

# Estándares de derechos humanos para la evaluación del cuidado de la salud mental de niñas, niños y adolescentes

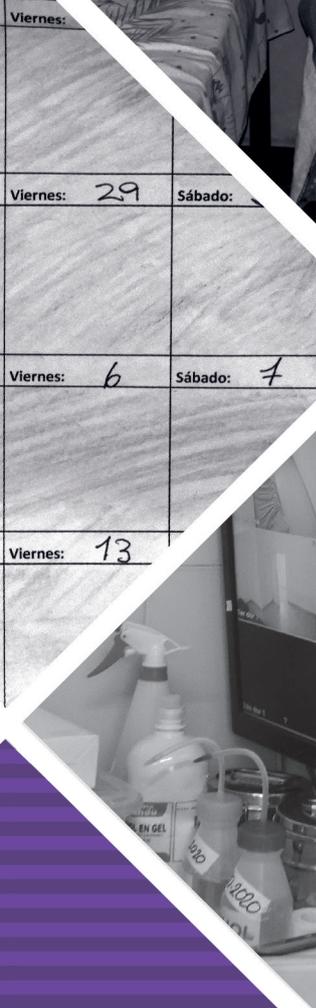
ORGANIZA:



Institución Nacional de  
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



APOYAN:





# Estándares de derechos humanos para la evaluación del cuidado de la salud mental de niñas, niños y adolescentes

ORGANIZA:



Institución Nacional de  
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



APOYAN:



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

Cr. Marcos Israel (presidente)

Lic. Jimena Fernández

Dr. Bernardo Legnani

Dra. Carmen Rodríguez

Dr. Wilder Tyler

### **Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes**

#### **Directoras**

Lic. Jimena Fernández y la Dra. Carmen Rodríguez

#### **Secretaria**

Maritza Ramos

### **Equipo Técnico Interdisciplinario MNP 2022**

Lic. en Ciencia Política Cecilia Alonso, Psic. Ariadna Cheroni, Dr. Daniel Díaz, Lic. en Trabajo Social María José Doyenart, Dr. Daniel Fessler, Dra. Victoria Iglesias, Soc. Laura Latorre, Lic. en Trabajo Social Fernando Leguizamón, Psic. Ana Inés Machado, Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez, Dra. Carla Piccinino Psic. Verónica Pereyra, Dra. Gianina Podestá, Lic. en Psicología Adriana Rodríguez, Dra. Alicia Saura

### **Equipo de monitoreo del sistema de protección 2022**

Lic. en Ciencia Política Cecilia Alonso, Lic. en Trabajo Social María José Doyenart, Dra. Victoria Iglesias, Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez, Dra. Carla Piccinino, Psic. Verónica Pereyra, Lic. en Psicología Adriana Rodríguez

### **El presente documento ha sido elaborado por:**

**Equipo MNP:** Lic. Licenciada en Ciencia Política Cecilia Alonso, Lic. en Trabajo Social María José Doyenart, Dra. Victoria Iglesias, Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez.

**Consultora UNICEF:** Soc. Fernanda Ferrari

**Consultora OPS:** Dra. Elizabeth Raffaele

### **Contó con la revisión y aportes de:**

Consultoras por UNICEF: Dra. Susana Grunbaum, Psic. Carmen Rodríguez

Consultoras por OPS: Dra. Gabriela Garrido

Actores públicos y privados y adolescentes que participaron en el proceso de consulta (ver listado en apartado "Un proceso virtuoso para la definición del instrumento de estándares")

Noviembre, 2022

ISBN: 978-9915-9488-2-9

ISBN versión digital: 978-9915-9488-3-6

# Índice

<b>Introducción</b> .....	6
<b>Un proceso virtuoso para la definición del instrumento de estándares</b> .....	8
<b>Acerca del proceso de consulta</b> .....	10
<b>Fases de la consulta</b> .....	10
<b>Actores convocados y perspectivas hacia adelante</b> .....	9
<b>Infancias, adolescencias y salud mental ¿de qué hablamos?</b> .....	12
<b>Infancias y adolescencias</b> .....	12
<b>Cuidado de la salud en infancias y adolescencias</b> .....	14
<b>Obligaciones del Estado en el cuidado de la salud de infancias y adolescencias</b> .....	17
<b>Dimensiones, estándares y criterios para la evaluación del cuidado de la salud mental de niñas, niños y adolescentes</b> .....	22
<b>Las cinco dimensiones del instrumento de estándares de derechos humanos</b> .....	23
<b>Estándares y criterios propuestos para el monitoreo de servicios de salud mental para la infancia y adolescencia</b> .....	27
Dimensión 1: El derecho a condiciones de vida adecuadas .....	28
Dimensión 2: El derecho al goce de una salud integral del más alto nivel posible .....	32
Dimensión 3: El derecho a la libertad personal y la seguridad de niñas, niños y adolescentes y el derecho a expresar su opinión y ser escuchados/as sobre todos los temas que le conciernen .....	38
Dimensión 4: El derecho a ser protegido/a contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso .....	42
Dimensión 5: El derecho a vivir en forma autónoma y a estar integrado/a en la comunidad .....	48
<b>Bibliografía</b> .....	52

# Introducción

El presente documento es un instrumento para la evaluación de los servicios de cuidado en salud mental de niñas, niños y adolescentes a partir de los estándares que en materia de derechos humanos plantean las normas internacionales y nacionales. La elaboración del instrumento se dió en un proceso de consulta y participación amplia de los diferentes actores involucrados en la política de salud mental dirigida hacia las infancias y adolescencias.

Este proceso fue llevado adelante por el Mecanismo Nacional de Prevención (MNP)<sup>1</sup> de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) de Uruguay, con el respaldo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), así como de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Contó con la participación de las instituciones responsables del diseño y/o implementación de la política pública de salud mental de niñas, niños y adolescentes, las instituciones que generan conocimiento en torno a la temática, las organizaciones sociales y los organismos encargados del monitoreo de los establecimientos referidos. También participaron de la consulta adolescentes de diversos ámbitos, tales como centros juveniles, instituciones educativas, Consejo Asesor Consultivo (CAC), centros 24 horas del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), entre otros. La metodología de trabajo utilizada permitió

---

<sup>1</sup> El 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 INDDHH y ha sido creado por mandato del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT), a fin de prevenir prácticas de tortura u otras formas de malos tratos hacia las personas privadas de libertad.

avanzar en la generación de lineamientos consensuados entre un amplio espectro de actores referentes en la materia.

La construcción de este tipo de herramientas tiene un carácter dinámico, dado que permite una adaptación constante, lo que confiere un estado permanente de revisión y ajuste. De acuerdo a la conceptualización de estándares de derechos humanos y los principios de progresividad y no regresividad, su uso contribuye a fijar criterios de aplicación e indicadores de medición para juzgar la debida satisfacción del derecho por parte del Estado y así poder desarrollar estrategias de exigibilidad.

Las personas que están internadas en servicios de atención en salud mental se encuentran en situación de dependencia de sus cuidadores y autoridades responsables, por lo cual su vulnerabilidad se ve agravada y el riesgo de malos tratos puede aumentar significativamente. Cuando la situación de encierro involucra a niñas, niños y adolescentes con padecimiento psíquico, se incrementan los riesgos de sufrir abusos, violencias y malos tratos.

Garantizar la adecuación de los servicios de salud mental en clave de derechos humanos, como lo estipula la ley de Salud Mental 19529<sup>2</sup>, exige un monitoreo sistemático. En este marco, la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes requiere que ese monitoreo sea externo e independiente como condición indispensable para detectar malas prácticas en la atención en salud y promover el desarrollo de servicios eficientes.

Esta iniciativa se constituye en la primera de un conjunto de propuestas en la misma dirección, que buscan colaborar en la generación de acuerdos amplios y participativos respecto al cuidado de la salud mental de niñas, niños y adolescentes. En este sentido, se trata de un documento preliminar, que se verá enriquecido con el proceso posterior de testeo del instrumento elaborado.

El documento se estructura en tres apartados, el primero describe el diseño y la implementación del proceso de consulta. El segundo aborda el concepto de infancias, adolescencias y salud mental, sustento teórico imprescindible para el posterior proceso de operacionalización. El tercero analiza los marcos normativos a los que responde el instrumento de estándares de derechos humanos para la evaluación del cuidado de la salud de niñas, niños y adolescente y desarrolla el conjunto de dimensiones, estándares y criterios utilizados para el monitoreo de los servicios.

---

2 Ley de Salud Mental 19529, promulgada el 24/08/2017. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

# Un proceso virtuoso para la definición del instrumento de estándares

## Acerca del proceso de consulta

La consulta multiactoral para la definición del instrumento referido ha surgido desde la labor de monitoreo que se desarrolla a través del MNP. Desde el 2016, el MNP ha visitado en forma sistemática las clínicas de salud mental pertenecientes al sistema de protección especial de INAU. A partir de las constataciones relevadas en el monitoreo, se ha tramitado ante INAU la preocupación por diferentes vulneraciones de derechos a los niños, niñas y adolescentes que allí residen. En especial se ha planteado a INAU la situación de permanencia prolongada de adolescentes con el alta médica en clínicas de breve estadía, a través de distintos mecanismos, inclusive ante la interposición de un recurso judicial de amparo en el año 2019<sup>3</sup>.

Fruto de este monitoreo continuo es el informe denominado *“La infancia que no queremos ver. Encierro y salud mental de niñas, niños y adolescentes”*<sup>4</sup>, que releva las situaciones de vulneración de los niños, niñas y adolescentes que residen en las clínicas de salud mental del sistema de protección especial de INAU. A partir de las líneas de acción propuestas en ese informe,

se generaron múltiples iniciativas de trabajo, tanto con INAU, como con OPS y UNICEF.

Dadas las necesidades de diálogo colocadas desde las sociedades científicas y la academia, se decidió trabajar en un proceso de consulta para la definición del instrumento de estándares en derechos humanos para la evaluación de la atención en salud mental a niñas, niños y adolescentes. De este modo, se establecieron líneas de cooperación específicas con OPS y UNICEF para desarrollar este proceso a cabalidad. Hacia julio de 2022 se realizó el acto inicial de este proceso, en el que estuvieron involucrados diversos actores pertenecientes al Estado, la academia y la sociedad civil, así como colectivos de adolescentes, que participaron en distintas etapas del ciclo de esta política pública.

## Fases de la consulta

Durante el primer semestre del año 2022 se diseñó el proceso con especial énfasis en una participación amplia y con diversidad de roles y responsabilidades de los actores a convocar.

Las instituciones invitadas designaron representantes que participaron en este proceso y aportaron la mirada institucional.

De este modo, la consulta participativa se concibió como un espacio de intercambio y reflexión con los actores referentes en la política de salud mental para infancias y adolescencias. En ese orden, a partir del acto de lanzamiento público realizado el 21 de julio, se desarrollaron entrevistas con cada uno de los referentes designados durante los meses de julio, agosto y septiembre. Los aportes surgidos de estas entrevistas se sistematizaron y se identificaron consensos, discrepancias, así como perspectivas que había que

---

3 El 20 de marzo de 2019, el Juez Letrado de Primera Instancia de Familia de Vigésimoctavo Turno hizo lugar a la acción de amparo solicitada por la INDDHH para que cese de inmediato la permanencia de niñas, niños y adolescentes con alta médica en clínicas de atención de episodios agudos. Disponible en <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/la-justicia-hizo-lugar-accion-de-amparo>

4 Esta investigación fue realizada por el MNP entre setiembre de 2019 y diciembre de 2020 con el apoyo de UNICEF Uruguay y se realizó su presentación pública en abril del 2021. La infancia que no queremos ver. Encierro y salud mental de niñas, niños y adolescentes. INDDHH- MNP. UNICEF. Disponible en : <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/infancia-queremos-ver>

profundizar en el documento. Entre agosto y octubre tuvo lugar también una consulta virtual y presencial con colectivos de adolescentes que trabajaron sobre el documento incorporando su perspectiva.

Todos los insumos recabados, tanto los de las entrevistas como aquellos emanados del espacio con adolescentes, fueron trabajados en el taller de intercambio presencial que se realizó en la INDDHH el 27 de octubre. En este taller participaron los referentes designados para esta consulta, así como los y las adolescentes que habían sido parte del trabajo de taller antes mencionado.

## Actores convocados y perspectivas hacia adelante

Tal como fuera enunciado, una de las mayores riquezas de esta consulta multiactoral es la diversidad de referentes que logró convocar, tanto por sus roles, disciplinas, responsabilidades y perspectivas. Para dar cuenta de ello, se presenta el listado de instituciones y actores designados/as que participaron de este proceso de consulta.

Institución	Área	Punto focal designado
Ministerio de Salud Pública (MSP)	Dirección General de Salud	Dra. María Giudici
	Dirección General de Fiscalización	Dra. Carolina Rebagliatti
	Programa Salud Mental	Dr. Horacio Porciúncula Lic. Agustín Lapetina
	Área Programática de Salud de Adolescencia y Juventud	Dra. Lorena Quintana
	Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental	Dra. Graciela Alfonso Psic Cecilia Barone Dra. Alicia Canetti Adriana Celery Psic Ana Monza
Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)	Programa de Salud Mental	Psic. Alfonso Arocena Psic. Clara Leis
Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU)	Programa de Intervenciones Especializadas	Ed Soc. Marcelo Peleteiro
	Subdirección general de Programática	Psic. Melissa Olivera
	MERAVI (Mecanismo de recepción y abordaje de situaciones de violencia institucional)	T.S. Agustina Espiga
Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)	Dirección de Salud Mental	Dr. Fabricio Choca
Fiscalía General de la Nación	Fiscal de Corte y Procurador General de la Nación	Dr. Juan Gómez
	Unidad de víctimas y testigos	Lic. Mariela Solari Lic. Paola Barca
Poder Judicial	Defensoría de Familia Especializada	Dra. Natalia Cunha

<b>Institución</b>	<b>Área</b>	<b>Punto focal designado</b>
Poder Judicial	Juzgado de Familia y Familia Especializada	Dra. Julia Staricco
Facultad de Medicina de la Universidad de la República	Cátedra de Psiquiatría Pediátrica	Dra. Gabriela Garrido Dra. Virginia Bessio
	Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses	Dr. Hugo Rodríguez
	Instituto de Pediatría	Dra. Loreley García
	Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria	Dra. Jacqueline Ponzo
Facultad de Enfermería de la Universidad de la República	Dirección de Cátedra Departamento del Niño, niña y adolescente	Dra. Lía Fernández
Facultad de Psicología de la Universidad de la República	Instituto Psicología Social	Dra. Laura López
Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República	Departamento de Trabajo Social	Dra. Cecilia Silva
Grupo de Salud Mental Comunitaria de la UDELAR		Dra. Lucía de Pena Dr. Daniel Zubillaga
Asociación de Defensores Públicos (ADEPU)		Dra. Stefania Brojji Dra. Tatiana Cabrera Dra. Yamila Cabrera Dra. Natalia Elutchanz
Asociación de Psicopatología y Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (APPIA)		Psic. Martha Mazzetti Psic. Silvia Araújo
Sindicato Médico del Uruguay (SMU)		Dra. Clara Niz
Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP)		Dra. Mónica Pujadas Dr. Gustavo Giachetto
Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (SUPIA)		Dra. Magdalena Garcia
Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU)		Dr. Artigas Pouy
Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC)		Dr. Gustavo Musetti
Asociación Nacional de Organizaciones No Gubernamentales Orientadas al Desarrollo (ANONG)		Psic. Estephany Aurelio Psic. Eliana Berruti Psic. Martina Buchelli Maestra Adriana Briozzo Ed. Social María Eugenia Raffo
Comité de Derechos del Niño Uruguay (CDNU)		Psic. Fabiana Condón Psic. Alfredo Correa Psic. María Noel González

Institución	Área	Punto focal designado
Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH)	Consejo Directivo	Lic. Jimena Fernández
	Área Salud Mental	Psic. Mónica Giordano
	Defensoría del Pueblo	Psic. Mariana Durán Lic. en T.S. Pablo Graña Psic. Oscar Rorra Lic. en T.S. Anabella Vázquez
	Área Estudios	Lic. en C. Políticas Manuela Abrahan Soc. Magdalena Gutiérrez Prof. Margarita Navarrete Dr. Martín Prats
	Área Descentralización	Psic. Ana Durán Soc. Federica Martínez Dra. Rosana Medina Lic. Carolina Patrón Psic. Paulo Romero
	Mecanismo Nacional de Prevención (MNP)	Psic. Ariadna Cheroni Dr. Daniel Díaz Dr. Daniel Fessler Soc. Laura Latorre Lic. en T.S. Fernando Leguizamón Psic. Ana Inés Machado Dra. Carla Piccininno Psic. Verónica Pereyra Dra. Gianina Podestá Psic. Adriana Rodríguez Dra. Alicia Saura
	Grupo de Trabajo de Medicalización y Patologización de las Infancias y Adolescencias	Psic. Adriana Cristóforo Psic. Alfredo Correa Psic. Mariana Durán Dr. Gustavo Giachetto Lic. en T.S. Pablo Graña Dra. Susana Grunbaum Psic. Alicia Muniz Psic. Melissa Olivera Dr. Carlos Zunino
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	Soc. Lucía Vernazza	
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Dr. Wilson Benia	
Adolescentes que pertenecientes a diferentes espacios colectivos de participación		

Dado el carácter dinámico del documento, hacia 2023 se ejecutarán diversas instancias de “testeo” del instrumento, de modo de introducir ajustes y

ajustes. De igual modo, se trabajará en líneas de cooperación específicas que permitan actualizar su metodología, así como profundizar sus alcances.

# Infancias, adolescencias y salud mental ¿de qué hablamos?

## Infancias y adolescencias

Los cambios producidos en el marco de la modernidad generan transformaciones de distinto tipo en las sociedades, que modifican su composición sociodemográfica<sup>5</sup> y su organización social. A partir de estos procesos se desarrolla una conceptualización diferencial de las distintas etapas de la vida de una persona<sup>6</sup>. Estas etapas se asocian por una parte a la edad cronológica, pero sobre todo a fases del desarrollo vital que abarcan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. En consecuencia, infancia y adolescencia surgen como conceptos para referirse tanto a una etapa del ciclo vital de una persona, como a categorías analíticas claves para comprender cuál es la atribución social que se otorga a esos conceptos y cómo esa valoración varía con el contexto sociohistórico.

En este sentido y en función de la heterogeneidad de realidades individuales vinculadas con el entorno de cada niña, niño y adolescente, no existe una sola manera de transitar la infancia y adolescencia. Se identifican una diversidad de infancias y adolescencias que responden a trayectorias atravesadas diferencialmente por las desigualdades sociales.

En las últimas décadas en Uruguay se han propiciado un conjunto de transformaciones en las políticas de infancias y adolescencias con el objetivo de adecuar los marcos legales y las instituciones rectoras de acuerdo a las obligaciones asumidas a partir de la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)<sup>7</sup>.

La CDN es el tratado internacional que reconoce los derechos de las infancias y adolescencias y en ese marco promueve la creación de un sistema integral de protección a la infancia. Para que efectivamente se instale este sistema, se necesita una desafiante adaptación institucional. Para ello es necesario un proceso sostenido para ordenar y coordinar la matriz de protección con una orientación específica a la infancia. Así, la CDN establece entre otras cosas, el derecho a la protección integral, el interés superior del niño y el derecho a estar debidamente informado. Asimismo, los Estados se comprometen a velar para que las niñas, niños y adolescentes puedan crecer en un ambiente seguro, libre de discriminación y de cualquier tipo de violencia, así como a garantizar las condiciones para su desarrollo.

La CDN se sustenta en los siguientes principios generales:

- **NO DISCRIMINACIÓN (art.2):** Todos los derechos deben ser aplicados a todos los niños, niñas y adolescentes, sin excepción alguna y sin distinción de ninguna especie y es obligación del Estado tomar las medidas necesarias para proteger al niño, niña o adolescente de toda forma de discriminación.
- **INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO (art.3):** Todas las medidas respecto del niño, niña o adolescente deben estar orientadas a garantizar y satisfacer sus derechos humanos, con particular consideración de aquellos derechos que son específicos a la infancia y adolescencia. Corresponde al Estado asegurar una adecuada

5 Aumento de la esperanza de vida al nacer y reducción de los nacimientos.

6 Conforme a los consensos generados a nivel nacional, se define como primera infancia, el período que va desde el nacimiento hasta los 5 años; infancia, de los 6 a los 11 años y adolescencia de los 12 a los 17 años (Consejo Nacional de Políticas Sociales; 2016).

7 La Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General, resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989, ▶

entró en vigor el 2 de setiembre de 1990 y fue ratificada en nuestro país por la ley 16137 del 26 de setiembre de 1990.

protección y cuidado, cuando los padres y madres, u otras personas responsables, no tienen capacidad para hacerlo.

En las diferentes situaciones particulares, que están involucrados un conjunto de intereses debe primar el interés que garantice el pleno ejercicio de los derechos del niño, niña o adolescentes en el presente y en el futuro. “La conculcación o vulneración de un derecho básico durante la infancia de un niño puede afectar el resto de su vida. En el ámbito de la salud, cobra especial importancia el mencionado principio en términos de oportunidad para el pleno desarrollo de sus capacidades.” (IDISU; 2012, p. 30).

- SUPERVIVENCIA Y DESARROLLO (art.6): Todo niño, niña o adolescente tiene derecho intrínseco a la vida y es obligación del Estado garantizar la supervivencia y el desarrollo.
- PARTICIPACIÓN (art. 12): El niño, niña o adolescente tiene derecho a expresar su opinión y a que ésta se tenga en cuenta en todos los asuntos que le afectan.

También se proponen como aspectos rectores de este enfoque el reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho pleno y el concepto de autonomía progresiva.

- El principio de AUTONOMÍA PROGRESIVA establece la calidad de sujeto de derecho de niñas, niños y adolescentes, lo que significa que tiene la capacidad de ejercer sus derechos y de asumir responsabilidades específicas conforme a la edad que esté viviendo. “Esto se traduce en la definición de una esfera de autonomía personal que se va ampliando a medida que el niño va creciendo, en tanto va desarrollando sus capacidades de discernir y determinarse por sí mismo. Esto significa que dicha esfera de autonomía resulta mucho más amplia en la adolescencia que en las primeras etapas de la niñez” (IDISU; 2012, p. 31).

La CDN constituye un cambio fundamental en las concepciones hacia la infancia y la adolescencia, ya que reconoce y establece como sujeto de derechos a niñas, niños y adolescentes. En Uruguay la aprobación

en 2004 del Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA)<sup>8</sup> encamina al país hacia el paradigma de la protección integral (Beloff; 1996). Es decir, niñas, niños y adolescentes dejan de ser concebidos como objetos de protección, incompletos e incapaces en relación a los adultos para ser tomados como sujetos plenos de derechos, y se coloca la responsabilidad del Estado en la protección y promoción de los derechos.

En este marco, las vulneraciones que transitan niñas, niños y adolescentes interpelan a los diferentes agentes del Estado, en tanto son los responsables de desarrollar estrategias de prevención, atención y reparación en casos de vulneraciones de sus derechos con una perspectiva que apunte a un abordaje interseccional de las desigualdades. Se trata de entender las múltiples diferencias o discriminaciones de etnia, género, clase, territorio, situación de discapacidad desde su sumatoria. Esta perspectiva posibilita entender las experiencias múltiples que se viven en esa diversidad y reflexionar sobre cómo se relacionan la igualdad, identidad y poder en las interacciones de una sociedad dada en un tiempo dado (Symington; 2004).

En este sentido, el análisis de la interseccionalidad desde el que se posiciona este documento para abordar el cuidado de la salud mental de niñas, niños y adolescentes, se sustenta en dos características:

Primero, las bases o los factores son analíticamente inseparables como la experiencia de la discriminación no puede ser desagregada en diferentes bases. La experiencia es transformada por la interacción. Segundo, la interseccionalidad es asociada con una experiencia cualitativa diferente, creando consecuencias para esos afectados en formas que son diferentes por las consecuencias sufridas por aquellos que son sujetos de solo una forma de discriminación. Este enfoque es importante porque permite visibilizar las particularidades de la discriminación que sufren grupos que históricamente han sido discriminados por más de uno de los motivos prohibidos establecidos en varios tratados de derechos humanos (Caso Gonzales Lluy y Otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C No. 298. pág 4).

---

8 Código de la Niñez y Adolescencia, aprobado por ley 17823 de 7 de septiembre de 2004 con modificaciones en 2007, 2011, 2013 y 2020.

Así, se advierte que los diversos entrecruzamientos en la vivencia de situaciones como la explotación, abuso, violencia, maltrato, falta de acceso a bienes y servicios, discriminación, así como condiciones y oportunidades

limitadas para el desarrollo integral, son algunas de las formas que cobra la desigualdad, que afectan la vida de niñas, niños y adolescentes.

## Cuidado de la salud en infancias y adolescencias

*La "vacuna" más eficaz contra los desafíos mundiales en materia de salud siempre ha sido y será garantizar el goce efectivo de todos los derechos humanos, incluido el fomento de la salud física y mental a través de la participación y el empoderamiento verdadero de todas las personas.*

Informe final del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras; 2020, p. 2

El concepto de salud ha experimentado transformaciones sustanciales a lo largo de la historia, en función de los avances tecnológicos y sociales. Este cambio conceptual impacta en los contenidos, alcances y prácticas en salud. Como toda categoría sociohistórica, estas transformaciones no son homogéneas ni uniformes y conviven en permanente tensión entre concepciones diversas. Este escenario de construcción conceptual permite avanzar en un intercambio entre los diversos actores para la inclusión de un enfoque basado en derechos para la promoción de la salud mental.

Según la OMS la salud mental es concebida «como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera y aporta algo a su comunidad. Con respecto a los niños se hace hincapié en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos y emociones, así como para crear relaciones sociales, o la aptitud para aprender y adquirir una educación que en última instancia los capacitará para participar activamente en la sociedad» (OMS; 2013, p. 7).

En esta línea, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2019) expresa que "el derecho a la salud no es el derecho a estar sano, sino el derecho tanto a condiciones como a servicios que conduzcan a una vida digna e igualitaria, y a la no discriminación en relación con la salud" (p.4). Basado en el principio de interdependencia de los derechos y

la conceptualización de los determinantes de la salud<sup>9</sup>, plantea que "uno de los principales determinantes de la salud mental es el de hacer efectivos todos los derechos humanos (ONU;2019, p.4).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, establece una concepción amplia de la salud, concibiendo que el derecho a la salud involucra derechos y libertades<sup>10</sup>. Establece que el acceso a una buena salud, entre otras cosas, involucra la libre determinación de la persona y la autonomía, incluido el derecho a participar en la adopción de las decisiones

9 "2. Por determinantes sociales de la salud se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud" OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - A62/9, 2009.

10 "8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud." Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General núm. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

médicas. Se reconoce cada vez más que el entorno psicosocial cobra relevancia para la salud, al igual que el entorno físico. El Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2019) expresa que los órganos creados en virtud de los tratados han incorporado no sólo requisitos materiales sino también determinantes psicosociales para alcanzar una buena salud. En este sentido, promover la salud y la salud mental, requiere la inclusión en la comunidad<sup>11</sup>, un entorno libre de violencia para niñas, niños y adolescentes<sup>12</sup>, la eliminación de la violencia contra la mujer<sup>13</sup>, la participación en la diversidad cultural<sup>14</sup> y la erradicación de la xenofobia<sup>15</sup> (ONU; 2019).

Desde esta perspectiva avanzar en la promoción de la salud mental, requiere concentrarse en las relaciones y la vinculación social. El fortalecimiento de la comunidad y la promoción de una sociedad saludable, permite recuperar la salud social y por lo tanto promueve la salud mental de toda la población (ONU; 2019).

En este marco, es posible referirse a la salud desde una mirada de derechos, que favorezca las condiciones de vida general, personal, familiar y comunitaria. Un enfoque de salud con perspectiva de derechos de infancias y adolescencias, implica poder integrar el relacionamiento con la comunidad, con la naturaleza, poniendo énfasis en la calidad de los vínculos y en la producción colectiva de la salud (INDDHH; 2021).

- 
- 11 Véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.
- 12 Véase Comité de los Derechos del Niño, observación general núm. 13 (2011) sobre el derecho del niño a no ser sometido a ninguna forma de violencia.
- 13 Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, párrs. 7 y 8.
- 14 Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 21 (2009), sobre el derecho de toda persona a participar en la vida cultural, párr. 16.
- 15 Véase la observación general conjunta núm. 3 (2017) del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y núm. 22 (2017) del Comité de los Derechos del Niño sobre los principios generales relativos a los derechos humanos de los niños en el contexto de la migración internacional, párrs. 20 y 40.
- 16 Bronfenbrenner, psicólogo estadounidense, construyó una teoría para comprender el desarrollo de las personas a partir de un modelo que supone la interacción de cuatro sistemas interconectados que se retroalimentan entre sí. El microsistema, comprende las interacciones personales de niñas, niños y adolescentes con su entorno próximo (referentes familiares, grupos de pares, etc.) El mesosistema, refiere a las relaciones ▶

**En los momentos decisivos del desarrollo del niño, los factores basados en la experiencia y el entorno pueden representar un riesgo para la salud mental o contribuir a protegerla. Los enfoques de las políticas deben tener como objetivo minimizar los riesgos y maximizar los factores de protección (UNICEF;2022,p.8).**

El pleno goce de la salud mental está relacionado no sólo con aspectos individuales (comportamentales, gestión de las emociones y pensamientos, capacidad de vincularse con otros, etc.), sino también con factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales (políticas públicas dirigidas a la promoción y atención de la salud mental, condiciones laborales, redes comunitarias de apoyo, etc.).

**En el caso de las niñas, niños y adolescentes, se entiende por bienestar la interacción de aspectos psicológicos, emocionales, sociales, cognitivos, físicos, que median la capacidad para crecer, aprender, socializar y desarrollarse en todo su potencial (UNICEF;2019b).**

Desde la perspectiva de los determinantes de la salud y los derechos humanos, el modelo social ecológico (Bronfenbrenner; 1989)<sup>16</sup> aporta en el diseño de intervenciones de calidad en salud mental. Este modelo sitúa a la infancia en el centro, circundada por una serie de estructuras en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro (ver gráfico 1).

---

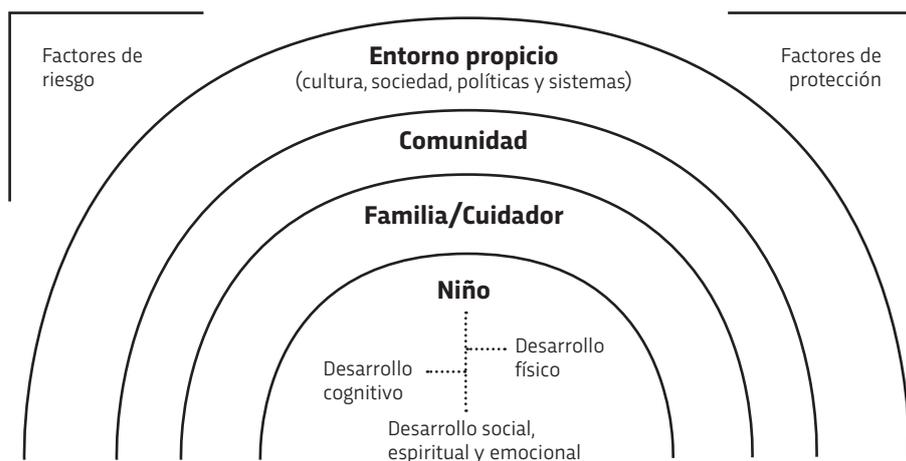
e interacciones que se dan entre los microsistemas. El exosistema involucra otras estructuras sociales (formales e informales) que tienen influencias indirectas en la medida que afectan a los diferentes, incluyen el barrio, los lugares de trabajo de los padres, etc. El macrosistema, se refiere a los marcos culturales y políticos que atraviesan a los tres sistemas anteriores (condiciones de vida, políticas, oportunidades, riqueza, pobreza) (Bronfenbrenner; 1994).

En el primer nivel se encuentra la familia y los cuidadores; el círculo siguiente refiere a la comunidad y representa los vínculos con los centros educativos y los espacios comunitarios; el tercer círculo refiere a la sociedad, a sus culturas y normas. Cada una de estas esferas ubican factores de riesgo y protección, estos pueden configurar un problema para la salud mental

o contribuir a protegerla (UNICEF; 2022 y UNICEF; 2021). En consecuencia, el desarrollo físico, cognitivo, social, espiritual y emocional de niñas, niños y adolescentes se configura en el vínculo dinámico e interrelacional que se establece con los círculos concéntricos que lo rodean: la familia, la comunidad y la sociedad.

### Gráfico 1

El modelo social ecológico gira en torno a los niños



Fuente: Gráfico tomado del “Marco Operacional Multisectorial Global. En favor de la salud mental y el apoyo psicosocial de niños, adolescentes y cuidadores en distintos contextos” UNICEF, 2022, p. 17.

La exposición a condiciones de vida y contextos no adecuados para el desarrollo de la persona se convierten en factores de riesgo importantes que pueden ir en detrimento de la salud mental, esto se agudiza en el caso de niñas, niños y adolescentes que pueden ver afectado su desarrollo.

Asimismo, el goce de una buena salud de niñas, niños y adolescentes está estrechamente vinculado con la **etapa de desarrollo** y los aspectos de su entorno que contribuyen a la emergencia de factores de riesgo y de protección. El cuidado de la salud mental requiere adaptar las estrategias a las etapas de desarrollo según las necesidades de los niños, niñas y adolescentes y sus circunstancias. Estas intervenciones también deben tener en cuenta las **necesidades concretas de todos los géneros**, con el objetivo de no profundizar la discriminación y exclusión de los grupos de riesgo (UNICEF, 2022, p. 17-18).

Las estrategias a que se hace referencia en el párrafo anterior deben considerar el **espectro continuo de la salud mental**, definida como algo mutable. La

mayoría de las personas en algún momento pasan de disfrutar de una buena salud mental a otros estados que van desde una situación temporal de angustia a trastornos duraderos de la salud mental. Desde esta concepción la salud mental es concebida como un proceso ininterrumpido que requiere de estrategias que vinculen las esferas de la promoción, la prevención y la atención (intervención temprana, tratamiento y atención permanente) (UNICEF; 2022).

De acuerdo a lo expresado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2017):

**«Las intervenciones deben trabajar necesariamente en una doble dimensión, por un lado, mitigar los factores de riesgo, y por el otro, reforzar los factores protectores que existen e inciden en los niños, niñas y adolescentes. La mayoría de estos fenómenos**

**tienen además afectaciones sobre varios derechos, lo cual implica la respuesta articulada desde diversos sectores. Esta perspectiva considera la interdependencia, indivisibilidad y complementariedad de los derechos» (p. 43-44).**

Cuando se trata de la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, es fundamental integrar la salud mental. Su abordaje inadecuado en la infancia y adolescencia puede dejar secuelas para el resto de la trayectoria vital.

## Obligaciones del Estado en el cuidado de la salud de infancias y adolescencias

*El efectivo ejercicio de los derechos de las infancias y adolescencias en el ámbito de la salud, exige que el Estado implemente "... dispositivos que garanticen los derechos de acceso a los servicios de atención, de recibir información, de expresar su voluntad y de que esta sea debidamente atendida en un marco de confidencialidad"*  
Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay; 2012, p. 23.

Los Estados tienen la obligación de garantizar la existencia de una matriz de protección integral para niñas, niños y adolescentes, enmarcadas en el principio del interés superior del niño y el derecho a estar debidamente informado, considerando el principio de autonomía progresiva.

En el área de la salud el principio de autonomía progresiva se operacionaliza en el requisito por el cual toda actuación profesional cuente previamente con un consentimiento informado de niñas, niños o adolescentes. Este documento se debe fundar en un proceso interactivo de comunicación entre el niño, niña o adolescente y el equipo de salud tratante. A partir de una información completa, clara y adecuada a la edad, el niño, niña o adolescente, accede de forma voluntaria y sin coerción a sus tratamientos, brindando la autorización o no, de intervenciones clínicas y psicosociales específicas (CNCHDDNA; 2020).

En este sentido, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)<sup>17</sup> tiene como propósito:

(...) promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Entre sus preceptos reconoce y promueve un modelo de toma de decisiones con apoyo como medio para proporcionar la ayuda. Esto implica que las personas con discapacidad pueden nombrar a un referente afectivo, persona de confianza o una red de personas para consultar e intercambiar temas que le afecten y utilizarlos como voceros de sus necesidades, opiniones e intereses. En aquellas circunstancias que se valora que el niño, niña o adolescente presenta un padecimiento mental que le impide tomar decisiones, y por tanto no puede comprender los objetivos y riesgos de su tratamiento, debe apelarse a su red de apoyo, sean sus padres o sus representantes legales.

<sup>17</sup> La Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD-ONU), aprobada por la Asamblea General en la Resolución 61/106, 13 de diciembre 2006, entra en vigor mayo 2008, ratificada en nuestro país Ley N°18.418, 20 de noviembre 2008.

Asimismo, la CDPD establece en su artículo 7 la responsabilidad de los Estados de garantizar las medidas necesarias para que los niños, niñas y adolescentes gocen plenamente de sus derechos, incluidas la promoción y atención de su salud.

La CDN y la CDPD consagran principios y objetivos para garantizar la no discriminación, proteger y asegurar el disfrute de los derechos de los niños, niñas y adolescentes con padecimientos psíquicos en pie de igualdad con los demás, y propiciar su plena integración social. Esto significa que el Estado debe instrumentar estrategias específicas para las infancias y adolescencias en situaciones de alta dependencia por padecimientos psíquicos, que aseguren su reconocimiento como sujetos de derecho e imposibiliten a su vez la violación de sus derechos humanos.

A nivel nacional, la protección integral de las infancias y adolescencias está abordada en el Código de la Niñez y Adolescencia (CNA)<sup>18</sup>, que regula las responsabilidades del Estado hacia las personas menores de 18 años.

20

(Principio de protección de los derechos). Todo niño y adolescente tiene derecho a las medidas especiales de protección que su condición de sujeto en desarrollo exige por parte de su familia, de la sociedad y del Estado (artículo 3).

En Uruguay, la promulgación y reglamentación de la Ley de Salud Mental (19529) supuso un cambio de paradigma que pasa de una perspectiva asilar a una atención integral, con énfasis en lo comunitario. Se entiende la salud mental desde una perspectiva donde los abordajes de tipo comunitario y psicosocial son claves para promover el bienestar mental y psíquico de las personas. La promulgación de esta ley, presenta especiales desafíos para su puesta en práctica dada la necesidad de contar con servicios especializados que garanticen el acceso a la educación, la salud, el cuidado, la recreación y la participación, particularmente entre niñas, niños y adolescentes.

A partir de este marco normativo, se establece que las estrategias de abordaje deberán estar orientadas

al logro de una mejor calidad de vida, procurando procesos accesibles, adaptados a las diferentes etapas y necesidades de las niñas, niños y adolescentes, con el fin de mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social y cultural a lo largo del ciclo vital. En ese sentido, desde el marco regulatorio actual se entiende a los procesos de hospitalización como recurso restringido y se establece que en ningún caso su uso será prolongado para resolver problemas sociales o de vivienda (artículo 21, ley 19529).

Así el Plan Nacional de Salud Mental propone como modelo central la inclusión socio comunitaria de las personas, con la finalidad de promover condiciones que contribuyan al ejercicio de los derechos y a su bienestar socioemocional (MSP, 2017). Por su parte la ley 18335 que establece los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, en su artículo 6 estipula el derecho a:

...acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública.

También se reconoce el derecho a un trato respetuoso y digno (artículo 17) y el derecho al conocimiento por parte de la persona de todo lo relativo a su enfermedad (artículo 18).

A partir de lo expuesto, queda de manifiesto que la protección de la salud mental de niñas, niños y adolescentes requiere el acceso a servicios de atención, recibir información completa y de forma adecuada, y que su opinión sea tenida en cuenta en un marco de confidencialidad.

Asimismo, en la Observación general núm. 14 (2000), sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, determina que los Estados tienen la triple obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud mental, incluidos los determinantes básicos para promover esa salud. Los Estados deben garantizar políticas, leyes y prácticas que no obstaculicen la promoción de la salud mental, en particular de las personas que se encuentran en las situaciones más desfavorecidas.

---

<sup>18</sup> Aprobado por Ley N° 17823 de 7 de septiembre de 2004 con modificaciones en 2007, 2011, 2013 y 2020.

Hacer efectivo el derecho a la salud mental requiere no sólo una atención equitativa de la salud (y alternativas al modelo biomédico), sino también intervenciones públicas de salud mental que puedan proteger a las poblaciones de los principales factores de riesgo de una salud mental deficiente (ONU, 2019).





# Dimensiones, estándares y criterios para la evaluación del cuidado de la salud mental de niñas, niños y adolescentes

Un estándar de derechos humanos constituye un patrón que permite evaluar el grado de cumplimiento de las normas que protegen y garantizan derechos por parte del Estado y como tal puede ser utilizado como criterio instrumental para las acciones de monitoreo de las políticas públicas.

El estándar se construye a partir de la definición del derecho y prescripción de la conducta exigida al Estado que aportan las normas contenidas en los tratados internacionales de derechos humanos y de la interpretación que los organismos nacionales e internacionales realizan a través de su jurisprudencia, informes, recomendaciones, observaciones o comentarios. Si bien sólo la norma posee carácter vinculante, la opinión de estos organismos contribuye, como ya fuera planteado, a fijar criterios de aplicación e indicadores de medición para juzgar la debida satisfacción del derecho por parte del Estado.

Los estándares que utiliza este documento se basan en el Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS<sup>19</sup>, que tiene como objetivo la evaluación de servicios de salud mental a partir de los estándares de la CDPD. Para la elaboración de este documento se ajustó a la realidad nacional y se incluyó la perspectiva de infancias y adolescencias integrando las normas de derecho internacional derivadas de la CDN. También se nutre de los aportes del proceso de monitoreo<sup>20</sup> que desarrolla

el MNP en las clínicas de salud mental para niñas, niños y adolescentes del sistema de protección del INAU. Así como se enriqueció con el proceso de consulta a los actores involucrados en la implementación, ejecución y evaluación de la política de salud mental de niñas, niños y adolescentes en Uruguay.

En distintas evaluaciones realizadas por el MNP en las clínicas de salud mental para la infancia y adolescencia se han constatado situaciones de malos tratos, aplicación inadecuada de las medidas de contención y tratamientos no integrales que se centran en la atención farmacológica. De igual forma, se ha observado el desarrollo de una atención de niñas, niños y adolescentes que no considera su autonomía progresiva y el derecho a ser informados y oídos en todos los aspectos que conciernen a su vida, lo que no contempla en muchos casos lo que plantea la CDN<sup>21</sup>.

Las personas con padecimientos psíquicos en ocasiones son expuestas a condiciones de vida donde se las somete a situaciones de degradación personal y deshumanización. Por estas razones, la OMS recomienda a los Estados el cierre progresivo de los dispositivos de larga estadía hospitalaria. Al mismo tiempo, encomienda desarrollar la atención de la salud mental desde los servicios comunitarios del primer nivel de atención, como una de las claves para la promoción de la salud (OMS, 2013).

19 Organización Mundial de la Salud "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.

20 El monitoreo al sistema de protección tiene el objetivo de prevenir las posibles vulneraciones de derechos y en caso de identificarlas incidir en su erradicación.

21 Ver informe "La infancia que no queremos ver. Encierro y Salud Mental de niñas, niños y adolescentes" (MNP-INDDHH), en abril de 2021. Recuperado de: <https://www.gub.uy/institucional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/infancia-queremos-ver>

En este sentido, sostiene la OMS:

**“Una evaluación exhaustiva de los establecimientos puede ayudar a identificar los problemas en las prácticas de atención de salud existentes, como también a planificar vías eficaces que garanticen que los servicios sean de buena calidad, respetuosos de los derechos humanos, sensibles ante las necesidades de los usuarios y que promuevan su autonomía, dignidad y derecho a decidir por sí mismos. La evaluación es importante no sólo para corregir descuidos o abusos ya producidos, sino que también para garantizar el desarrollo de servicios efectivos y eficientes en el futuro” (OMS, 2012, p. 8).**

La herramienta de evaluación propuesta abarca cinco dimensiones que observan el nivel de cumplimiento de los estándares internacionales en materia de derechos humanos y salud mental, basados en la CDPD con un enfoque de derechos de infancia y adolescencia, emanado de la CDN<sup>22</sup> en atención a las características de la población residente en los servicios a evaluar.

La herramienta elaborada fue pensada para la evaluación de servicios o áreas encargadas del cuidado de la salud mental de niñas, niños y adolescentes, desde una perspectiva de derechos humanos. En este sentido es preciso reiterar su alcance con relación a su ámbito de aplicación (unidades de corta estadía/ centros de

atención a episodios agudos; unidades de mediana estadía/centro diurno de rehabilitación psicosocial y hospitales de día), conforme a lo dispuesto por la ordenanza N° 1488. En este marco, se hace referencia al “servicio” como denominación de los diferentes establecimientos, hospitales, centros, clínicas, casas, dispositivos o áreas que abarca el Instrumento.

A su vez, se reconoce que estos servicios están integrados en una red más amplia de la política en salud mental para la infancia y adolescencia, cuya disponibilidad y acceso deberá ser evaluado por un instrumento que valore la política pública.

### **Las cinco dimensiones del instrumento de estándares de derechos humanos**

Cada una de las dimensiones se compone de estándares de derechos humanos, y se operacionalizan en una serie de criterios verificables que permiten establecer su nivel de cumplimiento. Una de las potencialidades de esta herramienta radica en la adaptación de los criterios a las características específicas de los servicios dónde se aplicará y las poblaciones que estos reciben. Asimismo, se destaca el carácter dinámico de la herramienta, lo que posibilita un estado permanente de revisión y ajuste.

Finalmente, interesa alertar al lector respecto a la interrelación de las distintas dimensiones presentadas. Si bien por cuestiones de delimitación y comprensión se presentan por separado, la interconexión existente entre ellas da cuenta de la complejidad del fenómeno a abordar. Asimismo, tal como fuera explicitado líneas arriba, cada una de las dimensiones abordadas deberá comprenderse y contextualizarse conforme a las diversas trayectorias vitales de niñas, niños y adolescentes, esto es en la comprensión del entrecruce de desigualdades a las que pueden enfrentarse en base a su género, edad, etnia, clase, lugar de residencia, entre otras.

A continuación, se presentan brevemente, las cinco dimensiones extraídas de la CDN y la CDPD:

25

---

22 Como se planteó anteriormente, el enfoque de protección integral que plantea la CDN está basado en los principios generales que la articulan, a saber: no discriminación (artículo 2), interés superior del niño (artículo 3), supervivencia y desarrollo (artículo 6) y derecho a ser oído en todos los asuntos que le atañen (artículo 12). A su vez se proponen como aspectos rectores de este enfoque el reconocimiento de la infancia y la adolescencia como sujetos de derecho pleno y el concepto de la autonomía progresiva.

## 1. El derecho a condiciones de vida adecuadas

Las posibilidades de un desarrollo integral, particularmente en la infancia y en la adolescencia está fuertemente influenciado por las condiciones materiales de vida, así como por las relaciones que mantienen niñas, niños y adolescentes con pares y referentes adultos de su entorno. Considerando “la interconexión entre bienestar y el desarrollo cognitivo, físico, social, espiritual y emocional” (UNICEF;2021, p.26) los servicios de cuidado a la salud mental no pueden constituirse en espacios que perpetúen vulneraciones<sup>23</sup> sino que deben garantizar y promover el ejercicio de derechos.

En este sentido, es preciso que niñas, niños y adolescentes encuentren en los servicios entornos vitales propicios, tanto en lo edilicio y estructural, como en las condiciones para el desarrollo de la vida cotidiana en todos los ámbitos. En el marco de la aprobación de la ley de Salud Mental, la atención debe priorizar el abordaje comunitario en los territorios de referencia. Cuando esto no es posible, deben considerarse las consecuencias que generan en niñas, niños y adolescentes estos procesos de desarraigo. Es responsabilidad del Estado tender a políticas que atiendan las necesidades de las poblaciones situadas en sus territorios de pertenencia.

Los niños, niñas y adolescentes que residen en servicios de salud mental, deben acceder a espacios confortables que resguarden su privacidad e identidad. La construcción de identidad, requiere de espacios vitales propios, con acceso a pertenencias personales que dan cuenta de su historia e identidad. En este sentido,

los instrumentos vinculados a la seguridad (por ejemplo, el uso de videocámaras), deberán tener como objetivo la protección de niñas, niños y adolescentes ante posibles situaciones de riesgo para su salud o la de otros, salvaguardando su derecho a la intimidad y privacidad. En tanto medida de protección, requiere de la vigilancia exclusiva del personal de salud y en ningún caso debe sustituir la vigilancia y cuidado que puede brindar de forma directa el personal.

El mantenimiento de relaciones positivas es uno de los factores que más interviene en la autoestima y el sentimiento de integración. Al tiempo que habilita la expresión libre de opiniones y fortalece la capacidad de niñas, niños y adolescente de actuar frente a lo que ocurre en su vida (UNICEF; 2021), en el reconocimiento de la diversidad, la igualdad de género y la no discriminación.

Asimismo, deberá asegurarse el acceso a una alimentación de calidad y suficiente; así como la provisión de espacios adecuados y la generación de vínculos saludables contribuirá al ejercicio de la autonomía progresiva y al desarrollo de su identidad.

## 2. El derecho al goce de una salud integral del más alto nivel posible

El derecho a la salud implica el acceso a los servicios integrales de salud sin ningún tipo de discriminación, en el respeto de la autonomía, libertad y diversidad funcional de las personas sobre el control de su cuerpo. Para quienes tienen padecimientos psíquicos y residen en servicios especializados, es fundamental que se realice un abordaje integral, donde se informe a niñas, niños y adolescentes, así como a sus referentes sobre el diagnóstico y tratamiento, la medicación psicotrópica indicada y otras posibles opciones de tratamiento alternativo o complementario.

<sup>23</sup> En muchos casos cuando niñas, niños tienen padecimientos vinculados a la salud mental han vivido múltiples vulneraciones, tales como maltrato, institucionalización temprana, desarticulación familiar, marginalidad, violencia, explotación sexual, entre otras, que atentan contra su desarrollo y bienestar.

El énfasis de la atención debe estar puesto en una lógica de recuperación con base en el involucramiento de la comunidad y los referentes afectivos. En consecuencia, se requieren tratamientos integrales e individualizados, con participación de los niños, niñas y adolescentes. A su vez, debe incluir los controles de salud general y el abordaje específico de la salud sexual y reproductiva a partir de un enfoque de infancia y adolescencia.

Todas estas acciones deberán ser desarrolladas por un personal calificado, con formación específica en temas de infancia y adolescencia, salud mental, derechos humanos, igualdad de género, diversidad y con habilidades socioemocionales que permitan afrontar situaciones críticas.

### **3. El derecho a la libertad personal y la seguridad de niñas, niños y adolescentes y el derecho a expresar su opinión y ser escuchados/as sobre todos los temas que le conciernen**

Ningún niño, niña ni adolescente puede ser privado de su libertad de forma ilegal o arbitraria, por ende, no podrán ingresar ni permanecer internados en servicios especializados en salud mental sin un criterio terapéutico que lo justifique, realizado por un equipo interdisciplinario (art. 24, art. 19 ley de Salud Mental). Es fundamental que quienes residen o están hospitalizados en servicios de salud mental, así como sus referentes afectivos, accedan a la información oportuna sobre el tratamiento, alternativas, así como al consentimiento informado establecido en la normativa.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser tenidos en cuenta en su

vida cotidiana, consultados, escuchados y particularmente estimulados para tomar la iniciativa en aquellos aspectos que les afectan. Muchas veces, en las dinámicas de institucionalización que se desarrollan en los servicios de salud mental estos derechos están en riesgo de ser vulnerados. Para que ello no ocurra deberá garantizarse el acceso a información clara y completa con relación a su evaluación, diagnóstico y opciones de tratamiento. Es importante que se cuente con espacios y adultos que habiliten la libre expresión de niñas, niños y adolescentes en todos los asuntos que lo afectan y que su opinión sea tomada en cuenta en las decisiones vinculadas a su tratamiento. Los niños, niñas y adolescentes, en tanto sujetos de derechos deben ser protagonistas de sus procesos de salud.

En los casos que la intervención del servicio sea producto de una disposición judicial, debe garantizarse el acceso a la justicia, lo que implica que niñas, niños y adolescentes tengan conocimiento de quién es su defensor y puedan concretar una consulta efectiva con este cuando así lo requieran. El carácter de esta consulta será libre y confidencial a los efectos de conocer su situación jurídica, sus alternativas, así como las decisiones que se adopten en su caso.

#### **4. El derecho a ser protegido contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso**

Es fundamental que los niños, niñas y adolescentes vivan en un ambiente libre de maltrato verbal, mental, emocional, físico, sexual, químico y del abandono y la negligencia. Las condiciones de encierro, las medidas sanitarias que se emplean y la estigmatización social que recae sobre la población con padecimiento psíquico, aumentan los riesgos de sufrir abuso, violencia y malos tratos. Por ello debe garantizarse la protección contra la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes en todos los servicios de atención a la salud mental.

Conforme a las disposiciones nacionales, en el marco del plan nacional de salud mental el abordaje debe propiciar la intervención comunitaria. En este sentido, los servicios de atención a la salud mental deberán priorizar el uso de métodos alternativos al aislamiento y la contención mecánica y farmacológica frente a situaciones de crisis. Esto requiere contar con un personal idóneo para identificar los desencadenantes de una potencial crisis y anticiparla. Asimismo, la aplicación de medidas de contención mecánica y farmacológica pueden vulnerar los derechos de las personas residentes, por lo que deben ser utilizadas como elementos excepcionales. En consecuencia, se las debe aplicar por el menor tiempo posible según estipula la normativa internacional y nacional y no como forma de control o sanción frente a comportamientos o actitudes de niñas, niños y adolescentes. Su uso debe establecerse en todos los casos por indicación médica y con un protocolo claro y compartido por todo el equipo.

Es fundamental la existencia en todos los servicios de mecanismos de denuncia formales

frente a eventuales vulneraciones con garantías de protección. Estos deberán ser conocidos por las niñas, niños y adolescentes que residen en los servicios de salud y sus referentes afectivos; asimismo tendrán que otorgar las garantías de anonimato, para evitar cualquier tipo de exposición o eventuales represalias frente a las denuncias realizadas.

#### **5. El derecho a vivir en forma autónoma y a estar integrado/a en la comunidad**

Todos los niños, niñas y adolescentes deben ser reconocidos en su condición de sujetos de derechos. Los responsables de los servicios de cuidado a la salud mental deben propiciar acciones para garantizar el derecho de vivir de forma autónoma y a estar integrados en la comunidad. Se trata de propiciar la integración a la comunidad de los niños, niñas y adolescentes que residen en servicios de salud mental, desarrollando estrategias que promuevan su participación en actividades artísticas, culturales, sociales, deportivas. Esta participación debe contemplar sus intereses en un proceso de creciente autonomía, en el respeto de su diversidad y construcción de identidad. En este sentido, se requiere la generación de apoyos necesarios para una completa integración socioeducativa. Muchas veces los establecimientos de internación para la atención en salud mental de niñas, niños y adolescentes, se encuentran alejados de sus comunidades de origen, lo que genera procesos de desarraigo y desvinculación con el territorio. En este sentido, desde los servicios se deberá estimular la vinculación con referentes afectivos y comunitarios de su lugar de origen, para evitar estos procesos de desarraigo. Esto en tanto desde el Estado se generan políticas tendientes a contemplar las necesidades de las poblaciones situadas en sus territorios.

Los egresos de servicios de mediana estadía o medio camino tienen que estar vinculados a servicios comunitarios de atención en salud integral, así como a programas de apoyo ante situaciones de vulneración social, económica y afectiva. Para ello, será necesario el establecimiento de vínculos con otras organizaciones (según sus intereses y necesidades y situadas en sus territorios de origen) que pudieran permanecer y apoyar tras el egreso. Esta estrategia, requiere un enfoque socioeducativo, interdisciplinario, respetuoso de la diversidad y orientado a la generación de autonomía.

el grado de cumplimiento de los estándares y éstos a su vez, contribuyen a determinar el cumplimiento del tema global.

Es importante señalar, que para la aplicación del instrumento se requiere el desarrollo de una metodología de evaluación ajustada a los estándares de salud mental de infancias y adolescencias que aquí se presentan. El despliegue de la metodología que requiere el Instrumento de estándares de derechos humanos no se integra en esta publicación.

A continuación, se presenta para cada dimensión, la propuesta de estándares, criterios, medios de verificación y observaciones. En esta última columna se explicitan ajustes a los criterios de forma de contemplar particularidades y ajustes según características del tratamiento, el tipo de servicio u otros. También aplica como espacio para registrar otras consideraciones a destacar por el evaluador.

## Estándares y criterios propuestos para el monitoreo de servicios de salud mental para la infancia y adolescencia

Cada una de las cinco dimensiones presentadas anteriormente se integra con una serie de estándares derivados de los instrumentos internacionales. A su vez, cada estándar se subdivide en un conjunto de criterios. Los criterios son la base con la que se construye la evaluación de calidad y derechos. En el monitoreo se releva el estado de situación de cada criterio, a través de diferentes medios de verificación tales como entrevistas<sup>24</sup>, observaciones<sup>25</sup> y revisión de documentación<sup>26</sup>. Los criterios permiten evaluar

---

24 Las entrevistas se realizan a los diferentes actores que transitan y habitan los espacios monitoreados: niñas, niños y adolescentes residentes, funcionarios, equipos técnicos, directores.

25 Las observaciones deben realizarse con todos los sentidos. Se debe mirar, estar alerta a los diferentes olores percibibles, tocar para identificar texturas y calidad por ejemplo de la ropa o de la indumentaria de cama, escuchar los sonidos de un establecimiento, que pueden dar cuenta de las relaciones que allí se desarrollan.

26 La revisión documental se desarrolla considerando aquellos documentos que describen la situación de niñas, niños adolescentes y las prácticas del establecimiento: planes integrales individualizados, historias médicas, registro de medicación, documentos producidos por el establecimiento (cuadernos diarios de registros, protocolos para la actuación de personal, entre otros).

## Dimensión 1.

### El derecho a condiciones de vida adecuadas

En esta dimensión se aborda el derecho a un nivel de vida adecuado, acorde con lo dispuesto por el artículo 27 de la CDN y el artículo 28 de la CDPD. En estos artículos se exige la garantía de un estándar de vida adecuado, lo que incluye alimentación apropiada, vestimenta y agua potable, así como infraestructura en buenas condiciones, con espacios acordes a la edad, que permitan su apropiación y respeten la privacidad.

#### Convención sobre los Derechos del Niño

##### Artículo 27.

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.
2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.
3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.

#### Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

##### Artículo 28.

##### Nivel de vida adecuado y protección social

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.

De esta forma, desde la normativa referida se incorpora en el monitoreo esta dimensión, que supone constatar si existen condiciones de infraestructura básicas tales como iluminación, calefacción, ventilación, accesibilidad, agua potable, que brinden seguridad y confort a los niños, niñas y adolescentes que residen en servicios de salud mental. Se releva que los espacios y las dinámicas del servicio resguarden la privacidad de niñas, niños y adolescentes. Las medidas de protección deben salvaguardar el derecho a la intimidad y privacidad de quienes allí residen.

También, se observa que haya mobiliario en buen estado, materiales didácticos y lúdicos, así como también que niñas, niños y adolescentes cuenten con vestimenta adecuada a la edad, género autopercebido y momento del año. Se valora que se ofrezca alimentación adecuada, en cantidad y calidad. Asimismo, se verifica la existencia de prácticas que favorezcan la libre circulación en los espacios, con el acompañamiento que potencie el desarrollo progresivo de la autonomía de niñas, niños y adolescente, en el respeto de la diversidad y su construcción identitaria.

## DIMENSIÓN 1: EL DERECHO A CONDICIONES DE VIDA ADECUADAS

### Estándar 1.1. Los niños, niñas y adolescentes acceden a una infraestructura adecuada



Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
1.1.1. La infraestructura se encuentra en buen estado de conservación (mantenimiento, pintura, humedades, vidrios rotos; etc.).	Observación y entrevistas	
1.1.2. La iluminación del edificio (natural y artificial), la calefacción y la ventilación proporcionan un ambiente confortable para vivir.	Observación y entrevistas	<b>Nota.</b> Para las salas de seguridad se evalúa que exista ventilación e iluminación natural, ajustado a los niveles de protección y acondicionamiento requerido.
1.1.3. La infraestructura y los diferentes espacios están limpios y funcionan adecuadamente.	Observación y entrevistas	
1.1.4. La infraestructura permite acceso a niñas, niños y adolescentes con discapacidad física, sensoriales o autismo, de acuerdo a sus necesidades.	Observación	<b>Nota.</b> Esto se debería considerar tanto en el acceso al edificio como espacios de uso común, baños, comedores y algunos dormitorios destinados especialmente a esta población.
1.1.5. Los servicios se organizan por áreas diferenciadas en base a cada etapa específica de las infancias y adolescencias.	Observación y entrevistas	

### Estándar 1.2. Los dormitorios, servicios sanitarios y espacio de encuentro con referentes afectivos, son confortables y resguardan suficientemente la privacidad de los niños, niñas y adolescentes



Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
1.2.1. Los dormitorios tienen condiciones para posibilitar un buen descanso y son ajustados a edad y género autopercibido, con capacidad y espacio de circulación adecuada.	Observación	
1.2.2. Existe ropa de cama limpia y en cantidad suficiente para las niñas, niños y adolescentes.	Observación y entrevistas	
1.2.3. Existen espacios definidos y acondicionados, seguros, protectores de la privacidad para la realización de los encuentros con referentes afectivos de los niños, niñas y adolescentes.	Observación y entrevistas	
1.2.4. Los baños tienen la estructura y las condiciones necesarias para resguardar la privacidad y la seguridad de los niños, niñas y adolescentes.	Observación	<b>Nota.</b> Para los servicios que requieren mayores medidas de protección y seguridad, se debe adecuar la infraestructura teniendo presente el resguardo de la privacidad de niñas, niños y adolescentes.
1.2.5. Los niños, niñas y adolescentes tienen libre acceso a elementos de higiene personal y menstrual, en función de sus preferencias y su nivel de autonomía alcanzada.	Observación y entrevistas	

### Estándar 1.3. Los niños, niñas y adolescentes acceden a una alimentación y vestimenta adecuada



Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
1.3.1. Existe suministro suficiente de alimentos y agua potable, los que son de buena calidad y satisfacen las preferencias culturales y necesidades de su salud física.	Observación y entrevistas	
1.3.2. Los niños, niñas y adolescentes acceden a ropa de su preferencia, en buen estado, contemplando el género autopercebido, variable étnico- racial, adecuada a su complexión y al clima.	Observación y entrevistas	

### Estándar 1.4. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho al resguardo de su intimidad y privacidad



Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
1.4.1. Existen espacios y mobiliario definidos en el centro para las pertenencias personales de los niños, niñas y adolescentes, a fin de resguardar su intimidad y tienen libre acceso a sus pertenencias personales, en función de su nivel de autonomía progresiva.	Observación y entrevistas	<b>Nota.</b> Se tomará en cuenta la limitación a las pertenencias personales basadas solo en un criterio de protección a los niños, niñas y adolescentes
1.4.2. Los niños, niñas y adolescentes cuentan con posibilidades de comunicación privada con referentes pares y adultos.	Documentación y entrevistas	
1.4.3. La utilización de cámaras de video vigilancia está supeditada a la no existencia de un medio menos invasivo del derecho de privacidad, y en ningún caso sustituye la vigilancia, cuidado y tratamiento que puede brindar el personal.	Observación, documentación y entrevistas	<b>Nota.</b> En ninguna situación se justifica la utilización de cámaras en los cuartos de baños.
1.4.4. La utilización de las cámaras de video vigilancia se ajusta a los principios en el uso de datos personales: <ol style="list-style-type: none"> <li>Informar a niñas, niños y adolescentes de la finalidad, el alcance y sus derechos.</li> <li>Legalidad. Las bases de datos personales deben cumplir con la normativa vigente.</li> <li>Veracidad. Los datos registrados deberán ser veraces, adecuados, equívocos (imparciales) y no excesivos en relación con la finalidad para la que se han obtenido.</li> <li>Seguridad. Se deben adoptar medidas de seguridad para proteger los datos recolectados.</li> <li>Reserva. Los datos personales deben ser tratados en forma reservada y utilizarse únicamente para la finalidad para la que se obtuvieron.</li> <li>Responsabilidad. El responsable de la base de datos deberá responder por cualquier violación a las disposiciones de la ley 18331 de protección de datos.</li> </ol>	Documentación y entrevistas	

## Estándar 1.5. Los niños, niñas y adolescentes están apropiados del espacio y de las rutinas cotidianas



Crterios para la evaluaci3n	M3todo de verificaci3n	Observaciones y comentarios
1.5.1. Los ni1os, ni1as y adolescentes pueden circular libremente por el establecimiento.	<b>Observaci3n y entrevistas</b>	<b>Nota.</b> Solo se limitar3 la circulaci3n de acuerdo a una indicaci3n terap3utica que imponga un tratamiento espec3fico por un plazo determinado. Tambi3n se podr3 limitar la circulaci3n en espacios de potencial riesgo, como enfermer3a.
1.5.2. Existe mobiliario, equipamiento y materiales did3cticos y de recreaci3n suficientes, en buen estado, adecuados a las edades y diversidad funcional <sup>27</sup> .	<b>Observaci3n</b>	
1.5.3. Existen en el servicio espacios e instalaciones que permiten la realizaci3n de actividades recreativas tanto al aire libre como en espacios cerrados.	<b>Observaci3n</b>	
1.5.4. El servicio proporciona los recursos necesarios, para garantizar que los ni1os, ni1as y adolescentes tengan la oportunidad de interactuar y participar en actividades de recreaci3n, promoviendo la reflexi3n sobre los diferentes estereotipos de g3nero y promoviendo la igualdad y la no discriminaci3n.	<b>Observaci3n y entrevistas</b>	
1.5.5. Existen orientaciones expl3citas respecto a modos de mediar los conflictos entre pares o con el personal responsable del cuidado.	<b>Entrevistas y documentaci3n</b>	
1.5.6. Ni1as, ni1os y adolescentes pueden encontrarse con sus referentes afectivos (siempre que lo deseen y no exista un impedimento legal), elegir a quienes quieren ver en cualquier horario razonable.	<b>Entrevistas y documentaci3n</b>	<b>Nota.</b> Se realiza una valoraci3n t3cnica en acuerdo con el ni1o, ni1a o adolescente en relaci3n a los v3nculos con los referentes afectivos. <b>Nota.</b> Se indagar3 respecto a la consideraci3n de las condiciones que pueden potenciar u obstaculizar estos encuentros (horarios, facilitar o no pasajes, cambios de criterios para la concreci3n de los encuentros, entre otros).

33

27 En 2001 la OMS public3 la «Clasificaci3n Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud» (con las siglas CIF), donde se explicita el concepto de funcionamiento para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participaci3n social del ser humano. Tambi3n se plantea el concepto de discapacidad como t3rmino gen3rico que recoge las deficiencias en las funciones, actividades y restricciones en la participaci3n. Finalmente, se plantea la salud como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores (Garc3a y S3nchez; 2001, p.19). La introducci3n del concepto de funcionamiento en la clasificaci3n en referencia a todas las funciones corporales, actividades y participaci3n di3 lugar a que, el Movimiento de Vida Independiente MVI (Foro Vida Independiente 2005)<sup>18</sup>, luego impulsar3 el concepto de diversidad funcional como paradigma ▶

que plantea la diferencia de funcionamiento de una persona al realizar las tareas habituales (desplazarse, leer, agarrar, ir al ba1o, comunicarse, relacionarse, etc.) de manera diferente a la mayor3a de la poblaci3n (L3pez Mainieri; 2016, p.37). Este concepto alude a las barreras y factores de discriminaci3n contextuales, institucionales y sociales que operan sobre las diferencias entre las personas. Dicho concepto gira alrededor de un principio b3sico: las personas no tienen deficiencia, sino diversidad funcional. El concepto de diversidad funcional requiere que desde los dispositivos de cuidado de la salud mental de ni1os, ni1as y adolescentes se tengan en cuenta ajustes razonables en los est3ndares y criterios que se plantean a continuaci3n de forma de incluir y contemplar la diversidad funcional de estos y garantizar as3 sus derechos.

## Dimensión 2.

### El derecho al goce de una salud integral del más alto nivel posible

Este derecho exige que los niños, niñas y adolescentes accedan a los servicios, programas y atención en salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación. Estos servicios deben garantizar el acceso a una atención de buena calidad, que incluya actividades de promoción y prevención, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Asimismo, deben contar con personal suficiente y calificado. De igual forma se valora la implementación de programas de rehabilitación y el acceso a ellos, en función de lo establecido en el artículo 23 de la CDN y en el artículo 26 de la CDPD. Los servicios deben brindar planes de tratamiento, «recuperación» y rehabilitación, con el objetivo de que niñas, niños y adolescentes puedan “lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida” (artículo 26.1, CDPD). Dicha rehabilitación debería comenzar en la etapa más temprana posible, en base a una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona. Así también, se debe garantizar una revisión periódica del tratamiento indicado o que están recibiendo, y las demás condiciones para su internación.

#### Convención sobre los Derechos del Niño

##### Artículo 23.

1. Los Estados Partes reconocen que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.

##### Artículo 24.

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

##### Artículo 25.

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

#### Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

##### Artículo 25. Salud.

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud.

## **Artículo 26.**

### **1. Habilitación y rehabilitación.**

Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas: a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona; b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

autonomía y favorecer su inclusión educativa, social y cultural a lo largo del ciclo vital.

De igual modo, se constata que el servicio cuente con personal calificado y ofrezca atención de salud mental de buena calidad. La atención en los servicios de salud mental deberá asegurar que todas las personas que tienen manejo de la vida cotidiana del servicio tengan formación específica en temas de salud mental, comprendan las diferencias entre intervenciones oportunas o inadecuadas y demuestren habilidades socioemocionales que permitan afrontar situaciones críticas. Esto se basa en el reconocimiento de que las situaciones a abordar requieren herramientas que aún como profesionales deben ser ejercitadas y puestas en reflexión a partir de la propia práctica. En este sentido, se valora la existencia de instancias de formación al ingreso del personal y de forma continua, así como el desarrollo de evaluaciones periódicas, elementos fundamentales en la construcción de un sistema de calidad y derechos.

A partir de la normativa vigente, se monitorea que exista disponibilidad de servicios para el ingreso de niñas, niños y adolescentes que requieran una atención especializada en salud mental. Se releva que se garantice una atención a la salud integral del más alto nivel posible, que la medicación psicotrópica esté integrada a un plan de tratamiento y sea utilizada de forma adecuada. Se observa que se brinde tratamiento y rehabilitación psicosocial con planes individualizados, que incorpore la participación de los niños, niñas y adolescentes.

Se verifica que se propicie el abordaje de la rehabilitación según el marco de la ley de Salud Mental (19529), la cual en su artículo 21 establece que las estrategias deben estar orientadas al logro de una mejor calidad de vida, procurando procesos accesibles, adaptados a las diferentes etapas y necesidades de las niñas, niños y adolescentes, con el fin de mejorar su

## DIMENSIÓN 2: EL DERECHO AL GOCE DE UNA SALUD INTEGRAL DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE

### Estándar 2.1. Atención oportuna<sup>28</sup> y pertinente de los niños, niñas y adolescentes que requieran una atención especializada en salud mental



Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
2.1.1. Los niños, niñas y adolescentes que requieren tratamiento de salud mental reciben atención oportuna y pertinente en este servicio o son referidos a otro/s servicio/s donde se les pueda proporcionar dicha atención.	Documentación y entrevistas	<b>Nota.</b> En caso de niñas, niños y adolescentes en situación de discapacidad auditiva, debe consignarse la incorporación de técnicos hablantes de lengua de señas.
2.1.2. Ningún niño, niña o adolescente, ingresa sin informe bio psico social actualizado que sea realizado por un equipo interdisciplinario, en forma integral incorporando el contexto y que estipule los criterios diagnósticos y terapéuticos que fundamentan el ingreso.	Documentación y entrevistas	<b>Nota.</b> Se valora este criterio teniendo en cuenta la oportunidad del ingreso y el ámbito de aplicación, por ejemplo, si ingresa por emergencia por una condición aguda, debe tener el informe diagnóstico y terapéutico del médico de guardia, y el informe interdisciplinario se realizará a la brevedad posible. <b>Nota.</b> Este criterio valora el funcionamiento de la red de servicios de atención y no al servicio específico que se está monitoreando. Se valora que exista un informe técnico actualizado que fundamente un ingreso a un servicio de salud mental.
2.1.3. Los niños, niñas y adolescentes que ingresan son recibidos por personal capacitado para dicha tarea y se le transmite de forma clara, accesible y empática la información inherente a su situación, a los derechos que la asisten, el funcionamiento del servicio, los procedimientos terapéuticos y los abordajes posibles a realizar en su situación particular.	Observación, documentación y entrevistas	
2.1.4. La historia clínica (anamnesis y examen físico) que se realicen a los niños, niñas y adolescentes, deben ser aplicados por personal de salud capacitado, respetando la privacidad del niño, niña o adolescente.	Entrevistas y Documentación	
2.1.5. Se realiza una valoración inicial por el equipo profesional de salud mental, dentro de las primeras 24 horas del ingreso a los servicios corta estadía y en las primeras 48 horas del ingreso a servicios de mediana estadía.	Entrevistas y Documentación	

<sup>28</sup> Atención oportuna se refiere a aquella atención que satisface las necesidades de atención en el momento justo, en el lugar adecuado, por parte del personal indicado y con los recursos apropiados.

**Estándar 2.2. Se garantiza el tratamiento, la rehabilitación psicosocial y planes integrales e individualizados con participación de los niños, niñas y adolescentes**



Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
<p>2.2.1. Todo niño, niña o adolescente cuenta con un plan de tratamiento integral e individualizado, según el diagnóstico realizado, el cual es comunicado en forma efectiva y es revisado periódicamente.</p>	<p><b>Documentación y entrevistas</b></p>	
<p>2.2.2. Los planes integrales e individualizados deben potenciar el desarrollo de niñas, niños y adolescentes y deben incluir un plan de egreso.</p>	<p><b>Documentación y entrevistas</b></p>	
<p>2.2.3. Los planes integrales incluyen metas y objetivos sociales, terapéuticos, educacionales, laborales y de recreación, con la participación de los niños, niñas y adolescentes, y sus referentes afectivos, para su elaboración.</p>	<p><b>Documentación y entrevistas</b></p>	
<p>2.2.4. Existen estrategias de abordajes específicos en trauma, con personal idóneo, en lo que respecta a la atención, tratamiento y apoyo a niñas, niños y adolescentes con consumo problemático de estupefacientes, víctimas de abuso sexual, explotación, violencia y maltrato.</p>	<p><b>Documentación y entrevistas</b></p>	<p><b>Nota.</b> De no ser así, se releva la existencia y coordinación con dispositivos específicos en estas temáticas, donde poder referenciar estas situaciones.</p>

**Estándar 2.3. Se garantiza el nivel más alto posible de atención en salud, integrando la salud mental y la salud sexual y reproductiva**



Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
<p><b>2.3.1.</b> Todos los niños, niñas y adolescentes acceden a los controles en salud, tratamientos, interconsultas e intervenciones necesarias de acuerdo a su etapa de desarrollo, a sus necesidades y a la situación clínica concreta, dentro o fuera del establecimiento.</p>	<p><b>Documentación y entrevistas</b></p>	<p><b>Nota.</b> Considerar la participación en la atención del prestador integral del niño, niña y adolescente.</p>
<p><b>2.3.2.</b> Todos los niños, niñas y adolescentes cuentan con una historia clínica completa (preferentemente en formato electrónico), que integra las valoraciones de las distintas disciplinas.</p>	<p><b>Documentación y entrevistas</b></p>	
<p><b>2.3.3.</b> Todos los niños, niñas y adolescentes reciben información sobre los procedimientos de atención en salud y se tiene en cuenta sus opiniones en función de su edad y autonomía alcanzada.</p>	<p><b>Documentación y entrevistas</b></p>	
<p><b>2.3.4.</b> Todos los niños, niñas y adolescentes pueden consultar con un integrante del personal de salud mental especializado cuando así lo deseen, dentro o fuera del establecimiento (en su prestador integral, por ejemplo, si estuviera en una clínica privada).</p>	<p><b>Documentación y entrevistas</b></p>	
<p><b>2.3.5.</b> Existe un abordaje integral de la salud sexual y reproductiva de los niños, niñas y adolescentes adecuado a su desarrollo que contemple la promoción, información y prevención, fomentando y estimulando el ámbito para que el niño, niña o adolescente pregunte con confianza.</p>	<p><b>Documentación y entrevistas</b></p>	<p><b>Nota.</b> El abordaje integral de la salud sexual y reproductiva también incluye contar con mecanismos de abordaje de las diferentes formas de violencia sexual. En relación a protocolos ver criterios 4.1.6. y 4.4.3.</p>
<p><b>2.3.6.</b> Todos los niños, niñas y adolescentes son consultados e intervienen en las decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva de acuerdo a su edad, género y autonomía.</p>	<p><b>Documentación y entrevistas</b></p>	<p><b>Nota.</b> Son informados e intervienen en la decisión de acceso a métodos anticonceptivos, acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, entre otros.</p>

**Estándar 2.4. La medicación psicotrópica está integrada a un plan de rehabilitación, se usa adecuadamente y se informa a los niños, niñas y adolescentes sobre los tratamientos realizados**



Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
2.4.1. El plan terapéutico puede incluir medicación psicotrópica en caso de ser necesaria, y siempre debe estar monitoreada e integrada a un plan integral e individualizado.	Documentación y entrevistas	
2.4.2. La medicación psicotrópica es accesible y su indicación específica es adecuada para el diagnóstico clínico de los niños, niñas y adolescentes, en la dosis y tiempo establecido en el plan terapéutico.	Documentación y entrevistas	
2.4.3. Niñas, niños y adolescentes y referentes afectivos, están informados sobre el propósito de los medicamentos que se ofrecen y sus potenciales efectos secundarios, luego de lo cual se toma una decisión en conjunto de acuerdo a su grado de autonomía.	Documentación y entrevistas	
2.4.4. Se encuentran disponibles y accesibles otras opciones psicoterapéuticas, integradas en el plan terapéutico individual e integral de cada niño, niña y adolescente.	Documentación y entrevistas	

39

**Estándar 2.5. El servicio cuenta con personal calificado y ofrece un abordaje de salud mental de buena calidad**



Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
2.5.1. El servicio cuenta con el personal necesario y calificado para la atención adecuada de niñas, niños y adolescentes, cuenta con equipos formados en salud mental, sensibles al trauma, capacitados en infancia y adolescencia y con perspectiva de derechos humanos.	Documentación y entrevistas	<b>Nota.</b> Se debe verificar que el personal del servicio de salud mental no cuente con antecedentes de violencia en cumplimiento de la ley 19580.
2.5.2. El servicio cuenta con equipos interdisciplinarios que trabajan en forma coordinada para un abordaje integral de la atención de niñas, niños y adolescentes.	Documentación y entrevistas	<b>Nota.</b> Se realizan reuniones periódicas donde se considera el abordaje interdisciplinario de los planes terapéuticos individualizados.
2.5.3. El servicio garantiza que todo el personal acceda a espacios de capacitación continua (brindados por el propio servicio o por otras instituciones), con énfasis en salud mental, infancias y adolescencias, derechos humanos, género, etnia y discapacidad.	Documentación y entrevistas	
2.5.4. Existen instancias definidas y periódicas de autoevaluación del equipo de trabajo, así como de evaluación por parte del servicio, de organismos de contralor y por las niñas, niños y adolescentes y sus referentes afectivos.	Documentación y entrevistas	

## Dimensión 3.

# El derecho a la libertad personal y la seguridad de niñas, niños y adolescentes y el derecho a expresar su opinión y ser escuchados/as sobre todos los temas que le conciernen

El Estado debe efectuar un examen periódico del tratamiento y de las circunstancias en las que se realiza una internación, con el fin de velar por la atención, protección o tratamiento de la salud física o mental de niñas, niños o adolescentes (artículo 25 CDN). La existencia de padecimiento psíquico no justifica en ningún caso la privación de libertad (artículo 14 CDPD), asimismo ninguna niña, niño o adolescente puede ser privado de su libertad ilegal o arbitrariamente (artículo 37 CDN).

El artículo 12 de la CDN exige que los Estados garanticen que los niños, niñas y adolescentes expresen su opinión en todos los asuntos que los afecten, y en particular en todo procedimiento judicial o administrativo.

40

### Convención sobre los Derechos del Niño

#### Artículo 12

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.
2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

#### Artículo 25.

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

#### Artículo 37.

Los Estados Partes velarán por que ningún niño sea privado de su libertad ilegal o arbitrariamente. La detención, el encarcelamiento o la prisión de un niño se llevará a cabo de conformidad con la ley y se utilizará tan sólo como medida de último recurso y durante el período más breve que proceda.

### Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

#### Artículo 14. Libertad y seguridad de la persona

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás:
  - a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;
  - b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad;

2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

Con este marco jurídico como referencia, se verifica que los niños, niñas y adolescentes y/o sus familiares accedan a los mecanismos de consentimiento informado de acuerdo a la legislación nacional actual. Se verifica el acceso de niños, niñas y adolescentes a la justicia, es decir que estos conozcan a su defensor, la situación de su caso y las posibles resoluciones a tomar. Se constata que se realicen los procedimientos establecidos para garantizar que niñas, niños y adolescentes, no sean privados de su libertad de forma ilegítima o arbitraria.

A su vez, se monitorea que los niños, niñas y adolescentes que residen o están hospitalizados en servicios de salud mental tengan acceso a información clara y completa con relación a su diagnóstico, la decisión de internación en dicho centro y las opciones alternativas. También se observa que cuenten con el acompañamiento de su familia o referente afectivo, así como que haya sido tomada en cuenta su opinión. Asimismo, se verifica que la participación de los niños, niñas y adolescentes sea incluida en las decisiones de la vida diaria.

### DIMENSIÓN 3: EL DERECHO A LA LIBERTAD PERSONAL Y LA SEGURIDAD DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, Y EL DERECHO A EXPRESAR SU OPINIÓN Y SER ESCUCHADOS/AS SOBRE TODOS LOS TEMAS QUE LE CONCIERNEN

#### Estándar 3.1. Existen mecanismos que garantizan que los niños, niñas y adolescentes sean informados y participen en los asuntos concernientes a su tratamiento



Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
3.1.1. Los niños, niñas y adolescentes reciben información, en un lenguaje acorde a su edad y madurez y diversidad funcional <sup>29</sup> , sobre su salud mental, la decisión de internación en dicho servicio, los procedimientos terapéuticos y abordajes complementarios.	Documentación y entrevistas	
3.1.2. Los referentes afectivos de niñas, niños y adolescentes, participan del proceso de ingreso al establecimiento y reciben información clara, completa y accesible de la situación particular, los derechos, los procedimientos terapéuticos y los posibles abordajes alternativos.	Documentación y entrevistas	
3.1.3. En el proceso de internación los niños, niñas y adolescentes son escuchados debidamente, su opinión es tomada en cuenta o se explican las razones por las cuales se debe apartar de la misma.	Entrevistas	<b>Nota.</b> En el caso de internación involuntaria, luego de estabilizar la situación que dio origen a la internación, se deberán explicar las razones por las cuáles se tomó la decisión de internación.
3.1.4. En los servicios se incluye la participación y opinión de niñas, niños y adolescentes en las decisiones de la vida diaria.	Entrevistas	

#### Estándar 3.2. Se aplican correctamente los mecanismos y procedimientos garantistas en caso de internación de niñas, niños y adolescentes en servicios de salud mental



Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
3.2.1 Ningún niño, niña o adolescente será admitido, tratado o mantenido en el servicio sin criterios terapéuticos con fundamento técnico.	Documentación y entrevistas	<b>Nota.</b> Incluye que ningún niño, niña o adolescente que haya sido hospitalizado podrá permanecer internado con posterioridad al alta médica, según lo estipula el artículo 24 de la ley 19529 de Salud Mental.
3.2.2. Los niños, niñas y adolescentes brindan su consentimiento de forma libre e informada según su edad, grado de madurez y autonomía y/o con el apoyo de sus referentes afectivos, de acuerdo a la legislación nacional actual.	Documentación y entrevistas	

3.2.3. Se informa a niñas, niños, adolescentes y sus familias sobre la existencia de procedimientos administrativos y judiciales en caso de no existir acuerdo con el tratamiento o permanencia en el servicio.	Documentación y entrevistas	
3.2.4. Ningún niño, niña o adolescente será internado de forma involuntaria por orden judicial sin un dictamen especializado de profesionales competentes en la materia.	Documentación y entrevistas	
3.2.5. En toda internación realizada de forma involuntaria se realizará una evaluación periódica y se realizarán informes por parte de profesionales especializados en un plazo no mayor a 30 días.	Documentación	
<b>Estándar 3.3. Los niños, niñas y adolescentes pueden tomar decisiones en el marco de su autonomía progresiva, recibiendo los apoyos necesarios</b>		
<b>Criterios para la evaluación</b>	<b>Método de verificación</b>	<b>Observaciones y comentarios</b>
3.3.1. En todo momento, el personal del centro interactúa con los niños, niñas y adolescentes de una manera respetuosa, reconociendo su capacidad para comprender la información, tomar decisiones y poder elegir.	Observación y entrevistas	
3.3.2. Se proporciona información clara y completa sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes en forma escrita y verbal.	Documentación y entrevistas	
3.3.3. Los niños, niñas y adolescentes pueden designar y consultar con una persona o red de personas de apoyo de su propia y libre elección en la toma de decisiones sobre la hospitalización, tratamiento y asuntos personales.	Entrevistas	<b>Nota.</b> En el caso de las internaciones involuntarias, luego de estabilizar la situación que dio origen a la hospitalización, podrán designar y consultar con una persona o red de personas de apoyo de su propia y libre elección en la toma de decisiones sobre el tratamiento y asuntos personales.
3.3.4. Los niños, niñas y adolescentes con procesos judiciales en curso tienen acceso a su defensor y conocen los avances de su causa.	Documentación y entrevistas	
3.3.5. Los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de un delito y presentan una investigación penal en curso acceden a la información referente a la investigación a través de la Fiscalía, sin que sea un requisito contar con un representante jurídico (de acuerdo al art. 48 del CPP).	Documentación y entrevistas	<b>Nota.</b> En estas situaciones se debe procurar el acompañamiento de la Unidad de Víctimas y Testigos (FGN) para garantizar su atención y seguimiento a lo largo del proceso penal.

## Dimensión 4. El derecho a ser protegido/a contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso

La normativa internacional exige que se aseguren a todas las personas garantías de protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (artículo 37 CDN y artículo 15 CDPD), y toda forma de perjuicio o abuso físico, mental o sexual, descuido o trato negligente, explotación y violencia. En este proceso se deberán adoptar todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes (artículo 19 CDN y artículo 16 CDPD). 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 (artículo 16 CDPD).

### Convención sobre los Derechos del Niño

#### Artículo 19.

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

#### Artículo 37.

1. Los Estados Partes velarán porque: a) Ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. No se impondrá la pena capital ni la de prisión perpetua sin posibilidad de excarcelación por delitos cometidos por menores de 18 años de edad.

### Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

#### Artículo 15. Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

#### Artículo 16 Protección contra la explotación, la violencia y el abuso.

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo,

social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.

Desde este marco normativo, se observa que el personal trate con humanidad, dignidad y respeto a los niños, niñas y adolescentes. Que ningún niño, niña o adolescente sea sometido a abuso verbal, físico<sup>30</sup>, sexual<sup>31</sup> o mental<sup>32</sup>, así como tampoco a descuidos

físicos y/o emocionales<sup>33</sup>. Si bien se reconocen diferentes manifestaciones en las que se expresa la violencia, es necesario comprender que no se da de forma aislada, sino que muchas veces se presenta en forma simultánea en más de una expresión de violencia. El abuso físico o sexual, implica también abuso mental (SIPIAV, 2019).

En este sentido, las Directrices sobre modalidades alternativas de cuidado de los niños (ONU, 2010), destacan la importancia de la función del personal para los niños, niñas y adolescentes institucionalizados, siendo sustantivo que desarrollen relaciones positivas, seguras y formativas. Es importante que el personal de los servicios de salud mental esté formado en el abordaje de situaciones de violencias, y el impacto que estas genera en la salud mental de niñas, niños y adolescentes. En un proceso de «rehabilitación» terapéutica no es posible desconocer la dimensión subjetiva y emocional como parte sustantiva del tratamiento, el cuidado que puede brindar el personal del establecimiento es un elemento clave en el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes.

Asimismo, se monitorea que la indicación y aplicación de las medidas de contención mecánica<sup>34</sup> y farmacológica<sup>35</sup> sean excepcionales<sup>9</sup> con finalidad terapéutica ante situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del niño, niña, adolescente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros

30 Abuso físico o maltrato físico, se entiende por toda acción, omisión o patrón de conducta que pueda causar daño a la integridad corporal (Ley 19580). En este sentido, se refiere a cualquier acción intencional que provoque daños físicos en niñas, niños y adolescentes, sean visibles o no: quemaduras, golpes, pellizcos, fracturas, etc (ANEP; 2021).

31 Abuso sexual infantil, refiere al ejercicio abusivo de poder de un adulto hacia un niño, niña o adolescente (tocamientos, utilizar lenguaje obsceno, contacto con genitales, penetración, etc.) para satisfacción sexual de quien lo ejerce (Ley 19580). Se trata de cualquier situación que involucre a niñas, niños o adolescentes en actos de naturaleza sexual, que se producen a partir de: uso de la fuerza, intimidación, presión psicológica, abuso de poder, amenaza, manipulación afectiva o cualquier otra circunstancia coercitiva. Para que el abuso sexual ocurra y se mantenga, existen por lo general mecanismos de extorsión por parte de quien comete el abuso que incluye: el chantaje, la amenaza y la culpa. Así como también, se apela por parte del abusador a la idea de que el niño, niña o adolescente mantengan el "secreto" respecto a las prácticas abusivas, mediante el silencio impuesto por el mismo" (ANEP; 2021).

32 Abuso mental o maltrato emocional o psicológico, refiere a cualquier actitud que tenga la intención de atemorizar, descalificar, desvalorizar, humillar, degradar, discriminar etc. Se caracteriza ▶

generalmente por el uso de la palabra, pero también puede contemplar actitudes no verbales que lo expongan a situaciones humillantes o que coarten sus iniciativas, como encierros, aislamiento, exceso de responsabilidades, entre otras. Es una de las formas invisibilizadas de violencia, muchas veces ocurre desconociéndose los profundos daños que puede provocar en el psiquismo de una persona en desarrollo (ANEP; 2021).

33 Descuidos físicos y/o emocionales, se entiende por la falta de protección de niñas, niños y adolescentes ante eventuales riesgos y falta de atención de sus necesidades básicas cuando los adultos responsables están en condiciones de atenderlas (ANEP; 2021).

34 Se entiende por medidas de contención mecánica las medidas que tienen el objetivo de controlar la actividad motora para evitar lesiones a sí mismo, a terceros o al entorno, y por lo tanto son utilizadas para limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo del niño, niña o adolescente excitado. Se aplican de manera excepcional, ante una situación grave y son medidas de carácter temporal que deben ser retiradas cuando remite el estado de excitación (INAU, 2019b).

35 Se aplican cuando la contención psicoemocional no alcanzó a estabilizar el estado emocional de la niña, niño, o adolescente. Se habilita la administración de fármacos con la finalidad de aliviar la sintomatología. Solo pueden ser aplicadas con prescripción médica (INAU, 2019b).

medios terapéuticos. Se releva que se apliquen bajo un protocolo de uso claro y compartido con todo el equipo, contemplando la realidad de cada niña, niño y adolescentes, sus necesidades, edad y ciclo vital en el que se encuentre. Se verifica que el establecimiento utilice métodos alternativos al «aislamiento»<sup>36</sup> y contención mecánica o farmacológica y que el personal esté capacitado en técnicas que «atenúan el escalamiento»<sup>37</sup> para intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a los niños, niñas y adolescentes, así como al personal. Asimismo, se releva que el personal logre identificar cuáles son los desencadenantes<sup>38</sup> y los factores que el niño, niña o adolescente considera que pueden aminorar sus situaciones de crisis.

También se observa que las medidas disciplinarias, no se apliquen ante situaciones derivadas de manifestaciones propias de las crisis de excitación psicomotriz y no sean desproporcionadas a la falta que las originó. Se verifica que en ninguna situación se utilicen medidas de contención mecánica, farmacológica y/o aislamiento como forma de sanción y que ninguna medida disciplinaria incluya la restricción de la comunicación con los referentes afectivos y la prohibición de actividades que promuevan el bienestar de los niños, niñas y adolescentes.

Finalmente, se releva si se han adoptado medidas apropiadas para prevenir las diferentes formas de abuso y malos tratos, generando mecanismos de protección y asegurando la confidencialidad. La existencia de un mecanismo formal de denuncias y/o quejas integra las recomendaciones de los organismos internacionales de derechos humanos, como medida de protección para los niños, niñas y adolescentes institucionalizados. En este sentido, la Comisión Interamericana de Derechos

Humanos recomienda que los centros de internación o acogida tengan mecanismos de denuncia adaptados a los niños y adolescentes, que accedan a la información en relación a sus derechos y cómo ejercerlos, así como a los medios para realizar denuncias y las garantías que tienen quienes denuncian.

**... 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; 2013).**

---

36 "Aislamiento significa mantener a una persona sola en un cuarto con llave o área de seguridad de la cual ella está físicamente impedida de salir." (OMS;2019, p.90).

37 "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." (OMS; 2019, p.90).

38 Entre los desencadenantes o gatillantes "...se puede incluir el ser presionado para hacer algo, recibir ciertas preguntas o estar en la presencia de una persona con la que uno no se sienta cómodo. Entre los factores que contribuyen a atenuar una crisis se pueden incluir quedarse solo durante un tiempo, hablar con una persona en quien se confía o escuchar música." (OMS;2019,90).

**DIMENSIÓN 4:** EL DERECHO A SER PROTEGIDO/A CONTRA LA TORTURA Y TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANAS O DEGRADANTES, COMO TAMBIÉN CONTRA LA EXPLOTACIÓN, LA VIOLENCIA Y EL ABUSO

**Estándar 4.1.** Los niños, niñas y adolescentes están libres de abuso verbal, mental, físico y sexual y de descuido físico y emocional



Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
4.1.1. El personal del establecimiento trata a los niños, niñas y adolescentes con respeto en reconocimiento a su dignidad humana.	Observación y entrevistas	
4.1.2. Ningún niño, niña o adolescente es sometido a abuso verbal (tales como insultos, gritos, entre otros), físico (golpes, empujones, exceso de fuerza para aplicar medidas, entre otros), sexual (comentarios o insinuaciones sexuales, imposición de una conducta sexual, entre otros) o mental (expresiones estigmatizantes y/o despectivas, amenazas, entre otros).	Observación y entrevistas	
4.1.3. Ningún niño, niña o adolescente es sometido a descuido o trato negligente físico o emocional.	Observación y entrevistas	
4.1.4. Existen instancias de sensibilización y capacitación del personal para el trato no discriminatorio.	Documentación y entrevistas	
4.1.5. Existen acciones específicas de información y orientación a los niños, niñas y adolescentes sobre sus derechos para el trato no discriminatorio.	Documentación y entrevistas	<b>Nota.</b> Ver criterio 4.4.3.
4.1.6. El personal apoya a los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de abuso para que accedan a servicios y apoyos que requieren y generan estrategias de apoyo alternativas, si no existen cupos en los servicios referentes.	Entrevistas	

**Estándar 4.2.** Se utilizan métodos alternativos al aislamiento y contención mecánica y farmacológica para “atenuar el escalamiento” de crisis potenciales



Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
4.2.1. Los niños, niñas y adolescentes no son sometidos a aislamiento en ninguna circunstancia.	Documentación y entrevistas	
4.2.2. Se han implementado alternativas al aislamiento y la contención física y farmacológica en el establecimiento, y el personal está capacitado en técnicas de “atenuar el escalamiento” para intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a los niños, niñas y adolescentes o al personal.	Documentación y entrevistas	

<p><b>4.2.3.</b> Se realiza una evaluación de “atenuación del escalamiento” consultando a los niños, niñas y adolescentes, así como a sus referentes afectivos, con el objetivo de identificar los desencadenantes y factores que consideran que logran aminorar sus situaciones de crisis.</p>	<p><b>Documentación y entrevistas</b></p>	<p><b>Nota.</b> Es importante identificar las referencias que los niños, niñas y adolescentes tengan en relación al personal, para atenuar las situaciones de crisis. <b>Nota.</b> Se requiere un abordaje integral para realizar una evaluación completa, integrando una multiplicidad de perspectivas.</p>
<p><b>4.2.4.</b> Las medidas de contención mecánica y/o farmacológicas son utilizadas de forma excepcional para prevenir un daño inmediato o inminente contra sí o contra terceros. Su aplicación se realiza solo con autorización y supervisión médica y son empleadas por el período de tiempo más corto posible.</p>	<p><b>Documentación y entrevistas</b></p>	<p><b>Nota.</b> Es necesario realizar un registro de aplicación de medidas de contención, según detalle del criterio 4.2.7.</p>
<p><b>4.2.5.</b> Se contribuye a la prevención de las crisis mediante el acompañamiento del niño, niña o adolescente por un o una referente de su confianza que tenga la formación necesaria para abordar crisis potenciales y a través de la implementación de mecanismos como las medidas ambientales y la contención psicoemocional.</p>	<p><b>Observación, documentación y entrevistas</b></p>	<p><b>Nota.</b> Se busca valorar que el personal cuente con la formación y herramientas mínimas para poder anticipar las crisis de excitación psicomotriz contribuyendo a su prevención (pre-crisis). Una herramienta a valorar es la posibilidad de implementar medidas ambientales, entendidas como retirar al niño, niña o adolescente del contexto negativo lo que no implica tener un espacio físico exclusivo destinado a ese objetivo.</p>
<p><b>4.2.6.</b> En todos los casos de contención mecánica y/o farmacológica se realiza un acompañamiento activo de cuidado y control, se realiza el registro en la historia clínica (especificando a quién se aplica, quien la indica, el tipo de medida, la duración y los controles realizados) y se informa al director técnico del servicio.</p>	<p><b>Documentación</b></p>	<p><b>Nota.</b> Se releva que se registre en planillas de las medidas de contención (psicoemocional farmacológicas, etc). Este proceso de registro permite tener indicadores para dar seguimiento a evaluación del desarrollo del niño, niña y adolescentes en el tiempo. Se busca encontrar factores asociados a la contención para poderlos trabajar. Se realiza un seguimiento de las medidas de contención para hacer un monitoreo.</p>
<p><b>4.2.7.</b> Los espacios destinados a la contención mecánica y/o farmacológica, deben ser en un ambiente seguro (sin riesgos para la integridad física del niño, niña o adolescente implicado), ofrecer un clima propicio para disminuir los estímulos externos negativos y nunca ser asimilados a espacios de castigo ni de encierro.</p>	<p><b>Observación</b></p>	

**Estándar 4.3. Se garantiza que ninguna medida disciplinaria constituya tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, no incluya medidas de aislamiento e incomunicación ni restrinja el contacto con los referentes afectivos**



Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
<p><b>4.3.1.</b> Existen orientaciones explícitas para la definición de sanciones o directrices a los niños, niñas y adolescentes ajustadas en función de su género, edad y características propias.</p>	<p><b>Documentación y entrevistas</b></p>	
<p><b>4.3.2.</b> Existe supervisión sobre la definición y aplicación de las sanciones.</p>	<p><b>Documentación y entrevistas</b></p>	

4.3.3. En ningún caso se le aplicarán a niñas, niños y adolescentes medidas disciplinarias ante situaciones derivadas de manifestaciones propias de las crisis de excitación psicomotriz.	Observación, documentación y entrevistas	
4.3.4. Las medidas disciplinarias aplicadas no son desproporcionadas a la falta que las originó y nunca son colectivas.	Documentación y entrevistas	
4.3.5. En ningún caso se aplicará aislamiento y/o medidas de contención mecánica o farmacológica como medida disciplinaria.	Documentación y entrevistas	
4.3.6. En ningún caso las medidas disciplinarias podrán incluir restricciones en la comunicación con los referentes afectivos de niñas, niños y adolescentes, así como tampoco prohibir actividades socio-educativas.	Documentación y entrevistas	<b>Nota.</b> En ningún caso la medida disciplinaria puede restringir la participación en espacios deportivos, culturales que promueven el bienestar de niñas, niños y adolescentes.

#### Estándar 4.4. Derecho al acceso a mecanismos de denuncia formales frente a eventuales vulneraciones con garantías de protección



Crterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
4.4.1. Existen mecanismos formales para que los niños, niñas, adolescentes o sus referentes afectivos puedan denunciar vulneraciones de derechos con garantías, sin que se los exponga a eventuales represalias.	Documentación y entrevistas	
4.4.2. Existen instancias de sensibilización y formación al personal para la prevención, la detención y la protección contra el maltrato, el abuso sexual y la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes.	Documentación y entrevistas	
4.4.3. Se brinda información y orientación a niños, niñas y adolescentes en relación a sus derechos, así como herramientas para la protección contra el maltrato, el abuso sexual y la explotación comercial de niñas, niños y adolescentes.	Documentación y entrevistas	
4.4.4. Existen acciones específicas y medidas de protección para abordar las situaciones de maltrato, abuso sexual y explotación sexual comercial detectadas.	Documentación y entrevistas	<b>Nota.</b> Valorar si existe un protocolo o mapa de ruta para abordar situaciones de violencia, abuso y malos tratos desde el personal hacia niños, niñas y adolescentes. <b>Nota.</b> Ninguna intervención debería desacreditar el relato un niño, niña o adolescente referido a una situación de maltrato, abuso sexual o explotación sexual.

## Dimensión 5.

### El derecho a vivir en forma autónoma y a estar integrado/a en la comunidad

En esta dimensión se aborda el derecho a vivir en forma autónoma y a ser integrado en la comunidad, según lo dispuesto en el artículo 19 de la CDPD, y el respeto a los principios generales de la CDN (artículo 2, no discriminación; artículo 3, interés superior del niño; artículo 6, supervivencia y desarrollo).

Dada la etapa del desarrollo en la que se encuentra cada niña, niño o adolescente, es importante consignar que ellas y ellos son sujetos de derecho pleno configurado desde su autonomía progresiva. En este sentido se apunta al derecho a fortalecer su autonomía para lograr una vida independiente e integrada en la comunidad.

Se debe garantizar una gama completa de apoyos que les permitan vivir de la forma más autónoma posible y participar plenamente en la comunidad. Para ello, deben garantizarse los derechos a vivir en familia, la educación, el trabajo, actividades recreativas, de ocio, así como el deporte y la participación. Se trata de propiciar su integración en la comunidad, a partir de los intereses y necesidades de cada uno de los niños, niñas y adolescentes. Promover la participación en actividades artísticas, culturales, sociales, deportivas, que impliquen el uso de los espacios de integración que la comunidad provee.

#### Convención sobre los Derechos del Niño

##### Artículo 2

1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y

asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

##### Artículo 3

1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

##### Artículo 6

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.

#### Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

##### Artículo 19. Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y

pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;

b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;

c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

#### **Artículo 24. Educación**

Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles, así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a: Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana; Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas; Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.

Brindar los apoyos necesarios implica también integrar a sus referentes afectivos en el marco de los cuidados y atención terapéutica desarrollados desde los servicios. Es preciso prestar atención a la existencia de espacios de trabajos clínicos y terapéuticos con la familia, no solo con las personas que residen en estos centros. Particularmente se trata de no poner una barrera a la vinculación con los referentes afectivos bajo el argumento de que estos vínculos tensionan o desestabilizan la situación de niños, niñas y adolescentes. En consecuencia, será necesario que en los centros de atención a la salud mental se trascienda la lógica específica de la visita y se propicien y fortalezcan los vínculos afectivos de los niños, niñas y adolescentes.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes que provienen de centros de 24 horas o de familia de acogida, es imprescindible asegurar la presencia de los educadores y de los vínculos de acogida el tiempo en que se desarrolla la atención a la salud mental, para que luego pueda retornar a ese centro de pertenencia. Esto implica la existencia de mecanismos específicos de compromisos con los centros referentes y trabajo individualizado con relación al ingreso y egreso.

## DIMENSIÓN 5: EL DERECHO A VIVIR EN FORMA AUTÓNOMA Y A ESTAR INTEGRADO/A EN LA COMUNIDAD

### Estándar 5.1. Disponibilidad de recursos y apoyos para garantizar el derecho a vivir en comunidad

Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
5.1.1. Se promueve el fortalecimiento del vínculo con referentes afectivos de los niños, niñas y adolescentes (desarrollo de estrategias específicas, trabajo en territorio, vínculo frecuente)	Documentación y entrevistas	
5.1.2. Se proponen planes de egreso, con participación de niñas, niños y adolescentes y sus referentes afectivos, con enfoque socioeducativo, interdisciplinario y orientado al desarrollo de su autonomía y a la generación de condiciones de vida fuera de la institución.	Documentación y entrevistas	
5.1.3. Se establecen vínculos con otras organizaciones, según intereses y necesidades de los niños, niñas y adolescentes, que permanecieran y apoyaran tras el egreso.	Documentación y entrevistas	

### Estándar 5.2. Se garantiza el acceso a la educación

Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
5.2.1. Se garantiza el acceso a propuestas educativas acordes con la edad y el desarrollo de niñas, niños y adolescentes.	Documentación y entrevistas	
5.2.2. El servicio proporciona información sobre diversas opciones en educación formal y no formal que consideren el interés personal de los niños, niñas y adolescentes y estén ubicadas en sus localidades de origen.	Documentación y entrevistas	

### Estándar 5.3. Se apoya e incentiva la participación de niñas, niños y adolescentes en actividades sociales, culturales, de ocio y recreación

Criterios para la evaluación	Método de verificación	Observaciones y comentarios
5.3.1. El servicio brinda información sobre actividades sociales, culturales y recreativas para que realicen niñas, niños y adolescentes ubicadas en sus localidades de origen.	Documentación y entrevistas	
5.3.2. Niñas, niños y adolescentes realizan actividades sociales, culturales y recreativas de su preferencia.	Documentación y entrevistas	
5.3.3. Se fomenta la participación de niñas, niños y adolescentes en espacios de socialización ajenos al servicio y a las instituciones educativas.	Entrevistas	

Para complementar el relevamiento que se realiza desde cada una de las dimensiones, se solicitan un conjunto de datos generales que permiten identificar el tipo de

servicio sobre el que se está realizando la evaluación y sus principales recursos asociados.

### Tipo de Establecimiento (según clasificación de la ordenanza 1488/2019)

Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial	
Unidad de Mediana Estadía /Casa de Medio Camino	
Unidad de Corta Estadía	
Hospital de Día	
Otros, especifique	

### Población

Nº de residentes al momento de la visita	
Rangos de edades de las y los residentes	
Niños/as o adolescentes no comparten espacios o servicios con mayores de 18 años	

### Recursos humanos

	Nº de RRHH	Horas semanales contratadas
Nurse		
Auxiliar enfermería		
Medicina Generalista		
Medicina Especializada en Psiquiatría Pediátrica		
Psicología		
Nutricionista		
Maestros/as-Profesores/as		
Educación Social		
Trabajo Social		
Fonoaudiología		
Terapista Ocupacional		
Psicomotricidad		
Talleristas		
Cuidadores/as		
Personal de servicio (limpieza, cocina, mantenimiento, otros)		
Otros, especifique		

### Habilitaciones

¿El establecimiento está registrado en el MSP?	Sí	No, pero se encuentra en trámite	No
¿El establecimiento cuenta con habilitación de bomberos?	Sí	No, pero se encuentra en trámite	No
¿El establecimiento cuenta con habilitación del MSP?	Sí	No, pero se encuentra en trámite	No

# Bibliografía

54

- ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA TORTURA. (2004). *Monitoreo de lugares de detención: Una guía práctica*. Recuperado de <https://www.apt.ch/es/resources/publications/monitoreo-de-lugares-de-detencion-una-guia-practica-2004>
- ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA TORTURA (2016). *Simposio Jean-Jacques Gautier para los MNP 2016. El monitoreo de las instituciones psiquiátricas. Informe final*. APT. Recuperado de <https://www.apt.ch/sites/default/files/publications/report-jjg-symposium-2016-es.pdf>
- ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN PÚBLICA - ANEP (2021). *Mapa de ruta ante situaciones de violencia a niños, niñas y adolescentes en Educación Inicial y Primaria*. Recuperado de <https://www.anep.edu.uy/sites/default/files/Mapa%20de%20ruta%20%20Inicial%20y%20primaria%202021.pdf>
- BELOFF, MARY LECCIONES Y ENSAYOS, NRO. 89, 2011 BELOFF, MARY, *La protección de los niños y las políticas de la diferencia*, ps. 405-420
- BELOFF, MARY (1996) *Modelo de la protección integral de los derechos del niño y de la situación irregular, un modelo para armar y otro para desarmar. Primera reunión del foro de legisladores provinciales de Salta*.
- BRONFENBRENNER, U. (1989). *Teoría de sistemas ecológicos. Anales de Desarrollo Infantil*, 6 (1), 187-249.
- BRONFENBRENNER, U. (1994). *Ecological models of human development. Readings on the Development of Children*, 2(1), 37-43.
- COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS - CIDH. (2013). *El derecho del niño y la niña a la familia: Cuidado alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas*. <https://www.oas.org/es/cidh/infancia/docs/pdf/informe-derecho-nino-a-familia.pdf>
- COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS - CIDH. (2017). *Garantía de derechos: Niñas, niños y adolescentes*. Recuperado de <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/nna-garantiaderechos.pdf>
- CONSEJO NACIONAL CONSULTIVO HONORARIO DE LOS DERECHOS DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA- CNCHDDNA (2020) *Documento del Grupo de Trabajo sobre aportes a la Reglamentación de la ley N° 19529 Salud Mental*.
- GARCÍA, C. E., & SÁNCHEZ, A. S. (2001). *Clasificaciones de la OMS sobre Discapacidad. Boletín del RPD*, 50, 15-30
- INSTITUCIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y DEFENSORÍA DEL PUEBLO - INDDHH. (2021) *Informe preliminar Grupo de trabajo Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias*.
- INICIATIVA DERECHOS DE INFANCIA, ADOLESCENCIA Y SALUD EN URUGUAY - IDISU (2012). *Guía: Los Derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de Salud. Integrado por el Ministerio de Salud Pública, MSP; Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, INAU; Universidad de la República, Udelar; Sociedad Uruguaya de Pediatría, SUP. Apoya Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF*.
- INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY- INAU. (2019A). *Contratación de servicios de atención integral especializados en salud mental (Licitación pública n.º 13/018, expediente 44203/018, resolución 1999/2019, acta 2019/0031)*. Recuperado de [https://www.comprasestatales.gub.uy/Resoluciones/acta\\_6](https://www.comprasestatales.gub.uy/Resoluciones/acta_6)
- INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY- INAU. (2019B). *Protocolo de intervención en situaciones de pre-crisis, crisis y post-crisis de nna en centros 24 hs del sistema de protección integral*. Recuperado de <https://www.inau.gub.uy/familia/download>

- LÓPEZ MAINIERI, W. (2016). *Inclusión educativa en el contexto de la formación superior. En Revista Autonomía Personal nro. 15.*
- MARRADI, A., ARCHENTI, N., Y PIOVANI, J. (2018). *Manual de metodología de las ciencias sociales. Buenos Aires: Siglo XXI.*
- MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN CONTRA LA TORTURA Y LOS MAOS TRATOS -MNP. (2021). *La infancia que no queremos ver. Encierro y salud mental de niñas, niños y adolescentes. INDDHH- MNP. UNICEF.* Recuperado de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/infancia-queremos-ver>
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA- MSP. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027.* Recuperado de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA- MSP. (2019). *Ordenanza N° 1.488/2019 referida a la red de atención de salud mental del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), del 7 de noviembre de 2019.* Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1488019-ordenanza-14882019-sustituye-anexo-i-ordenanza>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. (2012). *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.* Recuperado de [https://www.who.int/topics/human\\_rights/Instrument\\_derechos\\_OMS\\_spa.pdf?ua=1](https://www.who.int/topics/human_rights/Instrument_derechos_OMS_spa.pdf?ua=1)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. (2013). *Plan de acción sobre la Salud Mental 2013-2020.* Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Coord. José Luis Vázquez Barquero.* Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/clasificacion-internacional-del-funcionamiento-discapacidad-salud>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - ONU. (1990, SEPTIEMBRE 2). *Convención sobre los Derechos del Niño (Resolución 44/25).* Recuperado de <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - ONU. (2003, ENERO 9). *Protocolo facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (a/res/57/199).* Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/opcat.aspx>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - ONU. (2007, ABRIL 3). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (a/res/61/106).* Recuperado de [http://www.oas.org/DIL/esp/A-RES\\_61-106\\_spa.pdf](http://www.oas.org/DIL/esp/A-RES_61-106_spa.pdf)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD- OMS. (2018). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta (Nota descriptiva).* Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS- ONU. (2019, ABRIL 12). *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud mental: Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/HRC/41/34).*
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS- ONU. (2020, JULIO 16). *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud mental: Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/75/163).*
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - ONU. COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (CESCR), OBSERVACIÓN GENERAL N° 14 (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 agosto 2000, E/C.12/2000/4.* Recuperado de <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL - MIDES. (2016). *Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020 Ministerio de Desarrollo Social, Dirección Nacional de Políticas Sociales.*
- PEÑA VERA, T., Y PIRELA MORILLO, J. (2007). *La complejidad del análisis documental. Información, Cultura y Sociedad, 16, 55-81.*
- SISTEMA INTEGRAL DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y A LA ADOLESCENCIA CONTRA LA VIOLENCIA - SIPIAV. (2020). *Modelo de atención del SIPIAV Sistema Integral de Protección a la infancia y a la Adolescencia contra la Violencia.* Recuperado de <https://www.inau.gub.uy/sipiav/download/6907/978/16>

SISTEMA INTEGRAL DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y A LA ADOLESCENCIA CONTRA LA VIOLENCIA - SIPIAV. (2019)

*Guía para la atención de niñas y niños de 0 a 3 años en situación de violencia.*

SYMINGTON (2004)

*Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica Derechos de las mujeres y cambio económico No. 9, agosto 2004.*

UNICEF (2019A)

*Mental Health and psychosocial. Technical note.* Recuperado de <https://www.unicef.org/media/73726/file/UNICEF-MH-and-PS-Technical-Note-2019.pdf>

UNICEF (2019B)

*Guía de monitoreo al sistema de protección de tiempo completo de niños, niñas y adolescentes.* Recuperado de [https://bibliotecaunicef.uy/doc\\_num.php?explnum\\_id=213](https://bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=213)

UNICEF (2021)

*Marco operacional multisectorial global en favor de la salud mental y el apoyo psicosocial de niños, adolescentes y cuidadores en distintos contextos (versión de demostración sobre el terreno).*

56

UNICEF (2022)

*Estado Mundial de la Infancia 2021 En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. Informe Principal.* Recuperado de <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>

URUGUAY. (2004, SEPTIEMBRE 14).

*Ley 17823: Código de la Niñez y la Adolescencia.* Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>

URUGUAY. (2008, AGOSTO 18).

*Ley 18331: Ley de Protección de Datos Personales.* Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008/29>

URUGUAY. (2010, SEPTIEMBRE 16).

*Decreto n.º 274/010: Reglamentación de la ley 18335 Sobre Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud.* Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/274-2010>

URUGUAY. (2017, SEPTIEMBRE 19).

*Ley 19529: Ley de Salud Mental.* Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017/37>

URUGUAY. (2017, DICIEMBRE 17).

*Ley 19580: Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Modificación a disposiciones del código civil y código penal. Derogación de los arts. 24 a 29 de la ley 17514.*

Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>





	27	Jueves: 28
Miércoles: 4		Jueves: 5
		Jueves: 12

