que iban a recibir, a su vez la redacción no era ajustada a la comprensión cabal de un adolescente.

Dicho "consentimiento" se adjuntaba a la historia clínica de la persona, sin embargo, se constató que no siempre estaba presente, a su vez en algunos casos no constaba la fecha, o no estaban firmados.

Montevideo,

Dejo constancia que en el centro Residencial La Posada se me informó de la necesidad de usar medicación psiquiátrica en mi caso y de la posibilidad (ante trastornos graves de mi comportamiento, crisis o descompensaciones que puedan ocurrir) de tener que recurrir a medidas como darme inyectables, tener que separarme en un cuarto de contención o tener que sujetarme a la cama, entendiendo que se trata de medidas que se usan para proteger a los pacientes de que se lastimen a sí mismos o para proteger a otros de ser lastimados o proteger las instalaciones cuando un paciente está en crisis.

FIRMA _____

Foto 3: documento de consentimiento informado para los residentes.

Una vez firmado se desprendía, del documento, que el joven aceptaba el tratamiento que se indicaba, el cual no estaba especificado, a la vez que el centro no ofrecía una diversidad de tratamientos a los residentes. Asimismo, uno de los requisitos para que un consentimiento sea válido es que se brinde información completa, suficiente y adecuada, utilizando un lenguaje comprensible para las y los adolescentes, es decir que la información debe contener todos los elementos necesarios sobre el acto a consentir para lograr tomar una decisión. La obtención del consentimiento es verbal, a pesar de que para determinadas situaciones está pautado que sea escrito y firmado por el titular, igualmente en ambos modos se debe registrar en la historia clínica. La ausencia de estos elementos, determinan que el "consentimiento" firmado por los y las adolescentes no pueda ser considerado como un consentimiento válido, asunto

que el MNP considera que debe ser revisado, atendiendo a las sugerencias ²²del Consejo Nacional Consultivo Honorario de los derechos del niño y del adolescente (CNCHDDNA)

Para los familiares existía un documento titulado “Información para familiares”, en donde se presentaba las reglas del centro y se aclara que deberán ser cumplidas si él o la joven va a pernoctar o salir con un familiar. A su vez indica los días de llamadas y visitas y describe algunos acuerdos y pasos a dar para la realización de visitas en el centro, paseos o licencias²³. Se valora positivamente la intención de ofrecer un documento escrito que transfiera información a la familia de la estadía de el/la adolescente en el centro.

Sin embargo, el documento concluye exigiendo la firma del familiar y aclarando que este autoriza el “uso de las medidas de contención señaladas en caso de necesidad”. La información proporcionada para dar este aval en el documento, así como incluir las medidas de contención como un punto más del vínculo centro-residente-familia y la ausencia de información sobre las posibilidades de tratamiento y recuperación que el niño, niña o adolescente podría recibir; no hacen de este documento un garante de sus derechos y colocan a la familia y/o referentes afectivos por fuera de su lugar de red de apoyo. La información aportada y la firma exigida, no tiene intención de incluir a la familia en las decisiones ni hacerla partícipe del acompañamiento, si no que persigue la intención de ser un garante para el centro de posibles futuros reclamos de la familia en el uso de las medidas de contención.

²²“El procedimiento de consentimiento esclarecido ha de contar con información clara y comprensible teniendo en cuenta las condiciones particulares de cada NNA. Se ha de explicar y describir: su estado de salud; la importancia del tratamiento para los intereses del niño o niña; el impacto sobre su autonomía actual y futura; los beneficios esperados de los procesos terapéuticos; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la existencia de procedimientos alternativos y sus riesgos. Y explicar las consecuencias previsibles de la no realización o interrupción de los tratamientos sugeridos. El documento tiene que exponer la información precisa de la situación de salud y tratamiento que se administrará al NNA; el nombre del servicio de salud o institución; el nombre, edad y domicilio del NNA; los datos de su familiar y/o representante legal; el nombre de los técnicos del equipo tratante; las firmas correspondientes; así como fecha y hora en que se realice”. Informe de salud mental CNCHDDNA. Diciembre 2018, pág. 16.

²³ Terminología del sistema 24 h, que refiere a cuando un niño, niña o adolescente pernocta fuera del centro con un referente afectivo y con el aval del equipo técnico.

Por otro lado, resultó novedoso para el equipo del MNP, que este centro haya notificado al Órgano de Contralor (cap. VI, artículo 39 y siguientes de la Ley N° 19.529) de la internación compulsiva de dos adolescentes según lo reglamenta la ley de Salud Mental (ley N°19.529), ya que este procedimiento nunca se había realizado hasta el momento. Se argumentó que por motivos terapéuticos los jóvenes permanecerán aislados sin posibilidad de salir del centro. En las entrevistas con el equipo técnico y de dirección, se presentó como medida de protección el impedimento de salidas al exterior del centro por un tiempo prolongado (que podía ir de una semana a un mes), en algunos casos, donde se detecta elementos de riesgo para el o la joven.

En la segunda y tercera visita se constató con mayor claridad que varios de los y las jóvenes eran conscientes del proceso socioeducativo y de tratamiento en el que están. Varios jóvenes explicitan conocer la medicación que estaban tomando y para qué los ayudaba, aspectos que habían mejorado respecto a la primera visita, donde los adolescentes desconocían el tratamiento que recibían, y para qué era la medicación que se les daba.

Derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 28 de la CDPD y artículos 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 el desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social de quienes residen.

El edificio estaba dividido en dos sectores, femenino y masculino. Se observó que las condiciones de los sectores de dormitorios no eran iguales, el sector femenino, que

correspondía a la estructura original de la casa, se encontró en condiciones adecuadas de espacio, ventilación y luminosidad. No obstante, el sector de los varones, se encontró pequeño, pero sin hacinamiento, con humedades, mala iluminación y poca ventilación. En este sector se encontraron algunas piezas de mobiliario en mal estado (Foto 4). Cada habitación contaba con tres camas en condiciones adecuadas, y un espacio donde guardaban la ropa del día y objetos personales. El resto de la ropa era guardada y ordenada en la ropería bajo llave, y supervisión de una funcionaria. Los sectores de dormitorio y baños quedaban cerrados con llave por las noches, con puertas rejas, en el día podían circular por ellos con supervisión.

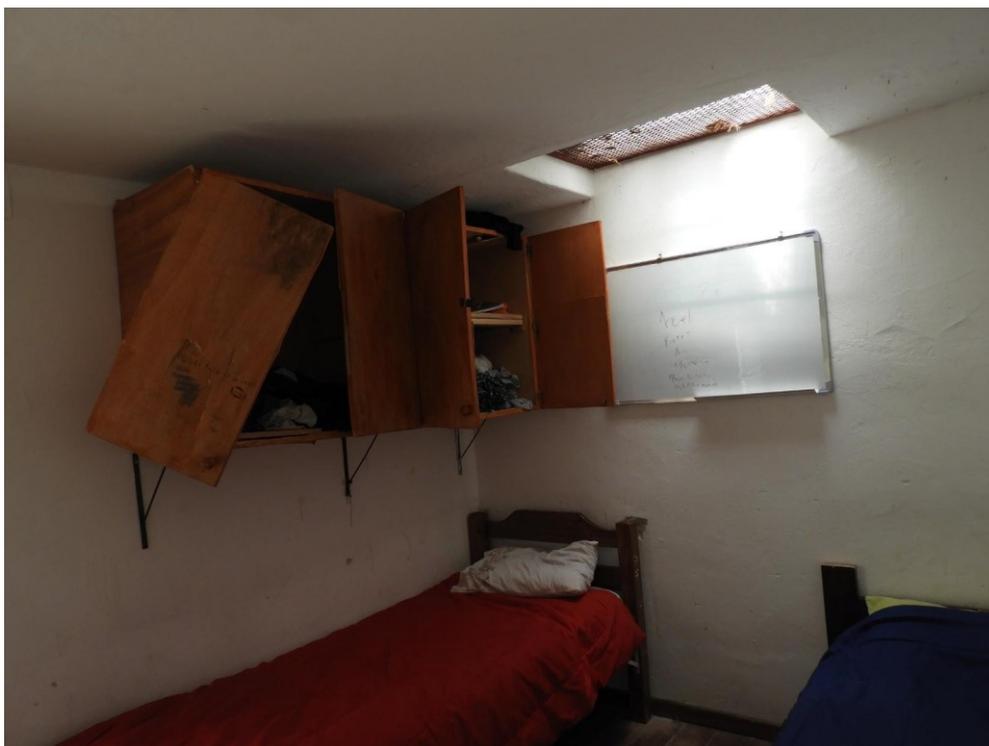


Foto 4: Dormitorio de varones con equipamiento en mal estado.

En la parte central se encontraba un estar, las salas de comedor y la cocina, la cual estaba en condiciones adecuadas de limpieza y mantenimiento de los alimentos. En el

fondo contaba con un patio al aire libre de proporciones adecuadas que tenía un mural realizado con los residentes.

En los lugares comunes el mobiliario era escaso y algunas unidades del mismo se encontraban en malas condiciones. Se relató por parte de la dirección y funcionarios, que en el último año se había realizado un esfuerzo en el mantenimiento de la casa contratando personal de tiempo completo para arreglos y mejoras. Es de destacar que el local no contaba con elementos de accesibilidad para poder alojar a personas con alguna discapacidad motriz. (Foto 5)

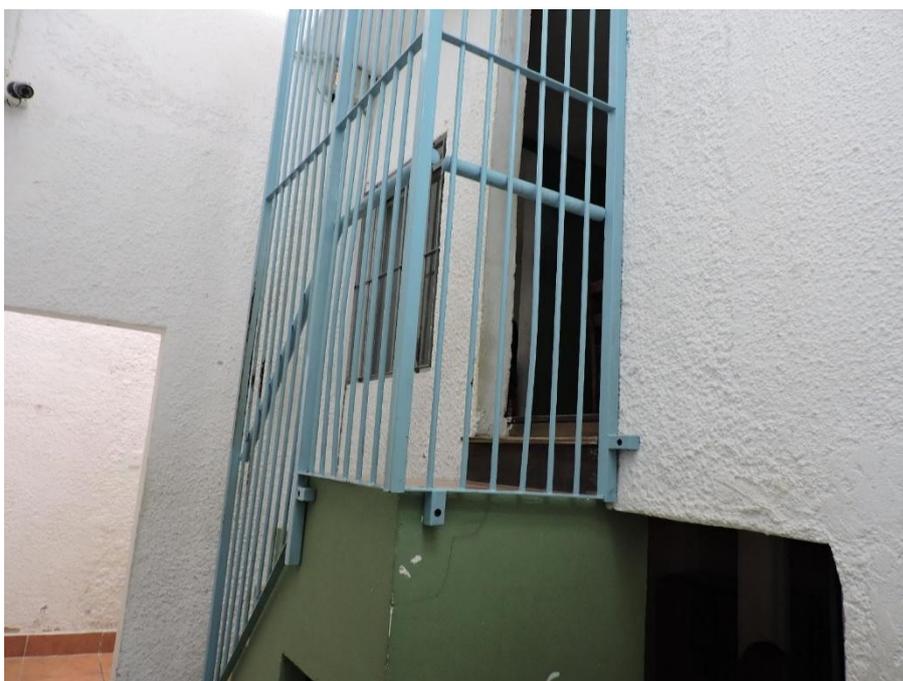


Foto 5: ingreso al sector de varones, sin condiciones de accesibilidad.

Durante la tercera visita, desarrollada en diciembre de 2021, se relevó que persistían dificultades en lo edilicio, con un mayor nivel de deterioro en varias habitaciones y espacios de uso común.

Se destaca como elemento positivo la buena disponibilidad de materiales recreativos de uso libre para los y las jóvenes, libros, material lúdico, parlantes y un play station en el sector masculino.

La alimentación era adecuada, se producía en el mismo establecimiento planificado por una nutricionista y preparado por cocineras. En la tercera visita el personal de cocina refirió que algunas/os residentes colaboraban en la preparación de los alimentos, siempre que no estuvieran sancionados. Destacaba el compromiso y continuidad de alguno de ellos.

La disponibilidad y estado de la vestimenta era adecuada. El centro ordenaba compras de ropa y calzado dos veces al año (en marzo y octubre) por los cambios de estación, así como en las fiestas se les regalaba en general vestimenta. También se manejaban con la base de donaciones de ropa. Se destaca como positivo la práctica de ir a comprar ropa y calzado con los adolescentes dando la posibilidad de elegir de acuerdo a sus gustos y preferencias.

En el funcionamiento cotidiano se relevó una dinámica de salidas a centros educativos de educación formal y no formal, actividades deportivas en un gimnasio, así como actividades recreativas, salidas a la plaza, paseos. También una serie de actividades dentro del centro (clases con la profesora de apoyo escolar, actividades plásticas, de educación física). En la primera visita se observó una separación importante de los varones y de las mujeres, en la que no se les permitía encontrarse. En la segunda visita los y las jóvenes se dieron cuenta que esta dinámica estaba siendo más flexible y expresaron conformidad con el cambio destacándose como positivo ya que permitía un uso del espacio menos restrictivo. En la tercera visita se pudo observar que varones y mujeres compartían espacios comunes en los momentos de ocio.

En este establecimiento existía una norma donde los y las adolescentes dejan las mochilas en la recepción y estas son controladas por el personal del centro. No pueden estar con celular en el establecimiento salvo los que están en modalidad de pre-egreso.

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 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.

El centro planteó la importancia de trabajar para la inserción educativa de los jóvenes. Casi la totalidad de estos tienen algún tipo de inserción en la educación formal o no formal. La profesora del centro realiza los seguimientos y el apoyo personalizado a cada joven, así como las articulaciones con los diferentes centros educativos. Se intentaba respetar los intereses y motivaciones de los y las adolescentes para la inserción educativa

El traslado de la mayoría de los residentes a sus centros de estudios era supervisado por un referente de cuidado. Realizaban otras actividades externas al establecimiento, la mayoría concurre a un gimnasio privado del barrio a realizar diferentes actividades, así como también actividades deportivas y recreativas en coordinación con la IM. A su vez, participan en actividades como talleres de convivencia y violencia, que son preparados con los residentes, así como taller de violencia física o sexual, los temas son elegidos de acuerdo a los intereses que manifiesten los jóvenes.

En las visitas el centro planteó la importancia del trabajo con el ámbito familiar de los y las jóvenes. Se reconocían los esfuerzos particulares para sostener y fortalecer el vínculo con la familia. En el caso que no tuvieran relación con sus familiares o que

estuviese desaconsejada por resultar nociva para los y las adolescentes, se trabajaba para encontrar otros vínculos con personas que fueran significativos para ellos. Los y las jóvenes recibían llamadas, podían recibir visitas en el centro e iban a casas de familiares bajo el previo permiso del equipo técnico. Si bien había un régimen de días y horarios para las llamadas y visitas, se planteó una modalidad flexible para cumplir con los objetivos en cada caso.

A su vez se narraron esfuerzos de vinculación con compañeros de centros de estudio, permitiendo ir a hogares a estudiar y participar en actividades recreativas como fiestas y cumpleaños.

En el tema egreso dan cuenta de un proceso de preparación en el que se busca, en lo posible, afinar los intereses del joven con las posibilidades reales. Esto se detalló como un proceso de acceso a distintos recursos, acompañamiento al joven y de transición al siguiente lugar de convivencia y alojamiento.

Se destaca el conocimiento y trabajo conjunto de los y las adolescentes con el equipo en la planificación del egreso, donde se reconocen esfuerzos por viabilizar las intenciones de los jóvenes.

Resulta interesante la preparación al egreso que realizaba el centro por la originalidad de cada proceso particular. Se observó el involucramiento de los técnicos y educadores en este proyecto, consistente en diversas propuestas para estimular el manejo autónomo por parte de los jóvenes (por ejemplo, juego para aprender a manejar el dinero, realizar pedidos en supermercados, trabajando elementos para desarrollar la responsabilidad en la autonomía, etc.).

Se relevó una articulación con algunas organizaciones que trabajan en territorio (sobre todo en los casos que egresan para el interior del país) para dar sustento al proceso de egreso. Los funcionarios y equipos describieron la existencia de dificultades a nivel del sistema para apoyar y sostener estos procesos.

RECOMENDACIONES

A partir de las constataciones se recomienda al establecimiento “La posada”:

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 Comunicar a los jóvenes el protocolo de uso de las cámaras de seguridad y su alcance, de modo de otorgar garantías de confidencialidad y protección de su intimidad, en un plazo no mayor a un mes.

1.2 Adecuar en un plazo no mayor a seis meses, las habitaciones individuales de contención ambiental que permitan la aplicación de una medida terapéutica excepcionales, para situaciones graves, de acuerdo a los criterios estipulados en el protocolo de intervención en situaciones de pre-crisis, crisis y post-crisis de 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 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.

2.2 En un plazo de seis meses, implementar estrategias de tratamientos individualizadas de “rehabilitación” (a la interna del centro y/o articulando con servicios externos).

2.3 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, y que incorporen la perspectiva de género.

2.4- En un plazo de tres meses, ajustar estrategias de organización de los recursos humanos que aseguren una ratio adecuado de funcionarios de atención directa que permanezcan en el centro.

2.6- En un plazo que no exceda un mes, proponer dinámicas e intervenciones a la hora de las comidas que no favorezcan la estigmatización según hábitos y dietas.

3- Implementar acciones sobre la base del adolescente como sujeto de derechos, el cual cuenta con 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 adecuado que informe al joven y su familia sobre la estadía en este centro, los tratamientos disponibles, el personal involucrado y sus derechos como usuario.

3.2- Eliminar la nota de consentimiento informado que se entrega a las niñas, niños y adolescentes que ingresan al centro, y elaborar un nuevo documento que cumpla con las pautas específicas de un consentimiento informado hacia los residentes, en un plazo no mayor a un mes.

4- Generar las condiciones necesarias para dotar al espacio físico y generar un ambiente humano respetuoso, que propicie a todas las niñas, niños y adolescentes una calidad de vida adecuada.

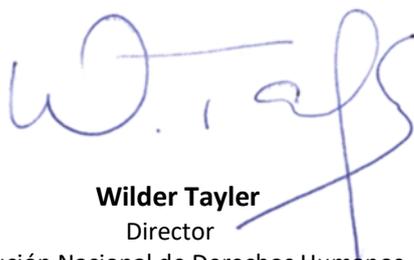
4.1- Implementar en un plazo de un año condiciones que doten al edificio de accesibilidad y mejoren las condiciones edilicias (luz, espacio) con énfasis en el sector masculino.

4.2- Mejorar las condiciones del mobiliario del sector masculino y espacio común del televisor para generar un nivel de apropiación del espacio de convivencia y descanso que implique mayor bienestar de las personas, a cumplir en un plazo de tres meses.

Recomendaciones a INAU

- Fortalecer la supervisión de INAU al establecimiento La Posada, 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.
- Acordar y disponer la orientación necesaria para la implementación de un mecanismo de denuncias formales y quejas de los residentes del Centro y sus familias, o referentes significativos, que prevenga y atienda cualquier tipo de malos tratos, violencia o abusos, el cual cumpla las garantías de protección y confidencialidad a sus usuarios, en un plazo de seis meses.
- Diseñar e implementar un plan de capacitación del personal que involucre los contenidos en Derechos Humanos, Derechos de niños, niñas y adolescentes, en género, y salud sexual y reproductiva que permitan poner en juego estas dimensiones en la comprensión de los y las adolescentes y sus necesidades, que permita mejorar la calidad de la atención de los mismos, en el plazo de un año.
- 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, que propicie el abordaje y reparación de tales situaciones.
- 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, en un plazo de seis meses.



Wilder Tayler
Director
Institución Nacional de Derechos Humanos
Y Defensoría del Pueblo