

La infancia que no queremos ver

Encierro y salud mental
de niñas, niños y adolescentes



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



Apoya:

unicef 
para cada niño

La infancia que no queremos ver

**Encierro y salud mental
de niñas, niños y adolescentes**

La infancia que no queremos ver

Encierro y salud mental
de niñas, niños y adolescentes



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



APOYA

unicef 

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

Dr. Wilder Tayler (presidente)
Dra. Mariana Blengio Valdés
Dr. Juan Faroppa
Dra. Mariana Mota
Dra. María Josefina Plá

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

Director
Dr. Wilder Tayler

Secretaria
Maritza Ramos

Equipo Técnico Interdisciplinario MNP 2020

Dr. Álvaro Colistro, 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, Br. Ignacio Martínez, Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez, Dra. Gianina Podestá, Psic. Adriana Rodríguez, Dra. Alicia Saura

Equipo consultor para proyecto Encierro y salud mental de las infancias y adolescencias

Equipo MNP: Lic. en Trabajo Social María José Doyenart, Dra. Victoria Iglesias y Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez. Contó con la colaboración del Dr. Álvaro Colistro, Dr. Daniel Díaz, Soc. Laura Latorre.

Equipo técnico contratado por UNICEF

Lic. en Ciencia Política Cecilia Alonso, Psiq. Inf. Matilde Di Lorenzo (convenio Departamento de Medicina Legal), estudiante Licenciatura en Desarrollo Ignacio Martínez, Lic. en Sociología Lucía Pérez, Lic. en Psicología Ana Laura Piñeyro, Lic. en Psicología Adriana Rodríguez, Lic. en Psicología Marcela Velázquez

Colaboradores

Estudios: Manuela Abrahan, Magdalena Gutiérrez, Margarita Navarrete
Salud Mental: Mónica Giordano
Denuncias e investigación: Mariana Durán, Pablo Graña y Andrea Mazzei

Corrección

María Lila Ltaif

Diseño

Taller de Comunicación

ISBN: 978-9915-9339-3-1

Primera edición: abril 2020

Índice

| | |
|----------------------|----|
| Prólogo de la INDDHH | 9 |
| Prólogo de UNICEF | 11 |
| Resumen ejecutivo | 13 |
| Presentación | 21 |
| Introducción | 23 |

Parte I

Capítulo I. Infancias, adolescencias y salud mental:

| | |
|--|----|
| la necesidad de un sistema de protección integral | 27 |
| La protección de las infancias y adolescencias | 27 |
| Hacia una mirada específica de la salud mental de niños, niñas y adolescentes .. | 28 |

Capítulo II. La política pública de atención en salud mental para niñas, niños y adolescentes

| | |
|---|----|
| | 31 |
| Programas y prestaciones disponibles para la atención de la salud mental de niños, niñas y adolescentes..... | 32 |
| Dispositivos para la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes institucionalizados en centros de protección 24 horas..... | 33 |

Capítulo III. El desafío institucional de consolidar un sistema de protección integral para atender la salud mental de niños, niñas y adolescentes

| | |
|---|----|
| | 35 |
| La voz de los actores en salud mental, infancias y adolescencias: roles y competencias..... | 35 |
| La ley que tenemos: frente y dorso del marco normativo actual | 39 |
| La institucionalidad de la atención en salud mental en niños, niñas y adolescentes | 40 |
| Acciones, abordajes y estrategias | 43 |

Parte 2

Capítulo IV. La infancia que no queremos ver

Capítulo V. El acceso al derecho a la salud mental de niñas, niños y adolescentes del sistema de protección

| | |
|---|----|
| | 59 |
| Instrumentos de derechos humanos para el monitoreo de los centros de atención en salud mental en el sistema de protección | 59 |

| | |
|---|-----|
| Técnicas aplicadas en el monitoreo..... | 61 |
| Resultados del monitoreo a los centros de salud mental..... | 62 |
| Tema 1. Derecho a ser protegida/o contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso..... | 62 |
| Tema 2. Derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible..... | 76 |
| Tema 3. Derecho a la libertad y seguridad de la persona y a la libertad de opinión en todo lo que le concierne..... | 87 |
| Tema 4. Derecho a un nivel de vida adecuado..... | 94 |
| Tema 5. Derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad..... | 104 |

Parte 3

| | |
|---|-----|
| Capítulo VI. Desafíos y aportes | 113 |
| Evitar y prevenir toda forma de maltrato o abuso físico y mental en los centros de atención en salud mental de niñas, niños y adolescentes..... | 113 |
| Evitar y prevenir la privación de libertad ilegítima o arbitraria y el tratamiento de niñas, niños y adolescentes sin el consentimiento libre e informado..... | 114 |
| Abordar la salud mental desde una mirada integral, comunitaria, interdisciplinaria e intersectorial..... | 116 |
| Garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes sean informados y participen en las decisiones que les conciernen..... | 117 |
| El desafío de transitar hacia un sistema de protección integral que integre la salud mental desde la perspectiva de derechos humanos..... | 118 |
| Referencias bibliográficas | 121 |
| Siglas | 125 |
| Glosario | 127 |

Anexos

| | |
|--|-----|
| Anexo 1. Metodología del proyecto salud mental en infancias y adolescencias | 135 |
| 1. Sobre el eje de monitoreo..... | 135 |
| 2. Sobre el eje de investigación..... | 141 |
| Anexo 2. Temas y estándares de evaluación | 145 |
| Anexo 3. Gráficos y cuadros estadísticos | 151 |

La infancia que no queremos ver existe

El Mecanismo Nacional de Prevención (MNP) es un organismo de control y de colaboración de carácter autónomo e independiente de los poderes del Estado. En Uruguay funciona en el ámbito de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) y fue creado por mandato del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT), con el fin de prevenir la tortura u otros malos tratos hacia las personas privadas de libertad.

En el mandato del MNP se ubican las siguientes líneas de acción: efectuar visitas de monitoreo no anunciadas a centros de privación de libertad; diseñar herramientas de análisis para cada uno de los ámbitos de encierro que monitorea, y elaborar informes para comunicar las constataciones realizadas. Así como formular recomendaciones a las autoridades para minimizar los riesgos de violencia institucional y prevenir el maltrato y la tortura, y proponer modificaciones a la legislación vigente o proyectos de ley.

El MNP de Uruguay concentra su monitoreo en los siguientes sistemas de encierro: responsabilidad penal juvenil; sistema de protección 24 horas de niños, niñas y adolescentes; sistema carcelario de adultos; unidades policiales (seccionales y Unidades Especializadas en Violencia Doméstica y de Género), e instituciones psiquiátricas de adultos y de niñas, niños y adolescentes.

Existe evidencia fundada de que aquellas personas que se encuentran institucionalizadas se ven expuestas a sufrir en mayor medida malos tratos y violencia. Esta condición se vuelve particularmente aguda en el caso de niñas, niños y adolescentes que corren un riesgo mayor de padecer violencia institucional.

En estos difíciles tiempos de pandemia, en los que la inmensa mayoría de los ciudadanos nos vemos expuestos a situaciones que restringen nuestra movilidad, se pone de manifiesto la necesidad de conocer cómo se encuentran aquellos niños, niñas y adolescentes que viven al amparo de instituciones estatales. La infancia en situación de encierro institucional ha sido una preocupación constante del Mecanismo Nacional de Prevención de Uruguay desde sus comienzos hacia el año 2013. Desde el inicio, gracias al apoyo de UNICEF Uruguay, contó con recursos humanos y materiales para el monitoreo tanto del sistema de protección como del sistema de responsabilidad penal juvenil.

Desde aquel momento fundacional hasta la actualidad, el monitoreo del sistema de protección se ha ampliado y se ha concentrado en los problemas más acuciantes identificados en las visitas. En ese sentido, nuestro equipo ha observado y seguido constantemente las condiciones en las que viven los niños, niñas y adolescentes en

los centros de salud mental del sistema de protección. Se han constatado situaciones de malos tratos psicológicos y físicos, así como la aplicación de medidas disciplinarias desproporcionadas, que constituyen un castigo, así como internaciones prolongadas más allá del alta médica, entre otros fenómenos que alertaron al MNP.

El trabajo que se presenta a continuación es producto de un esfuerzo de largo aliento del equipo de seguimiento del sistema de protección que conjuga los componentes de monitoreo, investigación e incidencia. Se trata de un proyecto innovador, con una metodología que integra normativas y estándares de derechos humanos, centrado en instituciones de salud mental para la infancia, las que constituyen espacios frecuentemente invisibilizados para las políticas públicas en nuestro país. Es de orden extender el agradecimiento a UNICEF Uruguay, que proveyó recursos, ideas y apoyo para la conformación de un equipo interdisciplinario imprescindible para el desarrollo de este proyecto.

Al cierre del informe se plantean propuestas concretas orientadas a los decisores de políticas públicas, con vistas a avanzar hacia compromisos de mejora de la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes internados en centros de salud mental. Esperamos que este informe aporte y aliente nuevas discusiones y procesos de trabajo para la mejora del sistema de protección de la infancia en Uruguay.

Wilder Tayler

Presidente de la Institución Nacional de Derechos Humanos
y Defensoría del Pueblo

Presentación estudio de salud mental

El monitoreo de la situación de los niños, niñas y adolescentes en condiciones de especial vulnerabilidad es una prioridad para UNICEF. En ese marco, en muchos países del mundo UNICEF ha construido alianzas con instituciones nacionales de derechos humanos u oficinas de ombudspersons con el fin de desarrollar estrategias conjuntas de promoción, monitoreo y defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Las IINDDHH son instituciones clave para UNICEF: en efecto, por su naturaleza estatal pero autónoma e independiente, por su capacidad de vigilar la situación de los derechos humanos y de hacer recomendaciones a las entidades del Estado y por su gran alcance, son aliadas naturales para una agencia de Naciones Unidas que, como UNICEF, tiene el mandato de apoyar los esfuerzos nacionales que apunten a la implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño.

En Uruguay, desde 2013 UNICEF tiene un convenio con la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo mediante el cual apoya el trabajo del Mecanismo Nacional de Prevención para el monitoreo especializado de la situación de los niños y adolescentes privados de libertad por un motivo u otro: centros de privación de libertad por motivos penales, centros de protección de 24 horas, centros de atención a niños con discapacidad, centros de derivación o puertas de entrada y clínicas de atención a la salud mental. Fruto de ese acuerdo es este informe sobre las instituciones de salud mental del sistema de protección 24 horas del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU).

La gran mayoría de los niños, niñas y adolescentes que están privados de libertad, por el motivo que sea, llegan a esta situación con historias de mucho sufrimiento. Muchos de ellos han vivido circunstancias de extrema pobreza, de desprotección o de violencia. Son niños y niñas que merecen una atención especializada que repare, que los fortalezca y que genere un proyecto de vida que restablezca su derecho a vivir en familia. Entre ellos, los niños y adolescentes que se encuentran en las clínicas de salud mental son especialmente vulnerables, porque no solo tienen una historia de vulneración y separación familiar, sino que enfrentan mayores desafíos para la inclusión en la educación, están más expuestos a situaciones de violencia y discriminación y tienen más dificultades a la hora de recuperar el cuidado familiar. A esta condición de especial fragilidad se suman situaciones de particular vulnerabilidad que el Mecanismo Nacional de Prevención ha detectado en estos años de monitoreo permanente de niños y adolescentes que se encuentran privados de libertad en los centros de atención en salud mental del sistema de protección de 24 horas de INAU.

Tomando estos antecedentes, UNICEF decidió apoyar al MNP a fin de que emprendiera un proyecto específico para estudiar la situación de estas instituciones. El proyecto se desarrolló entre setiembre de 2019 y noviembre de 2020 y tuvo como objetivo profundizar el monitoreo en las instituciones de salud mental del sistema de 24 horas de INAU, prevenir situaciones de vulneración de derechos y proponer recomendaciones que contribuyan a transformar la respuesta institucional que hoy se brinda a estos niños, niñas y adolescentes. El informe que aquí se presenta es el fruto de la implementación de dicho proyecto.

Con la aprobación de la ley 19.529 de Salud Mental, en 2017, Uruguay dio un paso importante en la consolidación de un nuevo marco de derechos y orientaciones para la atención de la salud mental. Sin embargo, es necesario reforzar los esfuerzos para la efectiva implementación de la ley y para la incorporación de una perspectiva que contemple la situación de los niños, niñas y adolescentes. En particular, la ley establece en su artículo 37 el cierre de los establecimientos asilares y monovalentes para el año 2025. Confío entonces en que este informe sea un insumo valioso para trazar un plan específico que contemple la transformación de las instituciones de salud mental donde hoy se encuentran niños, niñas y adolescentes.

Luz Angela Melo
Representante
UNICEF Uruguay

Resumen ejecutivo

... la buena salud mental y el bienestar no pueden definirse por la ausencia de un problema de salud mental, sino por el entorno social, psicosocial, político, económico y físico que permite a las personas y a las poblaciones vivir una vida digna, con pleno disfrute de sus derechos y en el marco del aprovechamiento equitativo de sus posibilidades.

ONU, 2015

En este documento se presentan los resultados del proyecto «Salud mental y encierro en infancias y adolescencias», llevado adelante por el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) con el apoyo de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Uruguay entre septiembre de 2019 y diciembre de 2020. Este proyecto busca prevenir las vulneraciones de derechos detectadas en el monitoreo a los centros de atención en salud mental del sistema de protección 24 horas del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) con el fin de incidir en su erradicación.

Las poblaciones en condiciones de encierro están en situación de dependencia de sus cuidadores y autoridades responsables, por lo cual su vulnerabilidad se ve agravada y el riesgo de malos tratos aumenta significativamente. Cuando la situación de encierro involucra a niñas, niños y adolescentes privados del cuidado familiar, con padecimiento psíquico y/o discapacidad, se agravan los riesgos de sufrir abuso, violencias y malos tratos. Garantizar la protección de sus derechos es el objetivo del monitoreo externo e independiente.

Desde ese enfoque se efectuaron visitas sin previo aviso a las clínicas de salud mental para observar los lugares, entrevistar al personal y a niños, niñas y adolescentes de los centros, además de efectuar una revisión documental de historias clínicas y carpetas. A su vez, se realizó un análisis de la normativa vigente a nivel na-

cional e internacional, se procesaron datos estadísticos y se relevó la visión de los actores involucrados en el diseño, puesta en práctica y monitoreo de la política de salud mental e infancia.

Del análisis de la **mirada de los actores** se desprende como principal desafío la consolidación de un sistema de protección a las infancias y adolescencias que integre una mirada sobre la salud mental. Este desafío involucra tres aspectos interrelacionados, que se describen a continuación.

El primer aspecto es el normativo, en el que se indicó que la Ley de Salud Mental implicó un avance al incluir un abordaje comunitario y orientado a la inclusión; sin embargo persiste un uso de la terminología que sigue priorizando el modelo biomédico al asumir un padecimiento psíquico como un trastorno. A su vez, la perspectiva de niñez y adolescencia está ausente en la redacción de la ley.

En segundo lugar, se desprende de las entrevistas que las instituciones involucradas encuentran difusas sus competencias y responsabilidades y no se visualiza con claridad el liderazgo de las instituciones que deberían propiciar un cambio de modelo en la atención en salud mental. Un aspecto clave para la consolidación de un sistema integral de protección a las infancias es una articulación estrecha y fluida entre las instituciones que lo componen. Para que esto pueda concretarse es im-

prescindible que las instituciones responsables de las políticas de salud mental e infancias y adolescencias lideren dicha interinstitucionalidad.

Por último, al analizar los abordajes y estrategias de atención, se describe una práctica prevaleciente de encierro por períodos prolongados, que se opone a las intenciones y esfuerzos realizados en dirección al abordaje comunitario y la desinstitucionalización. Vinculado a esto, se identifican desafíos en la formación de los recursos humanos, en particular en la adopción de los nuevos enfoques que plantea la Ley de Salud Mental, aspecto que dificulta el desarrollo de prácticas interdisciplinarias que trasciendan el modelo biomédico. En este marco se plantea una tensión entre el modelo integral que no privilegia los tratamientos farmacológicos y la existencia de dispositivos de atención que perpetúan la patologización del padecimiento de salud mental.

En esta línea el **análisis de la información estadística con relación a los niños, niñas y adolescentes que residen en un centro de salud mental** del sistema de protección reafirma la visión de que en los abordajes prevalece el encierro por períodos prolongados.

Más de un quinto (21 %) de los niños, niñas y adolescentes están internados hace más de dos años en un centro de atención en salud mental, lo que supera el límite establecido por la normativa de INAU (máximo dos años). Preocupa al MNP que un 13 % de los niños y niñas menores de 12 años permanezcan en estos centros entre tres y nueve años, lo que representa prácticamente toda su vida. Asimismo, uno de cada cinco adolescentes registra una permanencia de entre tres y nueve años. A esta vivencia de permanencia en un centro que debería ser transitorio, se agregan trayectorias dentro del sistema de protección marcadas por el pasaje por múltiples establecimientos de 24 horas. Más de un tercio (35 %) de los niños, niñas y adolescentes que en 2020 se encontraban en un centro de salud mental habían transitado previamente por cuatro o más centros. Un 75 % de quienes tienen entre 7 y 12 años habían residido en dos centros antes de arribar al centro de salud mental.

En el monitoreo realizado en las clínicas de salud mental para niños, niñas y adolescentes del sistema de protección, se efectuaron las siguientes constataciones.

Con relación al **derecho a ser protegida/o contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso en los centros de salud mental:**

- a. Se constataron situaciones de descuido emocional, trato humillante y amenazante y malos tratos físicos.

En más de la mitad (58 %, siete) de los centros, se constató un trato distante y descuido emocional por parte del personal a cargo de la atención directa hacia los niños, niñas y adolescentes. Esto se traducía en desatención de las necesidades particulares de cada uno de los y las residentes.

En casi la mitad de los centros (42 %, cinco) se confirmaron tratos humillantes y amenazantes del personal hacia los niños, niñas y adolescentes, con comentarios hirientes y burlas, así como un vínculo diferencial entre los residentes. En tres centros además se constataron malos tratos físicos, se verificó la existencia de reacciones violentas del personal ante situaciones de conflictos cotidianos.¹

El trato que reciben vulnera en diferentes grados el derecho a ser protegido contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental mientras se encuentran bajo el cuidado del INAU (art. 19 Convención sobre los Derechos del Niño [CDN]).

- b. Se verificó la utilización inapropiada de medidas de contención (psicoemocionales, farmacológicas y/o mecánicas); en algunos centros se constató incluso que estas eran utilizadas como forma de castigo.

En los centros en los que se relevó un trato amenazante, humillante o estigmatizante del personal hacia los niños, niñas y adolescentes que allí residían, se verificó que la intervención del personal, en lugar de atenuar posibles crisis, en ciertos casos las desencadenaba o potenciaba.

En la mitad de los centros se constató que las habitaciones utilizadas para «cuartos de aislamiento» no son adecuadas para asegurar un proceso terapéutico, por lo que podrían considerarse espacios de castigo. Se constataron habitaciones con rejas en puerta y ventana (lo que las asimilaba a celdas), con escasa iluminación y ventilación, de dimensiones reducidas y no visibles desde enfermería.

1 Esta situación dio lugar a intervenciones específicas del MNP que implicaron el envío de oficios con recomendaciones (oficios 600/MNP-SP/2020, 606/MNP-SP/2020 y 610/MNP-SP/2020) dirigidos al Directorio de INAU, así como el seguimiento de ellos por las autoridades referentes y en los propios centros. Es de destacar que el INAU generó un mecanismo ágil de intervención ante estas denuncias y se realizaron las investigaciones pertinentes.

En los dos centros dedicados a la atención de episodios agudos, se relevaron testimonios consistentes de las y los adolescentes de prácticas de encierro desmedido y utilización de los cuartos de contención como medidas de castigo y/o sanción.

El MNP considera importante desestimular el uso de medidas de contención física, estipular las circunstancias excepcionales en las cuales están indicadas y que en ningún caso sean utilizadas como forma de sanción.

c. Se constató la aplicación de medidas disciplinarias ante situaciones de descompensación por salud mental y la aplicación de medidas disciplinarias que configuraban un castigo y no una medida socioeducativa.

Se verificó que en los establecimientos existía confusión entre conducta violenta y descompensación por una situación de salud mental, por lo cual se aplicaban medidas disciplinarias ante situaciones de descompensación, que son actos totalmente involuntarios.

En dos centros se constató que las medidas disciplinarias aplicadas eran desproporcionadas y constituían castigo o malos tratos, implicando sanciones colectivas, acumulativas y/o aislamiento.

Conforme a la normativa internacional de derechos humanos, las medidas disciplinarias no deben constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, medidas de aislamiento e incomunicación o cualesquiera otras formas de violencia física o psicológica que puedan poner en peligro la salud física o mental del niño, niña o adolescente.

d. Se relevaron niveles altos de seguridad centrados en el control y no en la protección de niños, niñas y adolescentes.

Los establecimientos cuentan con cámaras de seguridad instaladas en todos los espacios (con excepción de los baños), incluidos consultorios psicológicos y médicos.

En la mayoría de los centros el monitoreo de videovigilancia que se realiza es inadecuado, ya que no se ubica en el espacio de enfermería, no es el personal de salud el encargado de la tarea o se utilizan los celulares personales para verificarlo. Los niños, niñas y adolescentes no han brindado un consentimiento informado

para la utilización de las cámaras de vigilancia y desconocen su finalidad y alcance.

El uso de videovigilancia está regido por los principios de protección de datos personales y la finalidad debe estar limitada a garantizar la salud de los niños, niñas y adolescentes que allí residen. Se debe contar con el consentimiento informado de las personas sometidas a videovigilancia. Asimismo, se deben adoptar medidas para garantizar la seguridad y confidencialidad de datos sensibles, por lo que queda prohibido utilizar medios que no reúnan las condiciones técnicas de seguridad. Las cámaras de seguridad en los consultorios médicos y psicológicos lesionan la confidencialidad paciente-médico.

La utilización de cámaras de vigilancia debe estar supeditada a la no existencia de un medio menos invasivo del derecho de privacidad y en ningún caso debe sustituir la vigilancia, cuidado y tratamiento que puede brindar dicho personal.

A esto se suma que en varios centros se observó un diseño edilicio y una organización de la vida cotidiana muy marcados por la seguridad y el orden,² lo que los lleva a asemejarse a un espacio carcelario y no a un centro dedicado a la atención socioeducativa de niños, niñas y adolescentes.

e. No existen mecanismos de denuncia formales frente a eventuales vulneraciones de derechos de niñas, niños y adolescentes.

Ninguno de los establecimientos cuenta con un mecanismo de denuncias formalmente instalado donde las y los residentes o sus familiares puedan denunciar vulneraciones de derechos con garantías de no ser expuestos a eventuales represalias.

Con relación al **derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible** en el monitoreo a los centros de salud mental:

a. Se constataron irregularidades en el ingreso de los niños, niñas y adolescentes a las clínicas de salud mental que afectan una atención adecuada y oportuna.

² En varios centros se observaron diferentes signos centrados en la seguridad y el orden, tales como rejas para el acceso a los diferentes espacios del centro con excesiva restricción de circulación de los niños, niñas y adolescentes por el centro, rejas en las escaleras, en las puertas de los dormitorios, en el patio, entre otros. Así como un funcionamiento muy reglado en los horarios que estructuran la vida cotidiana (de levantarse, de comida, de esparcimiento).

Se constataron demoras entre la solicitud de ingreso para un niño, niña o adolescente a un centro de salud mental (para atención tanto de trastornos compensados como de episodios agudos) y su efectivización. El tiempo de respuesta a las solicitudes de ingreso a los centros de atención en salud mental lleva a que no se atienda el padecimiento en salud mental de forma adecuada y oportuna.

Se observaron órdenes de ingreso que no contaban con datos fundamentales como fecha y nombre de usuario o con los motivos de derivación que justifiquen el ingreso a un centro de atención en salud mental.

Asimismo se constató un déficit en la cantidad y calidad de la información sobre los y las residentes al momento del ingreso, lo que genera dificultades al no permitir conocer rápidamente su situación de salud, incluida la medicación que requieren.

La valoración médica y psicológica debería realizarse periódicamente, de forma que se garantice que el ingreso a un centro de atención en salud mental brinde una respuesta oportuna ajustada al proceso de rehabilitación de cada niño, niña y adolescente.

b. Se constató que se realizan los controles médicos necesarios, sin embargo la información brindada a los niños, niñas y adolescentes sobre su salud, tratamiento y recuperación no es suficiente.

Los controles de salud de los y las residentes son realizados por el equipo médico de cada centro, de forma de asegurar la vigencia del carné de salud del niño, niña o adolescente. Se verificaron algunas demoras en el cumplimiento de las consultas con profesionales de la salud externos debido a las dificultades propias del sistema sanitario, pero también por problemas en la gestión de los centros.

En todos los centros monitoreados se constató que la medicación se encontraba disponible en cantidades suficientes y era almacenada en forma adecuada. Sin embargo, en varios centros era la primera y única respuesta frente a situaciones de angustia o estresantes. Asimismo, en muy pocas situaciones se presentaban otros tratamientos alternativos o complementarios del farmacológico.

Durante las entrevistas mantenidas con los niños, niñas y adolescentes se verificó que la mayoría no po-

sean conocimiento sobre los medicamentos que se les suministraban ni cuál era el motivo por el cual debían tomarlos.

La normativa nacional refiere al derecho que tienen los niños, niñas y adolescentes a ser informados sobre los procedimientos relacionados con su salud en un lenguaje acorde a su desarrollo. También a la importancia de generar mecanismos que fomenten su participación en los temas vinculados a su salud física y mental, lo cual favorece el desarrollo de autonomía y genera herramientas para tomar decisiones en la materia.

c. No se observó un abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes.

En la amplia mayoría de los centros se constataron dificultades para incorporar una mirada que incluyera los derechos sexuales y reproductivos con un enfoque integral que abarcara la promoción, educación, información no restringida exclusivamente a una mirada sanitaria asistencial. De igual forma, en ninguno de los centros se identificaron líneas de trabajo con relación a la identidad de género y orientación sexual de los y las adolescentes.

El MNP destaca la importancia de que los niños, niñas y adolescentes sean involucrados y protagonicen las medidas que se toman respecto a su salud sexual y reproductiva y se les brinde la mayor cantidad de herramientas posible para la toma de decisiones de forma autónoma, en base a su edad y grado de madurez.

d. Se verificó que el personal tiene una escasa formación en derechos humanos y que el personal de atención directa tiene un perfil eminentemente sanitario.

En lo que refiere a si el establecimiento cuenta con personal calificado y ofrece servicios de salud mental de buena calidad, se verificó que en un alto porcentaje se utiliza como personal de atención directa a auxiliares de enfermería, los cuales carecen de formación para el trabajo socioeducativo.

Se observó que los equipos profesionales y de atención directa entrevistados presentaban debilidades en el conocimiento de los derechos humanos, específicamente de los derechos de las personas con discapacidad y en

general falta de visualización de la importancia de tener presente este marco de derechos a la hora de desarrollar la atención y la práctica cotidiana en los centros.

Con relación al **derecho a la libertad y seguridad de la persona y a la libertad de opinión en todo lo que le concierne:**

- a. No se observaron mecanismos que garanticen que los niños, niñas y adolescentes sean informados y partícipes de los asuntos concernientes a su tratamiento.

En los doce centros de atención en salud mental se constató que niños, niñas o adolescentes son trasladados al centro de salud mental sin previo aviso, preparación o incluso mediante engaños. En varias situaciones, se relevó que las familias tampoco tenían conocimiento de la resolución de la internación en una clínica de salud mental.

Es fundamental que los traslados se realicen garantizando el derecho de los niños, niñas y adolescentes a estar informados y a expresar su opinión en todos los asuntos que los afecten, según lo estipula el artículo 12 de la CDN.

- b. No se recaba un consentimiento informado con relación a la internación y el tratamiento que cumpla con las garantías.

Se observaron dificultades en la aplicación de los procedimientos establecidos que garantizan que los niños, niñas y adolescentes no sean privados de su libertad de forma ilegítima o arbitraria, en función de lo establecido en la normativa internacional y nacional.

En este sentido, la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) no ha recibido notificaciones de hospitalización de los niños, niñas y adolescentes que están internados en las clínicas para episodios agudos. La ley 19.529 en su artículo 35 establece el deber de notificación al director técnico del prestador de salud de todas las hospitalizaciones por orden judicial, dentro de las primeras veinticuatro horas, a la Comisión de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la INDDHH.

Asimismo, se encontraron resoluciones judiciales de internación involuntaria en clínicas de agudos sin dictamen de profesional especializado en la materia. De igual

modo, se verificaron internaciones que se realizaban con informe de profesionales de psiquiatría del área de salud de INAU y la clínica desconocía si se hacía o no la notificación correspondiente.

Se destaca la situación de los niños, niñas y adolescentes que han sido internados en clínicas de agudos y que permanecen allí con posterioridad al alta médica. En el monitoreo se constató que el 40 % (21) de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran en una clínica para episodios agudos poseen el alta médica.

Preocupa al MNP que no se respeten los procedimientos establecidos jurídicamente para las internaciones voluntarias e involuntarias que garantizan a los niños, niñas y adolescentes que no se los prive de libertad de forma ilegítima o arbitraria.

Con relación al **derecho a un nivel de vida adecuado, en el monitoreo de los centros de salud mental de niñas, niños y adolescentes se constató:**

- a. Los niños, niñas y adolescentes acceden a infraestructura, vestimenta y alimentación de calidad.

Los establecimientos presentaban un mantenimiento adecuado de las infraestructuras y se encontraban en buenas condiciones de higiene. Varios establecimientos no aseguraban condiciones de accesibilidad.

Prevalecían desafíos en torno al diseño de la estructura y los espacios, que tienden a no propiciar un ambiente acogedor, cómodo y que estimule la participación e interacción de quienes allí residen. En general, la circulación por los diferentes espacios priorizaba el orden, la seguridad y el control, lo que genera en los niños, niñas y adolescentes residentes una vivencia de escasa libertad y privacidad.

Es relevante que los establecimientos procuren un ambiente que garantice un nivel de vida adecuado para los residentes, en atención a los artículos 28 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y 27 de la CDN. 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.

Finalmente, con relación al **derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad:**

- a. Las niñas, niños y adolescentes acceden a la educación, si bien en ocasiones se presentan vulneraciones producto de prácticas excluyentes de las instituciones educativas.

Se verificó que la totalidad de los centros de atención en salud mental (con excepción de los centros para episodios agudos) promueven la asistencia de niños, niñas y adolescentes a centros educativos formales y no formales. Se constataron dificultades de integración de los y las residentes en los centros educativos formales; en muchas situaciones el centro estipulaba un horario restringido para la participación de los niños, niñas y adolescentes que provienen de los centros de salud.

- b. No hay política del INAU que apoye el egreso de las niñas, niños y adolescentes que residen en las clínicas de salud mental.

En cuanto a la disponibilidad de recursos y apoyos para garantizar el derecho a vivir en comunidad, todos los centros dedican esfuerzos a mantener el vínculo con las familias o referentes significativos. En general esta tarea era sostenida mediante el contacto telefónico y con una frecuencia mensual, lo que no facilita el trabajo de revinculación.

En línea con los esfuerzos de desinstitucionalización, los resultados de las experiencias de egreso están muy centrados en las características propias del niño, niña o adolescente y su entorno, no están determinados por una estrategia efectiva que desarrolle el centro o el sistema de protección.

18 Estos aspectos son reconocidos en el artículo 19 de la CDPD, en el que se abordan el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad, 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). En estos se exige que a las personas con discapacidad y a los niños, niñas y adolescentes se les garantice acceso a una gama completa de apoyos que les permitan vivir de la forma más independiente posible y participar plenamente en la comunidad.

A partir de la información relevada, se identifican cinco **desafíos concebidos como aportes a la agenda para la protección integral de la salud mental de las**

infancias y adolescencias. De esta forma, cada desafío se correlaciona con posibles líneas de acción necesarias, que se enuncian a continuación:

1. El desafío de **evitar y prevenir toda forma de maltrato o abuso físico y mental** en los centros de atención en salud mental de niñas, niños y adolescentes requiere incorporar las siguientes líneas de acción:
 - Diseñar e implementar medidas alternativas a las medidas de contención física y farmacológica.
 - Disponer de personal adecuado en cantidad, formación y disposición.
 - Instalar mecanismos de denuncia ante posibles vulneraciones.
 - Priorizar la protección de derechos de las infancias y adolescencias y promover una convivencia saludable.
 - Profundizar en un sistema de supervisión garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
2. Para el desafío de **evitar y prevenir la privación de libertad ilegítima o arbitraria y el tratamiento de niñas, niños y adolescentes sin el consentimiento libre e informado**, el MNP identifica algunas líneas de acción:
 - Revisar los procedimientos para la internación involuntaria establecidos en el Código de la Niñez y la Adolescencia.
 - Efectivizar el procedimiento para las notificaciones a la Comisión Nacional de Contralor de la atención en salud mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo.
 - Establecer mecanismos para garantizar que todos los ingresos a un centro de salud mental se basen en criterios terapéuticos con fundamentos técnicos.
 - Generar los mecanismos para garantizar que ningún niño, niña o adolescente continúe internado con posterioridad al alta médica.
 - Implementar acciones que aseguren que la internación sea de carácter restringido como lo estipula la Ley de Salud Mental.
 - Implementar mecanismos que aseguren que todos los niños, niñas y adolescentes que sean internados en un centro de atención en salud mental poseen la información necesaria y su opinión es tenida en cuenta.

- Garantizar el consentimiento libre e informado para intervenciones biológicas y psicosociales.
3. El desafío de abordar la salud mental desde una mirada integral, comunitaria, interdisciplinaria e intersectorial implica las siguientes líneas de acción:
- Crear recursos y dispositivos comunitarios de atención en salud mental integral.
 - Integrar a la comunidad a los niños, niñas y adolescentes residentes en los centros de salud mental.
 - Generar un plan para el egreso sustentable de los niños, niñas y adolescentes de los centros de atención en salud mental.
 - Integración de los referentes afectivos en proyecto de intervención de los niños, niñas y adolescentes.
4. Para garantizar que todas las niñas, niños y adolescentes sean informados y participen en las decisiones que les conciernen se identifican las siguientes líneas de acción:
- Desarrollar estrategias que brinden acceso a los niños, niñas y adolescentes a toda la información sobre los aspectos que les conciernen y que su opinión sea tomada en cuenta.
 - Implementar prácticas que promuevan la participación activa de niños, niñas y adolescentes.
 - Integrar a los niños, niñas y adolescentes en el proyecto de centro y en el plan de intervención individual.
5. El desafío de transitar hacia un sistema de protección integral que integre la salud mental desde la perspectiva de derechos humanos implica las siguientes líneas de acción:
- Garantizar y fortalecer el funcionamiento de la Comisión Intersectorial en Salud Mental y de la Comisión Asesora (art. 11, ley 19.529, decreto 331/2019) de modo que permita avanzar y dar cumplimiento a la implementación del Plan de Salud Mental 2020-2027.
 - Generar las coordinaciones necesarias entre el Ministerio de Salud Pública e INAU para el desarrollo y consolidación de la política de salud mental para niños, niñas y adolescentes.
 - Proveer a la Comisión Nacional de Contralor de la atención de la Ley de Salud Mental de los recursos humanos y económicos necesarios para desplegar su cometido en toda su profundidad y alcance.
- Fortalecer las acciones desarrolladas por el Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y Adolescente con relación a salud mental desde su rol de coordinación e integración de las políticas sectoriales de atención a la niñez y adolescencia.

Presentación

1. Todo Estado Parte tomará medidas legislativas, administrativas, judiciales o de otra índole eficaces para impedir los actos de tortura en todo territorio que esté bajo su jurisdicción.

CONVENCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES, ARTÍCULO 2

En Uruguay, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) se crea por el artículo 83 de la ley 18.446, dentro de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), conforme al mandato del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de Naciones Unidas (OPCAT, por su nombre en inglés).³

El OPCAT recoge como uno de los medios más efectivos de prevención de la *tortura* la realización de visitas periódicas y no anunciadas a los lugares donde hay personas privadas de libertad. Para implementar estas visitas, establece dos órganos de control: a nivel internacional, el Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT), y en cada país, los mecanismos nacionales de prevención (MNP).

La metodología de trabajo de los MNP debe reflejar un enfoque preventivo amplio y desarrollar una estrategia de prevención holística identificando las posibles causas y riesgos de tortura y malos tratos. El monitoreo de los *lugares de encierro* permite obtener información de primera mano con relación a las condiciones y situación de las personas privadas de libertad. Para desarrollar una estrategia preventiva holística, es fundamental

analizar los marcos legales, las políticas públicas, así como las instituciones y actores involucrados (Asociación para la Prevención de la Tortura [APT], 2010).

El universo de monitoreo de los lugares de encierro incluye —sin que esta sea una enumeración exhaustiva— comisarías de policía, cárceles para personas adultas, centros de privación de libertad para adolescentes en conflicto con la ley, cuarteles militares, centros psiquiátricos, centros para personas con discapacidades, centros para el tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias, *centros de protección especial 24 horas* para niños, niñas y adolescentes, ya sea bajo autoridad estatal o privada.

Las poblaciones en condiciones de encierro están en situación de dependencia de sus cuidadores y autoridades responsables, por lo cual la *situación de vulnerabilidad* se ve agravada y el riesgo de malos tratos y tortura aumenta significativamente. Garantizar la protección de los derechos humanos de estas personas es el objetivo del monitoreo externo e independiente. Cuando la situación de encierro involucra a niñas, niños y adolescentes privados de la protección parental, con *padecimiento psíquico y/o discapacidad*, las intersecciones de múltiples formas de situaciones de vulnerabilidad agravan aún más los riesgos de sufrir abusos, violencias y malos tratos.

Los niños, niñas y adolescentes que ante una situación de vulneración de sus derechos son separados, de

³ El OPCAT fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 9 de enero de 2003 (resolución 57/199), entró en vigor el 22 de junio de 2006 y fue ratificado por Uruguay en la ley 17.914 del 25 de octubre de 2005.

forma transitoria o definitiva, de su familia ingresan a un centro de residencia de 24 horas del sistema de protección especial del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). El ingreso a un centro es el último recurso del que dispone un juez y la permanencia en él debe durar el menor tiempo posible. El ambiente en el que los niños y niñas crecen es un elemento determinante en su desarrollo y hay evidencia de que la permanencia prolongada en instituciones de protección afecta su desarrollo cognitivo, sus vínculos de apego, sus vínculos con pares y su salud mental (INAU y UNICEF, 2015).

A su vez, los niños, niñas y adolescentes con padecimiento mental son ingresados en *centros de protección especial especializada* para su tratamiento. Los riesgos de sufrir malos tratos y abusos se pueden profundizar en los centros y clínicas de atención en salud mental por las condiciones de encierro, las medidas sanitarias que se emplean y la estigmatización social que recae sobre la población que sufre situaciones de salud mental.

De esta manera, el SPT (2016) ha señalado algunos factores de riesgo de la política de encierro en materia de salud mental. En primer lugar, el *aislamiento* y las *medidas de contención* representan una situación de privación de libertad dentro de la privación de libertad misma. Además, estos recursos se emplean para una diversidad de situaciones que frecuentemente conllevan un grado de discrecionalidad excesiva en su uso como medidas disciplinarias. En segundo lugar, la dignidad y el derecho a la privacidad también pueden verse vulnerados con la permanencia prolongada en una institución, en tanto su intimidad se ve limitada, la persona internada es privada del contacto con personas externas, sufre la imposición de ciertas restricciones, etcétera. En tercer lugar, se señala la necesidad de evaluar los riesgos del tratamiento con internación, así como también los efectos del exceso de medicación. Algunos de los posibles peligros están vinculados a una estrategia de medicación sin objetivos terapéuticos claros o sin una correcta evaluación de la pertinencia de dicha estrategia.

En el monitoreo permanente que realiza el MNP a los centros de protección 24 horas, se han constatado situaciones de vulneración de derechos, así como malos tratos y violencia institucional. Algunos de los principales problemas que se relevaron y denunciaron tienen que ver con la imprecisión de los motivos de ingreso a estas clínicas, internaciones prolongadas sin un conoci-

miento claro de cuál es el padecimiento concreto que afecta a la persona, el plan de atención para esos niños, niñas y adolescentes y qué perspectivas de reintegro se proponen (MNP, 2016 y 2019).

A partir de la preocupación por las situaciones constatadas, se diseñó con apoyo de UNICEF un proyecto que aborda de forma integral la problemática de las internaciones de niñas, niños y adolescentes en clínicas de salud mental. Así, en setiembre de 2019 se puso en marcha el proyecto «Salud mental y encierro en infancias y adolescencias».

Esta publicación sintetiza lo relevado y analizado con relación al monitoreo de los centros de salud mental para la infancia y adolescencia, el marco normativo internacional y nacional, las políticas en salud mental e infancia que se están desarrollando en el país y la voz de los actores vinculados al diseño, puesta en práctica y monitoreo de dichas políticas. A partir de ese análisis, hacia el final del documento se formulan algunas reflexiones y desafíos vinculados a la política y su puesta en práctica y se presentan aportes para una agenda en materia de protección integral de la salud mental en la infancia.

Introducción

El proyecto «Salud mental y encierro en infancias y adolescencias» busca prevenir las vulneraciones de derechos detectadas en el monitoreo de los centros de atención en salud mental del sistema de protección 24 horas de INAU, incidiendo en su transformación.

Para ello, la propuesta se basó en el monitoreo de los centros de atención en salud mental integrados al sistema de protección especial de INAU, que se complementa con una revisión de la normativa internacional y nacional y el relevamiento de la política en salud mental para la infancia y adolescencia en Uruguay.

El período de trabajo del proyecto se extendió desde setiembre de 2019 hasta noviembre de 2020, mientras que el monitoreo de los centros de salud mental y el relevamiento de información se efectuó desde el inicio hasta abril de 2020.

El equipo técnico estuvo constituido por profesionales del MNP y consultores contratados con el apoyo de UNICEF. De este modo, se conformó un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de psicología, trabajo social, psiquiatría infantil, medicina, sociología, ciencia política y desarrollo.⁴

Para el monitoreo de la atención en salud mental de niñas, niños y adolescentes del sistema de protección, se utilizó el Instrumento de Calidad y Derechos propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) con el fin de evaluar y mejorar la calidad de los establecimientos de salud mental y apoyo social. Dicho

instrumento se basa en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD),⁵ al cual se incorporó el enfoque de derechos de infancia emanado de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).⁶

El monitoreo de los centros de salud mental del sistema de protección abarcó:⁷

- Diez (10) centros⁸ de atención integral de salud mental⁹ para niños, niñas, adolescentes y adultos con trastornos mentales, severos o no, compensados,¹⁰ de un total de 12 centros que tienen cupo

4 El equipo se integró con los siguientes profesionales del MNP: doctora Victoria Iglesias y licenciadas en Trabajo Social María José Doyenart y Soledad Pérez. Contó con la colaboración de la socióloga Laura Latorre. Y con profesionales contratados a partir del proyecto con UNICEF: licenciada en Ciencia Política Cecilia Alonso, psiquiatra infantil Matilde Di Lorenzo (convenio Departamento de Medicina Legal), estudiante de Licenciatura en Desarrollo Ignacio Martínez, licenciada en Sociología Lucía Pérez y psicólogas Ana Laura Piñeyro, Adriana Rodríguez y Marcela Velázquez.

5 La Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), aprobada por la Asamblea General en la resolución 61/106, de 13 de diciembre de 2006, entró en vigor en mayo de 2008 y fue ratificada por nuestro país por la ley 18.418, de 20 de noviembre de 2008.

6 La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), 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 16.137 del 26 de setiembre de 1990.

7 La delimitación de los centros de atención de salud mental del sistema de protección deja fuera de este estudio la atención que se brinda en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en los hospitales departamentales y en clínicas privadas. Tampoco se incluyen en este estudio los centros de atención y tratamiento del consumo problemático de drogas, ni los centros para personas en situación de discapacidad del sistema de protección de INAU.

8 Si bien el proyecto preveía realizar un relevamiento de todos los centros de atención en salud mental del sistema de protección, quedaron dos centros sin monitorear, el Centro Resurgir y el Centro Gorriónes). De acuerdo con el cronograma de visitas elaborado, dichos centros iban a ser visitados en el mes de abril de 2020. En ese momento en Uruguay se había decretado la emergencia sanitaria y se habían dispuesto una serie de medidas enfocadas en el aislamiento voluntario.

9 A partir de la licitación de enero de 2019 (INAU, 2019c), se cambia la denominación de los centros de atención en salud mental. Los centros que anteriormente se denominaban *centros medio camino* comienzan a nombrarse *centros de atención integral en salud mental para niños, niñas y/o adolescentes con trastornos mentales compensados* y los *centros crónicos* se denominan actualmente *centros de atención integral en salud mental para niños, niñas y/o adolescentes con trastornos mentales severos*.

10 De acuerdo con la última licitación para servicios de atención en salud mental (INAU, 2019c), los centros de atención integral en sa-

para atender 364 niños, niñas y adolescentes,¹¹ lo que representa el 83 % del universo.

- **Dos (2) centros de atención a episodios agudos** para niños, niñas y adolescentes que cursan un episodio agudo, de un total de dos centros que atienden hasta 52 niños, niñas y adolescentes, lo que representa el 100 % del universo.

Se efectuaron visitas sin previo aviso, de acuerdo a la metodología de monitoreo del MNP, se revisó la documentación disponible y se realizaron entrevistas a equipos de dirección, equipos técnicos, personal de atención directa y de servicio y a los niños, niñas y adolescentes que residen en los centros.

La evaluación de los centros de atención en salud mental del sistema de protección se complementa con el relevamiento y análisis del marco normativo internacional y nacional, y el diseño y puesta en práctica de la política de atención en salud mental para niños, niñas y adolescentes en Uruguay.

Para ello, se relevó el marco normativo referido a la salud mental y a la infancia, se analizó la vinculación de estas dos temáticas a nivel internacional y nacional, y se realizaron entrevistas en profundidad (18) a los diferentes actores involucrados en el diseño y puesta en práctica de la política de salud mental e infancia. Se analizaron los cometidos, las estrategias que desarrollan, los niveles de articulación institucional y los principales desafíos identificados en materia de atención en salud mental a niños, niñas y adolescentes, así como los posibles caminos para superarlos.

El documento se organiza en tres grandes partes:

La primera tiene por objetivo presentar el contexto de la política de salud mental para la infancia y adolescencia en Uruguay. El primer capítulo, «Infancias, adolescencias y salud mental: la necesidad de un sistema de protección integral», plantea brevemente los conceptos de infancias, adolescencias y salud mental en los que se sustenta el informe. Destaca la importancia de profundizar en un sistema de protección integral a la in-

fancia que dé respuestas a una problemática compleja como la salud mental en esa etapa de la vida.

El capítulo II, «La política pública de atención en salud mental para niñas, niños y adolescentes», presenta brevemente la política de salud mental para infancias y adolescencias que se lleva a cabo en Uruguay. En especial, se detallan los dispositivos previstos para los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección especial.

Finalmente, el capítulo III, «El desafío institucional de consolidar un sistema de protección integral para atender la salud mental de niños, niñas y adolescentes», analiza la configuración institucional de los actores que tienen la competencia y responsabilidad del diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes.

La segunda parte del documento se enfoca en el análisis de la implementación de la política de salud mental en encierro, específicamente en la evaluación de las clínicas de salud mental para niños, niñas y adolescentes del INAU.

En este sentido, en el capítulo IV, «La infancia que no queremos ver», se presentan las características de los niños, niñas y adolescentes que residen en una clínica de salud mental, se analizan los tránsitos dentro del sistema de protección 24 horas, los motivos de ingreso y la permanencia en las clínicas de salud mental.

En el capítulo V, «El acceso al derecho a la salud mental de niñas, niños y adolescentes del sistema de protección», se presentan las constataciones realizadas en el marco del monitoreo de las clínicas de salud mental.

Finalmente, en la parte 3 del documento, se explicitan algunas reflexiones y desafíos planteados a la política de salud mental para la infancia y adolescencia que se desprenden de la evaluación efectuada y se realizan aportes para la agenda de protección integral de la salud mental en la infancia.

lud mental están dirigidos a población con trastornos mentales compensados, severos o no, mientras que los centros de atención a episodios agudos brindan atención a niños, niñas y adolescentes que presentan episodios agudos.

11 Según respuesta al oficio 560/2019 (del 6 de setiembre de 2019), enviado por el MNP al directorio del INAU solicitando información sobre los centros de atención en salud mental, distribución, cupos y modalidad de contratación.

Parte 1

Capítulo I. Infancias, adolescencias y salud mental: la necesidad de un sistema de protección integral

En el marco de procesos sociales complejos, la vivencia de situaciones de violencia, así como las vulneraciones socioeconómicas que transitan niñas, niños y adolescentes interpelan a los diferentes agentes del Estado. Los Estados son los responsables de desarrollar estrategias de prevención, atención y reparación en casos de vulneraciones de sus derechos.

La protección de la salud mental de niños, niñas y adolescentes presenta especiales desafíos en el marco de la puesta en práctica de la nueva Ley de Salud Mental (Uruguay, 2017). Se resalta la necesidad de contar con servicios especializados que garanticen el acceso a la educación, la salud, el cuidado, la recreación y la participación. 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. (pp. 43-44)

La protección de las infancias y adolescencias

El desarrollo de la modernidad y sus consecuentes cambios sociodemográficos¹² en la composición familiar

¹² Aumento de la esperanza de vida al nacer y reducción de los nacimientos.

y la organización social instalan una conceptualización diferencial de las distintas etapas de la vida de una persona, asociada a la edad cronológica, pero sobre todo a fases en el desarrollo vital que abarcan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Así, la infancia se configura en tanto concepto para referir a la primera etapa del ciclo vital de una persona. La evolución sociohistórica del concepto nos permite hoy distinguir entre primera infancia (desde el nacimiento hasta los 5 años), infancia (de los 6 a los 11 años) y adolescencia (de los 12 a los 17 años), a los efectos de identificar las particularidades y necesidades de atención para cada etapa (Consejo Nacional de Políticas Sociales, 2016).

Además de su diferenciación en tanto etapa vital, su empleo como categoría analítica también ha variado con el tiempo y es clave comprender cuál es la atribución social que se otorga a estos conceptos y cómo esa valoración varía con el contexto sociohistórico.

En este sentido, y en función de la heterogeneidad de realidades individuales y vinculadas con el entorno de cada niño, niña y adolescente, no puede hablarse de una única 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.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) es el tratado internacional que reconoce los derechos de los niños, niñas y adolescentes y que establece, entre otras cosas, el derecho a la protección integral, el interés superior del niño y el derecho a estar debidamente informado. De esta forma, el Estado se compromete a velar por que los niños, niñas y adolescentes puedan crecer en un ambiente seguro, libre de discriminación y de cualquier tipo de violencia, así como también a garantizar las condiciones para su desarrollo. Esto requiere lo que UNICEF

llama «la creación de un ambiente protector para la infancia», para el que es imprescindible el compromiso y capacidad del gobierno. El objetivo debe ser generar condiciones y desarrollar acciones en distintos ámbitos que den una respuesta integrada para proteger a niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad.

Al igual que otros instrumentos de derechos humanos, la CDN ofrece orientaciones al Estado sobre cómo actuar en materia de infancia y adolescencia, establece obligaciones, articula su accionar en términos jurídicos e institucionales e impone la generación de condiciones adecuadas para el pleno ejercicio de los derechos de niños, niñas y adolescentes. La CDN promueve la creación de un *sistema integral de protección a la infancia*, lo que requiere de un trabajo más exhaustivo que la adscripción a la norma y exige una desafiante adaptación institucional. Para contar con un sistema de protección a la infancia es necesario un proceso intencional y sostenido para ordenar, adecuar y coordinar la matriz de protección con una orientación específica a la infancia. De hecho, Uruguay está transitando ese proceso, que por supuesto no está exento de desafíos.

A nivel nacional, la adecuación normativa a la protección integral de niños, niñas y adolescentes es la aprobación del Código de la Niñez y Adolescencia (CNA) en 2004,¹³ que regula las responsabilidades del Estado hacia las personas menores de 18 años.¹⁴

(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. (Uruguay, 2004, artículo 3)

Un camino posterior a la consagración normativa de los derechos de niños, niñas y adolescentes es su traducción en acciones concretas que efectivamente signifiquen un cambio positivo en su vida y bienestar. Para que esa transformación pueda darse, es precisa una operacionalización del aspecto jurídico en políticas públicas que den respuesta a las necesidades de atención específicas de la infancia.

La CDN promueve la creación de un sistema integral de protección a la infancia, lo que requiere de un trabajo más exhaustivo que la adscripción a la norma y exige una desafiante adaptación institucional.

Hacia una mirada específica de la salud mental de niños, niñas y adolescentes

Cuando se trata la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, es fundamental integrar la salud mental. Un abordaje inadecuado de esta en la infancia y adolescencia deja huellas indelebles para el resto de la trayectoria vital.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define la *salud mental* 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). La salud mental es uno de los componentes fundamentales y necesarios dentro del concepto de salud, «tanto es así que no hay salud sin salud mental» (OMS, 2018). Se refiere al bienestar mental y psicológico de la persona, por lo que la promoción de la salud mental y la prevención de los padecimientos psíquicos, así como un correcto diagnóstico, tratamiento y rehabilitación son piezas fundamentales de una política de salud mental que respete los derechos humanos.

El bienestar en términos de salud mental está relacionado no solo 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.). Por lo tanto, la

¹³ Mediante la ley 17.823 (actualizada en 2019).

¹⁴ Según el CNA, la niñez se extiende hasta los 12 años inclusive y la adolescencia de los 13 a los 18 años.

prevención y la detección oportuna son determinantes a la hora de atender una situación o padecimiento vinculado a la salud mental. En el caso de niños, niñas y adolescentes, la exposición a condiciones de vida y contextos no adecuados para el desarrollo de la persona pueden ser factores de riesgo importantes que van en detrimento de la salud mental.

Las personas con padecimientos mentales sufren seriamente la estigmatización y discriminación, además de que se vuelven considerablemente más vulnerables a sufrir múltiples violaciones de sus derechos humanos en simultáneo (Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS], 2007; OMS, 2013).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDDP) establece en su artículo 7 la responsabilidad del Estado 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.

A nivel nacional, la ley 19.529, Ley de Salud Mental, supone algunos avances respecto al paradigma de salud mental anterior, completamente apoyado en un tratamiento médico, hacia un paradigma que entienda la salud mental en un sentido más integral, en el cual abordajes de tipo comunitario y psicosocial son claves para promover el bienestar mental y psíquico de las personas. Si bien este cambio de paradigma en la redacción de la ley es de suma relevancia, parece bastante claro que los niños, niñas y adolescentes son los grandes ausentes en la nueva Ley de Salud Mental.

Responsabilidad del Estado uruguayo en materia de salud mental e infancia

Si bien se reconocen avances sustantivos en la legislación nacional en materia de salud mental, existen grandes desafíos vinculados a prácticas que aún responden a un paradigma asilar y de encierro.

El Estado uruguayo tiene la obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud mental de toda su población, incluidos niños, niñas y adolescentes. Esto implica garantizar políticas, leyes y prácticas que promuevan el bienestar, en particular de las poblaciones más desfavorecidas.

En el caso de niños, niñas y adolescentes, la exposición a condiciones de vida y contextos no adecuados para el desarrollo de la persona pueden ser factores de riesgo importantes que van en detrimento de la salud mental.

En la última instancia de revisión país del Examen Periódico Universal (EPU),¹⁵ en el año 2019, el informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos hizo varios señalamientos sobre salud mental y discapacidad en niños, niñas y adolescentes. A continuación mencionamos dos, uno que se refiere a las instituciones monovalentes y aisladas como dispositivo de atención para niños, niñas y adolescentes (recomendación 53 del EPU UY 2019),¹⁶ y otro que exhorta a adoptar una política de educación integral e inclusiva de calidad en todo el país, contemplando las situaciones de discapacidad de alguna índole (recomendación 57 del EPU UY 2019).¹⁷

En el último informe presentado por el relator especial¹⁸ ante el Consejo de Derechos Humanos en 2019, se subrayan algunos elementos fundamentales que hacen al cambio de paradigma en la atención en salud mental, sobre todo en lo relativo al abordaje comunitario y el fortalecimiento de los lazos sociales, así como también

15 Mecanismo de evaluación del cumplimiento de las obligaciones de derechos humanos en el que los Estados miembros de Naciones Unidas se someten a sus pares cada cuatro años. Uruguay ha sido examinado en tres oportunidades (2009, 2014 y 2019).

16 «53. El mismo Comité [CDDP] instó al Uruguay a que prohibiera la institucionalización forzada por motivo de discapacidad y aboliera la práctica de la hospitalización o el internamiento no consentidos. El equipo de las Naciones Unidas en el país informó que en 2017 se había promulgado la ley n.º 19.529, actualizando la legislación tal como se había recomendado» (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2019a).

17 «57. La UNESCO destacó que el Uruguay no había adoptado una política integral para fomentar la educación inclusiva y la participación en la sociedad de los niños con discapacidad. Dos órganos de tratados recomendaron al Uruguay que proporcionara una educación inclusiva de calidad, a todo nivel. El equipo en el país hizo recomendaciones similares. La UNESCO alentó al Uruguay a que adoptara un plan nacional de aplicación de la Ley núm. 18.651» (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2019a).

18 Las relatorías especiales son otro instrumento previsto por el Consejo de Derechos Humanos, en el que se solicita a expertos y expertas independientes y honorarios informar sobre la situación de un país en determinado tema, en este caso, sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

a priorizar este enfoque en niños, niñas y adolescentes, en tanto etapa clave de la vida que marcará definitivamente las posibilidades de desarrollo posterior.

69. El hecho de invertir de manera sostenible en el derecho a la salud de los adolescentes ofrece inmensas posibilidades de capitalizar las inversiones positivas en los primeros años, al tiempo que brinda la oportunidad de mitigar los efectos de las primeras experiencias negativas y de aumentar la resiliencia para reducir al mínimo los daños futuros.

91. **Los servicios de salud mental están excesivamente centrados en enfoques desfasados** mediante los cuales la mayoría de los recursos se asignan para tratar individualmente los problemas de salud mental que se hayan diagnosticado, lo que incluye la medicación psicotrópica y la atención en establecimientos. Ese desequilibrio mundial no hace sino intensificar las desigualdades en cuanto a la equidad, las pruebas y la aplicación. (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2019b)

La reflexión acerca de un sistema de protección a la infancia y adolescencia y su puesta en práctica apuntan a la incorporación efectiva del concepto de integralidad propuesto por la CDN, que plantea como requisito la adecuación del derecho nacional —y las correspondientes políticas públicas que lo vehiculizan— de acuerdo a un nuevo paradigma de comprensión de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho.

30 Los sistemas de protección comprenden un conjunto de leyes, políticas y servicios necesarios en todos los ámbitos sociales —especialmente en el ámbito del bienestar social, la educación, la salud y la justicia— para apoyar la prevención de los riesgos relacionados con la protección y la respuesta en este sentido. (UNICEF, 2008, p. 12)

Capítulo II. La política pública de atención en salud mental para niñas, niños y adolescentes

Los procesos abocados a la transformación de los marcos regulatorios de la atención a la salud mental han cobrado mayor relevancia en el Uruguay posdictatorial. Un primer paso lo constituyen la Concertación Nacional Programática y la Comisión Nacional de Salud Mental, que desarrollaron instancias de trabajo para la concreción del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) aprobado por el Ministerio de Salud Pública en 1986 (De León, 2013).

Si bien los avances que se registraron no lograron conformar un sistema general que incorporara los últimos desarrollos en salud mental, se mantuvo la discusión e intercambio en los niveles profesionales y académicos (Acuña y Sánchez, 2014). No obstante, se buscó transformar el sistema de atención mediante la creación de unidades de salud mental en los hospitales generales y se materializaron ciertos cambios en la atención¹⁹ (Techera y Apud, 2013).

En el 2005, en el marco de la creación y la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), comienzan una serie de cambios en las políticas públicas dirigidas a la salud en general y la salud mental en particular. Se conforma la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) del Programa de Salud Mental, con la finalidad de generar lineamientos participativos dirigidos a la salud mental desde las perspectivas vinculadas a los aspectos culturales, legislativos y de derechos humanos al considerar las prestaciones específicas que era preciso desarrollar (Bremermann, 2016). En este marco, se da un nuevo intento de reglamentación, entre los años 2007 y 2009, donde la CATP coparticipa en la elaboración

La ley 19.529 de Salud Mental, aprobada en 2017, plantea priorizar formas de intervenciones integrales alternativas a la hospitalización.

y discusión de un anteproyecto de Ley de Salud Mental y Derechos Humanos, que reemplazaría a la normativa entonces vigente de atención psiquiátrica, proceso que no prosperó.

En el año 2015, se crea un nuevo anteproyecto que luego de la discusión en varios ámbitos llega al proyecto definitivo que se convierte en la ley 19.529 de Salud Mental, aprobada en 2017 y reglamentada en el año 2019. Esta ley plantea el desafío del cierre de instituciones monovalentes para el 2025, así como el énfasis en una atención integral que priorice formas de intervenciones integrales alternativas a la hospitalización.

En este marco, el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) de 2020 cumple con el cometido de reglamentar la Ley de Salud Mental y tiene como propósito:

Contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante la definición, e implementación de las estrategias más efectivas para promover la salud mental, prevenir, reducir la morbimortalidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales y brindar una atención de calidad, basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención. (MSP, 2020, p. 25)

¹⁹ La creación del Área en Salud Mental, la Residencia Médica Hospitalaria en Psiquiatría y la descentralización del servicio, mediante la reestructuración de la Colonia Etchepare y el Hospital Vilardebó, el cierre del Hospital Psiquiátrico Musto y la creación de una gran cantidad de centros de rehabilitación.

Programas y prestaciones disponibles para la atención de la salud mental de niños, niñas y adolescentes

En Uruguay coexisten al menos tres modelos de atención: el asilar, el hospitalocéntrico y el de salud mental comunitaria. En agosto de 2011, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, el Plan de Prestaciones en Salud Mental es aprobado e integrado al catálogo de prestaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP). Se contemplan un conjunto de prestaciones en materia de salud mental específica para niños, niñas y adolescentes que todo prestador integral de salud debe garantizar.²⁰

En lo que refiere a la atención proporcionada en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, se puede acceder a las prestaciones referidas por medio de: I) las policlínicas de salud mental hospitalaria, II) policlínicas de salud mental en centros de primer nivel y III) centros de salud mental comunitarios.

En el caso de la policlínica de salud mental hospitalaria, la consulta y el seguimiento por profesionales de salud mental se realizan en el hospital; se incluyen atención psiquiátrica a niños, niñas y adolescentes, consulta psicológica, abordaje psicoterapéutico. Específicamente para la infancia y adolescencia que se atiende en el ámbito público, la atención se centraliza en el policlínico de Psiquiatría Infantil del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

En el primer nivel de atención, las policlínicas cuentan con servicios especializados de salud mental para la atención psiquiátrica de adultos, niños, niñas y adolescentes, consulta psicológica, abordaje psicoterapéutico, consulta con trabajador/a social y seguimiento por enfermería (Romano, 2018).

Por otra parte, los centros de salud mental comunitarios son dispositivos especializados en salud mental con planta física independiente, en los que un equipo multidisciplinario especializado en salud mental brinda atención ambulatoria psiquiátrica y psicosocial. En

el centro se desarrollan diferentes tipos de abordaje, que pueden incluir estrategias y programas de rehabilitación, psicoterapia, así como programas de promoción y prevención. Los equipos cuentan con especialistas en psiquiatría pediátrica y se han ido incorporando talleristas y docentes en los centros de rehabilitación psicosocial para personas con trastorno mental grave (ТМС). Según la información disponible, en 2017 había 47 equipos de salud mental en todo el país (Romano, 2018, p. 6).

Las asignaciones específicas de prestaciones para la protección de la salud mental y la implementación de dispositivos que van en la línea del fortalecimiento del modelo comunitario representan valiosos avances en la política pública. Pero aún persisten importantes desafíos, entre los que se destacan: necesidad de fortalecer los recursos humanos, ya que se ha observado escasez de horarios y baja frecuencia de atención, situación que se agudiza en el interior del país; existencia de una menor oferta de abordajes grupales o familiares; debilidades en el trabajo interdisciplinario para dar respuesta de manera integral que implique la comunicación entre los distintos actores con el niño, niña o adolescente; a lo que se suma la falta de definición respecto a las estrategias de seguimiento y el rol de cada profesional en este, y por último, escasa coordinación con recursos sociocomunitarios, dado que falta profundizar el trabajo con familias o referentes socioeducativos de los sectores no sanitarios (INDDHH, 2019).

En el marco del nuevo Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027), en materia de atención se proponen 13 objetivos que en líneas generales remiten a direccionar la matriz de atención al modelo comunitario. En consecuencia, se trata de monitorear los dispositivos existentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud y adecuar aquellos que no contemplan este paradigma.

Específicamente con relación a la protección de niños, niñas y adolescentes, las prestaciones establecidas en la referida ordenanza 1046 del Ministerio de Salud Pública (MSP), se estipula la atención a partir de unidades en territorio y unidades de hospitalización.

Unidades en territorio

- Equipos especializados de salud mental. Les competirá el desarrollo de acciones de promoción de la salud mental en la infancia, el diagnóstico y la

20 Se trata de tres modalidades de acceso gratuito o con un copago establecido. En el modo 1 se prevé la atención en grupo con carácter gratuito y de hasta 12 sesiones anuales para cada usuario. En el modo 2 se establece la atención individual, grupal o de familia, hasta 24 sesiones anuales para cada usuario y con un copago preestablecido. En el modo 3 se estipula la atención individual y/o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario, con un copago menor que el establecido en el nivel 2. En situaciones de discapacidad física, mental o trastorno del espectro autista, la prestación podrá extenderse a 144 sesiones (MSP, 2011, p. 16).

atención de problemas del desarrollo y de salud mental, con una efectiva referencia y contrarreferencia en coordinación con el sector educativo y de protección.

- Equipos de habilitación/rehabilitación para las dificultades del desarrollo, aprendizajes, problemas emocionales y comportamentales. Se encargarán de tratamientos en el mediano y largo plazo y realizarán abordajes que excedan los objetivos y los recursos del equipo comunitario de Salud Mental, que será quien realice el seguimiento en cada caso.
- Centro diurno de habilitación/rehabilitación. Dispositivo ambulatorio diurno a nivel comunitario de atención psicosocioeducativa, que tiene por objeto la adquisición o recuperación de habilidades psicosociales y aprendizajes para la inserción o reinserción educativa, familiar y social, estimulando el fortalecimiento de los vínculos con los referentes familiares, en caso de que existan, o con las instituciones de protección. Está destinado a personas que puedan transitar por una atención de carácter ambulatorio intensiva.

Unidades de hospitalización

Implican la atención en servicio de emergencia de la salud mental de niños, niñas y adolescentes en hospital pediátrico u hospitales generales. Se estipula la existencia de un área acondicionada dentro de las unidades de emergencia (asegurando confidencialidad, protección y contención para la atención de niños, niñas y adolescentes con cuadros psiquiátricos agudos o descompensaciones agudas de trastornos mentales crónicos).

- Unidad de corta estadía. Dispositivo de internación de corta estadía para cuadros agudos o descompensaciones agudas de patologías crónicas que no puedan ser resueltos en áreas de cuidados moderados de hospitales pediátricos u hospitales generales.
- Hospitalización diurna. Dispositivo interdisciplinario ubicado en hospital pediátrico o sanatorio general que brinda atención especializada en salud mental intensiva, ambulatoria; es una alternativa a la hospitalización a tiempo completo para personas que cuentan con una red social de apoyo.

Con la incorporación de estos aspectos, se establece como meta para todo el período de implementación del plan (2020-2027) el monitoreo y la evaluación de estos dispositivos.

Dispositivos para la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes institucionalizados en centros de protección 24 horas

Los niños, niñas y adolescentes que están institucionalizados en centros de protección 24 horas del INAU que requieren una intervención especializada en salud mental son trasladados a centros de atención integral gestionados por empresas que licitan dichos servicios.

En este marco, la atención a la salud mental de niños, niñas y adolescentes forma parte del sistema de protección de tiempo completo del INAU. Los desafíos en esta materia son de diversa índole. Múltiples informes del Mecanismo Nacional de Prevención (MNP, 2016, 2019) y el propio informe de transición del INAU han señalado que presenta entre sus principales desafíos continuar la transformación de los procesos de atención 24 horas para consolidar respuestas alternativas a la protección residencial (INAU, 2019b).

En la actualidad, según las disposiciones del INAU para la protección integral de 24 horas en residencia, los servicios especializados en salud mental buscan responder «a la necesidad de atender los requerimientos de cuidado especializado de niños, niñas y adolescentes en un período breve o en forma permanente. Dichos requerimientos están relacionados con la atención altamente especializada e intensiva ante situaciones de crisis con alta disposición de recursos sanitarios en los centros de atención a episodios agudos o con las acciones de acompañamiento y rehabilitación que se desarrollan en los centros diurnos y en los centros de atención integral en salud mental (Medio Camino), o con la disposición de recursos de cuidado, que junto a las acciones de rehabilitación, se disponen en los centros para adolescentes con trastornos mentales severos (Crónicos)» (INAU, 2019a, p. 23).

Los *centros diurnos* para la protección de la salud mental son de reciente implementación, es a partir de la licitación de 2013 que se brinda la atención en esta modalidad. En la actualidad se encuentra en funcionamiento para todo el país un centro en Montevideo para

35 adolescentes de 13 a 17 años y once meses. Los jóvenes adolescentes viven con su núcleo familiar de pertenencia y/o en centros de tiempo completo del INAU. Se propone una intervención que fomente procesos de rehabilitación con base en la generación de autonomía progresiva y orientada al egreso del centro y el reintegro a su entorno de referencia.

Los centros de atención en salud mental, que en sus inicios se denominaron centros *medio camino*, surgieron a inicios del 2000. Estos centros brindan una atención terapéutica desde una perspectiva integral en modalidad residencial a niños, niñas (5 a 12 años) y adolescentes (13 a 17 años y 11 meses) que presenten trastornos mentales compensados.

En los últimos años, se han orientado los protocolos de actuación de estos centros hacia una intervención que fomente procesos de rehabilitación con base en la generación de autonomía progresiva de los niños, niñas y adolescentes, promoviendo el egreso del centro y el reintegro a su entorno de referencia. Además se estableció a partir de 2019 una reducción del período establecido para la permanencia de los niños, niñas y adolescentes en estos centros, que pasó de un máximo de dos años a un máximo de 18 meses.

Los centros para adolescentes con trastornos mentales severos, que se denominaban *centros crónicos*, también surgieron a inicios del 2000. Estos centros brindan atención terapéutica a adolescentes que presentan trastornos mentales severos compensados.

En la licitación de 2019 se estipuló que la edad de permanencia en estos centros podrá extenderse más allá de los 18 años (procurando no superar los 21 años) hasta tanto se pueda proveer mejor espacio de cuidado acorde a la edad y el nivel de dependencia. En consecuencia, la intervención pretende no superar los tres años de atención, propiciando el egreso del sistema de protección especializada de INAU hacia alternativas de desarrollo autónomo con relación al medio familiar y/o comunitario, o hacia programas de cuidado y protección correspondientes a la franja etaria (INAU, 2019c).

Los *centros de episodios agudos* brindan atención a niños, niñas y adolescentes de 9 a 17 años y 11 meses que estén transitando episodios agudos, como intento de autoeliminación (IAE), crisis de excitación psicomotriz, intoxicaciones, episodios delirantes agudos, trastornos afectivos. El proceso de internación estará condiona-

do a la estabilización del episodio agudo que determinó la intervención (INAU, 2019c, p. 4).

Existen en la actualidad procedimientos específicos para la derivación de niños, niñas o adolescentes de una modalidad de protección a otra, ya sea que impliquen traslados en el territorio (entre departamentos) o entre centros en un mismo departamento. Para todos los casos se estipula la necesidad de contar con «un informe fundamentando la solicitud de derivación, incluyendo la opinión, conocimiento y voluntad del niño, niña o adolescente y su familia o adultos de referencia, teniendo en cuenta el interés superior del niño y el principio de autonomía progresiva» (INAU, 2019a, p. 19).

Al mismo tiempo se establecen un conjunto de requerimientos a la hora de proceder al traslado, una vez resuelto el lugar de la derivación, que contemplan: la información al niño, niña o adolescente de los detalles de la derivación y la información que requiera saber; la coordinación con el nuevo equipo de acuerdo a las particularidades del niño, niña o adolescente; el establecimiento específico de los responsables y las fechas de traslado y recepción en el nuevo centro; la búsqueda del involucramiento de la familia en el proceso, para lo cual se generarán los espacios de participación necesarios (INAU, 2019a).

La solicitud de ingreso a centros especializados de salud mental será analizada por una comisión de ingresos especializados integrada por miembros de cada una de las siguientes áreas: Programa de Intervenciones Especializadas (PIE), Regulación y Atención de la Demanda de Especial Vulnerabilidad (RADEV), Espacio Salud-Psiquiatra, Coordinación de Intervenciones Especializadas (CIE).

Capítulo III. El desafío institucional de consolidar un sistema de protección integral para atender la salud mental de niños, niñas y adolescentes

Relevar y analizar la configuración institucional a partir de la voz de los actores²¹ permite avanzar en la identificación de los nudos problemáticos para la puesta en marcha de un sistema de protección a la infancia y adolescencia que a su vez permita dar respuesta de forma integral a la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

El capítulo comienza con un diagrama de los actores identificados como relevantes en la puesta en marcha de la política de salud mental en infancia y adolescencia, de acuerdo al rol y competencias que asumen desde su institucionalidad. Luego se presentan, a partir del discurso de los actores, las dimensiones analizadas con relación al marco normativo, la institucionalidad en la atención en salud mental a niñas, niños y adolescentes, los abordajes, acciones y estrategias que identifican en las prácticas institucionales de intervención.²²

La voz de los actores en salud mental, infancias y adolescencias: roles y competencias

Un primer paso fue identificar la ingeniería institucional que conforma la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes, tomando en cuenta actores gubernamentales, académicos y de la sociedad civil.

Diagrama síntesis de los actores involucrados en la política de salud mental de niños, niñas y adolescentes



21 A los efectos de la información que aquí se presenta, es importante subrayar que el trabajo de campo (entrevistas a referentes institucionales) fue realizado entre octubre de 2019 y marzo de 2020; entre julio y agosto del mismo año se realizaron excepcionalmente entrevistas a referentes del Poder Judicial). Por lo tanto, en el caso de los responsables de instituciones públicas, las personas entrevistadas ocupaban cargos en los que habían sido designadas por una administración anterior a la que está en funciones en el momento de presentación de este informe.

22 Por una información más detallada, ver anexo 1.

La institucionalidad de infancia y adolescencia en Uruguay está integrada por el INAU, organismo rector; el Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA) y el Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y Adolescente (CNCHDDNA), órgano de carácter consultivo bajo circunscripción del Ministerio de Educación y Cultura (MEC),²³ con representación estatal y no estatal. Si bien el Código define la institucionalidad responsable de proteger los derechos de niños, niñas y adolescentes, no está planteado explícitamente como un sistema de protección integral a la infancia (Morlachetti, 2013).

El MSP es el organismo rector de la política de atención en salud mental para toda la población. A su vez, la Ley de Salud Mental (art. 41) crea la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, con carácter honorario, presidida por el MSP.²⁴ A efectos de que la Comisión cumpla con su cometido inspectivo de cualquier establecimiento público o privado donde se realicen hospitalizaciones, residan o reciban atención las personas usuarias de los servicios de salud mental, el decreto 226/018, que reglamenta la ley 19.529, le otorga las facultades necesarias para su ejercicio (art. 5).

Asimismo, la Ley de Salud Mental en su artículo 11 y el decreto 331/019 que lo reglamenta crean la Comisión Intersectorial en Salud Mental que deberá abordar propuestas de articulación interinstitucional en salud mental y monitorear su cumplimiento, con una amplia

integración de representantes del Poder Ejecutivo.²⁵ La Ley de Salud Mental también crea la Comisión Asesora como ámbito multipartito²⁶ que orienta a la Comisión Intersectorial. Esta interinstitucionalidad integra y estructura el Plan de Salud Mental 2020-2027.

En el siguiente cuadro se describen las distintas instituciones consultadas en el marco de este proyecto con el objetivo de recuperar su visión sobre el campo de la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes. El listado de instituciones involucradas en la materia no es exhaustivo y es acotado al período anterior de gobierno. Es importante destacar que los resultados preliminares del proyecto fueron presentados a los organismos públicos involucrados en la temática y estas instancias enriquecieron el análisis de los actores, así como los desafíos y aportes a la agenda que se presentan en el capítulo IV. Al momento de edición y diseño de esta publicación, se realizaron los siguientes intercambios: INAU (Directorio y Directores de programa y técnicos responsables); MIDES (Dirección Nacional de Desarrollo Social); Comisión Nacional de Contralor de la Ley de Salud Mental; Comité de los Derechos del Niño/a Uruguay (CDNU).

23 Con una integración de dos representantes por el Poder Ejecutivo (uno de ellos lo presidirá), un representante del INAU, uno del Poder Judicial, uno de la Administración Nacional de Educación Pública, uno del Congreso Nacional de Intendentes, uno del Instituto Pediátrico Luis Morquio, uno del Colegio de Abogados y dos de las organizaciones no gubernamentales de promoción y atención a la niñez y la adolescencia (artículo 211 del CNA).

24 Artículo 41 de la ley 19.529 (Ley de Salud Mental). (Integración).- La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por: A) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales deberá acreditar conocimientos, formación y experiencia en el tema de la salud mental. Uno de ellos la presidirá. B) Tres miembros representantes de la Universidad de la República designados uno a propuesta de la Facultad de Medicina, otro a propuesta de la Facultad de Psicología y otro a propuesta de la Facultad de Derecho. Se observará que todos estén vinculados a la temática de la presente ley. C) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los trabajadores de la salud mental. D) Un miembro representante de las sociedades científicas vinculadas a la salud mental. E) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental. F) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los familiares de las personas con trastorno mental. G) Un representante de las organizaciones de la sociedad civil en salud mental y derechos humanos.

25 Artículo 2, decreto 331/019. Reglamentación del artículo 11 de la ley 19.529 (Ley de Salud Mental). Créase la Comisión Intersectorial en Salud Mental dentro del Consejo Nacional de Políticas Sociales que tendrá por cometido garantizar el cumplimiento del artículo 11 de la Ley de Salud Mental (n.º 19.529), abordando propuestas de articulación interinstitucional en salud mental y monitoreando su cumplimiento. La Comisión Intersectorial estará integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio del Interior y Oficina de Planeamiento y Presupuesto, articulando, entre otros organismos, con la Junta Nacional de Drogas, Banco de Previsión Social, Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay, así como con otros organismos que la Comisión crea pertinente.

26 Artículo 4, decreto 331/019. Reglamentación del art. 11 de la ley 19.529 (Ley de Salud Mental) La Comisión Asesora en Salud Mental se integrará de la siguiente forma: 2 representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá. 2 delegados de organizaciones de usuarios. 2 delegados de organizaciones de familiares. 3 delegados de instituciones académicas. 3 delegados del PIT-CNT. 3 delegados de organizaciones no gubernamentales vinculadas a temáticas de salud mental. 1 representante de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. 1 representante de la Fiscalía General de la Nación. 1 representante del Poder Judicial. 1 representante de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental.

| Actor | Descripción |
|---|---|
| <p>Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y Adolescente (CNCHDDNA)</p> | <p>Surge a partir del CNA y se constituye en el año 2007. Está integrado por dos representantes del Poder Ejecutivo (subsecretarías del MEC y MIDES), uno del INAU, uno del Poder Judicial, uno de la ANEP, uno del Consejo Nacional de Intendentes, uno del Instituto Pediátrico Luis Morquio, uno del Colegio de Abogados, dos de ANONG y uno de AUDEC. Como invitados participan INISA, UNICEF, el IIN y la INDDHH. Los cometidos están relacionados con la protección y promoción de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Se destaca que en el último año se logró su participación en el Parlamento en el tratamiento de leyes que comprenden a niños, niñas y adolescentes.</p> |
| <p>Ministerio de Salud Pública (MSP) Área Programática Área Adolescencia y Juventud</p> | <p>El Área Programática tiene a su cargo la promoción y el monitoreo de las políticas, estrategias y planes en salud mental. En este sentido, desde el año 2019 su actividad se concentró en la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental. La principal problemática planteada por esta área es la tensión entre el cumplimiento de sus objetivos y las capacidades presupuestales para llevarlos a cabo. La política pública no alcanza a supervisar directamente la totalidad de los centros de atención en el ámbito público y en el privado.</p> <p>Por su parte, el Área Adolescencia y Juventud se encarga de delinear las políticas de salud a partir del Sistema Nacional Integrado de Salud con el fin de desarrollar una labor intersectorial con los servicios vinculados con la adolescencia.</p> |
| <p>Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) Presidencia División Salud Programa de Intervenciones Especializadas (PIE) Regulación de la Atención a la Demanda de Especial Vulnerabilidad (RADEV)</p> | <p>El instituto tiene una misión, definida por los marcos normativos, absolutamente amplia en lo que refiere a las infancias y adolescencias. Como servicio descentralizado tiene autonomía programática y presupuestal y ha conformado su tradicional estructura con una gran cobertura de prestaciones. En el contexto de implementación de la Ley de Salud Mental y de elaboración de la reglamentación, el instituto se encuentra en un proceso de adecuación de las líneas programáticas. En este sentido, se está desarrollando una perspectiva de intervención más integral, que busca promover la autonomía progresiva en los niños, niñas y adolescentes.</p> <p>La <i>División Salud</i> es un espacio de atención de niños, niñas y adolescentes que presentan situaciones de vulnerabilidad (institucionalizados o no). Esto responde a la identificación de la necesidad de cobertura en el acceso para la población que muchas veces queda excluida de los servicios de salud.</p> <p>El <i>Programa de Intervenciones Especializadas</i> se enfoca en cinco líneas de trabajo: violencias, uso problemático de sustancias, salud mental, situaciones de calle y discapacidad. En la línea de salud mental, desarrolla una intervención comunitaria (servicio diurno) y otra enmarcada en el sistema de protección especial especializado de 24 horas.</p> <p>La RADEV es un equipo de trabajo encargado de identificar, regular y atender la demanda considerada de mayor vulnerabilidad. En este sentido, el análisis de las distintas situaciones se vuelve complejo en su cotidianidad de trabajo y la dedicación principal se vuelve a la atención de las urgencias en coordinación con otras áreas.</p> |

| Actor | Descripción |
|--|---|
| <p>Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) Área Infancia del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) Dirección Nacional de Políticas Sociales</p> | <p>El objetivo principal de PRONADIS es la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad buscando su inclusión social y en el mercado laboral. Desarrolla acciones de promoción, coordinación y ejecución de programas y apoyos que permitan la implementación de políticas focalizadas en la inclusión de personas con discapacidad, con intervención de los organismos nacionales, departamentales y municipales. Por su parte, el Área Infancia del Sistema Nacional de Cuidados (SNIC)^a tiene por cometido desarrollar y articular, junto con otras unidades ejecutoras, la política vinculada a los cuidados en la primera infancia como uno de los grupos etarios priorizados por el SNIC (los otros son personas con discapacidad dependientes y personas adultas mayores dependientes).</p> <p>La <i>Dirección de Políticas Sociales</i> ejecuta la secretaría técnica que facilita el Consejo de Políticas Sociales en el que participan los subsecretarios de los organismos públicos vinculados al área social. Se priorizó la agenda de primera infancia, infancia y adolescencia en alianza con el INAU y Uruguay Crece Contigo. Así se realizó el Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia. Este plan tiene la novedad de que conjuga la mirada por trayectoria que otros planes no tenían, observándose las respuestas públicas de 0 a 18 años. La definición de la agenda de los últimos años tiene como nudos centrales la población que está en centros de internación por problemáticas de salud mental, entre otros.</p> |
| <p>Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)^b Área de Salud Mental de la Red de Atención Primaria Metropolitana (RAP-METRO)</p> | <p>La <i>Red de Atención del Primer Nivel Metropolitana</i> es la única que tiene una coordinación del Área de Salud Mental, creada en el año 2017. Esta fue instituida a partir del diagnóstico de necesidad de contar con una figura que lograra articular la Dirección de Salud Mental de ASSE y el primer nivel de atención. Lleva adelante un tipo de atención interdisciplinaria que cuenta con 12 equipos especializados conformados por disciplinas de psiquiatría de adultos y pediátrica, trabajo social, psicología, enfermería y administración.</p> |
| <p>Defensoría Pública</p> | <p>Son centros de atención del Poder Judicial destinados a orientar y representar jurídicamente a los usuarios y usuarias. La Defensoría especializada en Familia aborda la problemática de la violencia doméstica respecto a la situación de riesgo y vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes. En este sentido, el trabajo con niños, niñas y adolescentes con discapacidad psicosocial se realiza a partir de las denuncias que llegan principalmente desde INAU, centros educativos (formales y no formales) y las propias familias. Desde la reforma del Código es preciso entrevistar primero a los niños, niñas y adolescentes antes de avanzar con otras acciones. La Defensoría cuenta con equipos profesionales en el área de psicología y trabajo social que ofician de apoyo a los profesionales jurídicos.</p> |
| <p>Universidad de la República (UDELAR)^c Programa Infancia, Facultad de Psicología Grupo de Estudio sobre Discapacidad (GEDIS), Facultad de Ciencias Sociales Grupo de trabajo en salud mental comunitaria, Facultad de Ciencias Sociales</p> | <p>El <i>Programa de Infancia de la Facultad de Psicología</i> centra su tarea en las temáticas de la medicalización y patologización. Cuenta con una línea de trabajo específica sobre violencia contra niños, niñas y adolescentes.</p> <p>El <i>Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS)</i> se creó en 2005 y centra su labor en el uso abusivo de psicofármacos y psicoestimulantes en las infancias y adolescencias. En el año 2015 se conforma el <i>Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria</i> a partir de una iniciativa de docentes que trabajan en salud mental comunitaria. Se centra en la creación de lazos institucionales con el fin de darle mayor dimensionamiento social y político a partir de la producción de conocimiento. Dicho grupo ha participado en la Comisión Nacional por Ley de Salud Mental y en el plan de implementación de prestaciones de salud mental con el objetivo de aportar desde la academia perspectivas que se despeguen de la tradición médica y biologicista.</p> |

| Actor | Descripción |
|---|---|
| Asamblea instituyente de salud mental | Es una organización de la sociedad civil que surgió en el año 2012 como parte de un proceso de mayor articulación y de cercanía entre organizaciones sociales vinculadas a personas usuarias de servicios de salud mental, familiares de usuarios y la UDELAR (en particular la Facultad de Psicología). La acción de la Asamblea surge de la iniciativa de visibilizar los derechos y la atención de los usuarios de los servicios de salud mental. Participa del proceso de conformación de la Ley de Salud Mental, lo que resulta muy desgastante para la organización, principalmente por las dificultades que encontraron para posicionarse como un actor político más. |
| Centro de Archivos y Acceso a la Información Pública (CAINFO) | Es una asociación civil que trabaja para el derecho a la información pública, la libertad de expresión y la participación social. A partir del año 2014, junto con la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) de Argentina, lleva adelante un proyecto con el fin de dar cuenta de la situación de acceso a la información pública abordando, específicamente, los derechos vinculados a la salud mental, las personas con discapacidad y la salud sexual y reproductiva. De esta forma, comienza a vincularse con otras organizaciones como IELSUR y la Asamblea Instituyente con el objetivo de aportar su experiencia respecto al acceso a la información pública y sistematización de datos relevantes para el proceso del anteproyecto de ley. |

- La ley 19353 (2015), Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, crea tres instituciones. La primera es la Junta Nacional de Cuidados, que tiene tres instancias anuales y es el organismo máximo; allí están MIDES, MSP, MEC, MTSS, MEF, BPS, INAU, CODICEN, OPP y el Congreso Nacional de Intendentes; es el organismo que toma las decisiones político-estratégicas del SNIC. Luego se crea la Secretaría Nacional de Cuidados dependiente del MIDES. Y por último, se crea un Comité Consultivo, en el que se reúnen la sociedad civil, la academia, los trabajadores (PIT-CNT) y el sector privado vinculado a los cuidados. Este comité tiene una función de contralor y generación de propuestas, es una instancia de diálogo entre actores no públicos vinculados al cuidado.
- Es importante destacar que no se logró concretar la entrevista con la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE. Dicha dirección tiene a su cargo las políticas de salud mental de la institución.
- No fue posible concretar una entrevista en la Facultad de Medicina, con la cátedra de Psiquiatría.

Las entrevistas realizadas²⁷ tuvieron por objetivo conocer la posición de los distintos actores en el campo de la salud mental de niños, niñas y adolescentes en torno a tres dimensiones de análisis:

- La Ley de Salud Mental y su proceso de elaboración, reglamentación y Plan Nacional de Salud Mental: avances y desafíos de la normativa actual.
- La institucionalidad de la atención en salud mental

de niños, niñas y adolescentes: principales obstáculos para la articulación interinstitucional y necesidad de respuestas interdisciplinarias.

- Acciones, abordajes y estrategias en el modelo de atención: judicialización de niños, niñas y adolescentes con padecimientos de salud mental; el encierro y la permanencia en los centros como estrategia principal; *la medicalización y patologización* como abordajes centrales.

39

²⁷ En el anexo 1 se presenta el listado de personas entrevistadas. No pudieron concretarse algunas entrevistas significativas con actores involucrados en el diseño, ejecución, evaluación o monitoreo de la política de salud mental en infancia y adolescencia. Por ejemplo, no fue posible entrevistar a representantes nacionales del Parlamento, la Secretaría de Derechos Humanos de Presidencia de la República, la Dirección de Derechos Humanos de la Administración Nacional de Educación Pública, la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, la Cátedra de Psiquiatría de la UDELAR y la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental en tanto entidad, aunque sí se entrevistó a representantes de instituciones que la integran. Tampoco se entrevistó a familiares de niñas, niños y adolescentes que son usuarios de los servicios de salud mental.

La ley que tenemos: frente y dorso del marco normativo actual

Uno de los puntos consultados en las entrevistas fue la valoración de los distintos actores de los instrumentos normativos con los que se cuenta actualmente: la Ley de Salud Mental, su reglamentación y el Plan de Salud Mental.

En términos generales, la visión de los actores a propósito de la ley es positiva; se destaca el hecho de contar con una actualización normativa que incorpora los nuevos estándares en la atención en salud mental. Un aspecto de la ley que se señala como positivo es el movimiento orientado hacia el cambio de paradigma en la atención.

De las entrevistas, se destaca la opinión coincidente de los actores sobre la importancia de que la ley tenga un fuerte componente social y educativo y el énfasis en la importancia del rol de los actores que están en territorio. Más allá de entender que la dimensión médica de la salud mental debe ser responsabilidad de psiquiatras y psicólogos, es importante considerar el análisis de otros y otras profesionales que en ciertos contextos resultan fundamentales para determinar las derivaciones correspondientes, así como también para tratamientos psicosociales.

«La concepción de la Ley de Salud Mental es trascender lo sanitario. Al decir que se cerrarán las instituciones monovalentes en 2025, hay que prever y generar dispositivos más diversos, más interdisciplinarios y donde lo social dispute terreno a esa mirada más patologizante y sanitarista. Es importante que el espacio que va a pensar los compromisos intersectoriales de implementación de la Ley de Salud Mental se dé en el Consejo Nacional de Políticas Sociales.» (Referente Dirección Nacional de Políticas Sociales, MIDES)

Por otro lado, algunos actores visualizan en la concreción del Plan Nacional de Salud Mental la oportunidad para incorporar cambios sustantivos que permitan una mayor intervención del área social en conjunto con los profesionales de la salud.

La Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental, integrada por organizaciones sociales y académicas, recomendó establecer una fecha de cierre para las *instituciones asilares*. La recomendación fue tomada por la ley, que fijó el cierre en el año 2025. Sin embargo, persisten preocupaciones en cuanto a que esto pueda cumplirse de acuerdo con lo estipulado y con un plan de transición adecuado.

A pesar de que se reconocen los avances, existe una mirada crítica sobre la incorporación real de un enfoque integral y comunitario de la salud mental. Las perso-

nas entrevistadas mencionan la necesidad de debatir y cambiar el paradigma tradicional de atención en salud mental recostado en la mirada sanitarista, con un fuerte componente de medicalización y patologización del padecimiento.

Por otro lado, las visiones más críticas sobre el proceso de elaboración de la ley señalan la gran ausencia de niños, niñas y adolescentes como población que requiere de consideraciones específicas.

«Esas son las debilidades de la ley que nosotros evaluamos, y después en una cuestión más específica del campo de la infancia no admite especificidades de ese campo tan complejo. Es más, quienes participamos en la discusión en la etapa de proyectos de ley que se iban discutiendo intentamos colocar en algunos momentos discusiones en torno a la infancia y no eran oídas, pero ahí lo interesante es destacar que no solo no eran oídas por el MSP, sino por ninguno de los participantes...». (Referentes academia, Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Comunitaria, Facultad de Ciencias Sociales)

Asimismo, las organizaciones de la sociedad civil señalaron la persistencia del uso de expresiones peyorativas (como por ejemplo *trastorno mental*) en la Ley de Salud Mental aprobada. Tales expresiones han sido señaladas por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad como una de las formas de discriminación.

Las dificultades del marco normativo actual pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

- Convivencia de dos modelos de atención en salud mental diferentes: un modelo tradicional, que prioriza la atención médica y el tratamiento farmacológico, y un modelo comunitario, que prioriza la inclusión social y el involucramiento de la comunidad en la atención y el acompañamiento ante el padecimiento de salud mental.
- En coincidencia con lo anterior, la terminología que emplea la ley guarda relación con el modelo medicalizado, que asume un padecimiento psíquico como un trastorno.
- Ausencia de una perspectiva de niñez y adolescencia en la elaboración del texto de la ley, lo que

invisibiliza la especificidad que debe tener una mirada para este grupo poblacional respecto a la salud mental.

La institucionalidad de la atención en salud mental en niños, niñas y adolescentes

a. Armando el puzle: los desafíos de la articulación interinstitucional

A partir de las reflexiones de las personas entrevistadas se menciona la problemática de la atención de la salud mental de niños, niñas y adolescentes, marcada por dos elementos: la distribución de las responsabilidades institucionales y su consecuente —y necesaria— articulación.

Se desprende de los relatos que las competencias institucionales aparecen difusas; sin embargo, en la normativa los roles y responsabilidades están claramente definidos. En este sentido, se señalan tres instituciones claves cuyas competencias y responsabilidades en las situaciones de encierro de niños, niñas y adolescentes por razones de salud mental se encuentran difusas hasta la actualidad: Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), MSP e INAU.

«Esto lo tiene que hacer ASSE. Lo que pasa que hay una voluntad política de no hacerlo, [...], a mí me parece que esto es un tema de salud y se tiene que hacer cargo ASSE, pero las clínicas las sigue pagando INAU, sigue pagando millonadas por esto de las clínicas.» (Referente Área Programática Salud Mental, MSP)

«Hay una cierta polémica, pero es ineludible que si se define que INAU debe tener una cierta competencia en salud debería estar incorporado al SNIS, por lo tanto, también tener los aspectos que ha logrado el SNIS en relación con las prestaciones y demás; si no, terminás siendo un actor de segunda o tercera clase.» (Referente directorio INAU)

La *intersectorialidad* y la *interdisciplinariedad* son destacadas en la atención y abordaje de la salud mental

Se entiende primordial una transformación de la organización institucional en el abordaje de la salud mental específicamente de niños, niñas y adolescentes.

en general y particularmente en la atención de niños, niñas y adolescentes.

Es clave pensar en respuestas intersectoriales que logren un abordaje integral de las personas, asociado a la experiencia de los distintos técnicos e instituciones que cada vez entienden más la necesidad de mirar la salud mental en su contexto. En ese sentido, aspectos como la vivienda, el trabajo y la red de vínculos interpersonales son elementos claves para promover un enfoque integral de atención en salud mental. Bregar por un abordaje comunitario de la salud mental, que promueva la integración social y la despatologización, es el centro de las demandas de varios de los actores entrevistados en este estudio.

«Otra cosa que suele suceder es que si se quiere salir del paradigma del encierro hay otras cosas que solucionar, por ejemplo, vivienda. En general, el MVOTMA (Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente) no está sentado en las mesas de negociación de estos temas y es parte fundamental. En estos años se generó una vocación de articulación, en líneas generales en primera infancia se ha aprendido y avanzado. Lo que no hemos logrado es la eficiencia de esa articulación; obviamente ha habido buenas experiencias. Igual todavía no hemos logrado la eficiencia que queremos.» (Referente Área Infancia del Sistema Nacional Integrado de Cuidados)

Más allá de esto, en nuestro país la institucionalidad pública competente en el tema de atención en salud mental y en infancias y adolescencias está definida y se han creado ámbitos con el cometido de construir articulación institucional.

Cómo se planteó al inicio del capítulo, la Ley de Salud Mental 19.529 resalta la necesidad de coordinación interinstitucional (capítulo IV, artículo 11) con el objeti-

vo de promover «planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurren al mismo objetivo». En este marco, el decreto 331/019 reglamenta el artículo 11 y crea la Comisión Intersectorial en Salud Mental dentro del Consejo Nacional de Políticas Sociales, que deberá abordar propuestas de articulación interinstitucional en salud mental y monitorear su cumplimiento (artículo 2). Asimismo, crea la Comisión Asesora en la Ley de Salud Mental como ámbito multipartito integrado por representantes del Poder Ejecutivo, la academia, la sociedad civil y organizaciones vinculadas a la temática y que asesora a la Comisión Intersectorial (artículo 3). Esta interinstitucionalidad integra y estructura el Plan de Salud Mental 2020-2027.

Asimismo, el Código de la Niñez y Adolescencia (ley 17.823) establece que es el INAU el órgano administrativo rector en materia de políticas de niñez y adolescencia. Y crea el Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y Adolescente con competencia a nivel nacional para la coordinación e integración de las políticas sectoriales de atención a la niñez y adolescencia diseñadas por las diferentes entidades públicas vinculadas al tema (artículo 211).

Los ámbitos de coordinación interinstitucional que requiere la puesta en práctica de una política de salud mental en infancias y adolescencias desde un enfoque integral parecerían estar claramente definidos tanto en su integración como en sus cometidos y alcances. Sin embargo, los diferentes actores reconocen que la principal dificultad radica en generar espacios reales de coordinación interinstitucional.

Se entiende primordial una transformación de la organización institucional en el abordaje de la salud mental específicamente de niños, niñas y adolescentes. Los diferentes actores coinciden en que existe una fragmentación de los dispositivos de atención; se identifican programas y acciones puntuales, que no coordinan ni apuntan a la construcción de una política en conjunto. Esto deviene en un gran desconocimiento de lo que efectivamente se hace, además de que existen limitaciones en cuanto al intercambio entre los diversos actores.

Más allá de comprender la necesidad de asumir un trabajo en conjunto y en coordinación, se considera que aún falta —o no es clara— una coordinación centrada en el MSP y ASSE.

«La salud mental no puede ser concebida de otra manera que no sea intersectorialmente, sí debe tener una coordinación que se hace desde el MSP para que juegue el rol que tiene que jugar en esto. Nosotros tenemos que ir profundizando en esto que arrancamos, que es cuál es el papel socioeducativo en procesos que aseguren la restitución de derechos de los chiquilines, que es vivir en familia. Frente a esa línea institucional hay situaciones que algunas son institucionales y otras son sociales, esta institución está entre dos o tres fuegos cerrados que hacen que INAU tenga menos posibilidades de hacer lo que tiene que hacer.» (Referente directorio INAU)

Existe un acuerdo generalizado entre las personas entrevistadas en la importancia de mejorar la coordinación, ya que esta determinará cambios fundamentales en las formas de abordaje y vinculación con los niños, niñas y adolescentes y sus familias. La comunicación y el flujo de información en este sentido tienen que ser cuidadosos y prever sus impactos. Aquí es fundamental la elaboración de un plan de implementación que todas las instituciones puedan seguir.

b. Recursos humanos y económicos destinados a la política pública en salud mental de niños, niñas y adolescentes

En cuanto a los recursos humanos, se plantea la demanda de mayor número de profesionales especializados en salud mental con un perfil específico socioeducativo, con perspectiva de integración comunitaria.

«El cambio de modelo tiene una fragilidad estructural que es la cultura profesional. Y la formación, si no se transforma también a nivel de la formación de las personas, va a estar difícil. Si cuando yo me aproximé a este rol y empecé a llegar a los equipos y les preguntaba qué hacían en rehabilitación —no modelo de recuperación, que

es el modelo de la ley; rehabilitación, que desde el punto de vista conceptual es más conservador—: “Nada. Altas no hay. Egresos no hay”.» (Referente RAP-METRO)

Asimismo, se plantea necesario generar espacios que habiliten el intercambio entre los profesionales y operadores de la salud con el objetivo de recoger, sistematizar y poner de manifiesto las experiencias en los distintos niveles de atención de la salud mental.

«Falta capacitación a los educadores en intervención en crisis. Y nos falta que los espacios de 24 horas sean más cuidadosos. [...] tenemos un protocolo de intervención en crisis (hay dos, uno para centros especializados y otros para centros 24 horas) en el instituto que permite predecir. Este protocolo trabaja en la prevención. Muchas de las crisis son generadas por falta de tacto o elementos de los compañeros que cuidan.» (Referente RADEV)

Se señala como aspecto fundamental que las instituciones involucradas tengan eficientes canales de comunicación y divulgación interna del conocimiento en materia de salud mental. Es importante que la formación no sea solo para el personal que trabaja en los centros; se debe llegar a otros y brindar un acceso uniforme a la formación que ayude a mitigar los fenómenos de discriminación, estigmatización y exclusión de los usuarios y las usuarias de la salud mental.

Se plantea la demanda de incluir debates sobre temáticas específicas: violencia, suicidio, masculinidad y género, consumo de drogas, relación con el delito y situación de privación de libertad.

«En estudios hechos por el ministerio hemos mirado historias anteriores a suicidios de adolescentes donde identificamos que en el último año antes del suicidio habían tocado el sistema de salud y consultado varias veces los servicios de emergencia. Con lesiones, accidentes en birrodados, problemas de adicciones. Todas cosas que tienen que ver con las conductas suicidas, pero no se identifican esos problemas para los adolescentes.» (Referente Área Adolescencia y Juventud, MSP)

Un aspecto clave para lograr una ingeniería institucional que pueda dar respuesta a las necesidades de un sistema integral de protección a la infancia es una articulación estrecha y fluida entre las instituciones que lo componen.

De manera sucinta, los actores señalan como elementos claves en la dimensión de interinstitucionalidad de la respuesta en la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes:

- Un aspecto clave para lograr una ingeniería institucional que pueda dar respuesta a las necesidades de un sistema integral de protección a la infancia es una articulación estrecha y fluida entre las instituciones que lo componen. Para que esto pueda concretarse es imprescindible que las competencias de cada una sean reconocidas por todas las instituciones que integran dicho sistema; de otra manera, aparece poca claridad en cuanto al proceder y los límites relacionados con las potestades y posibilidades de cada una.
- En la misma línea, la interdisciplinariedad es recuperada en todas las entrevistas como ingrediente sine qua non para una política de atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes que privilegie un modelo comunitario que apueste a la integración.

Acciones, abordajes y estrategias

La necesidad de fortalecer los vínculos en el primer nivel de atención es un tema que se repite en las entrevistas. Resulta fundamental que el cambio de paradigma reconsidere el encierro como medida predominante, los tiempos de internación y los abordajes médicos (centrados en la medicalización y patologización). En este sentido, existe consenso respecto al diagnóstico de que la vulneración de derechos en el contexto social y familiar incide fuertemente en el estado de salud mental.

«El tema de la salud mental no está dissociado del resto de la vida de los gurises. Estamos llegando a una población hoy que está muy deteriorada y que además son segunda o tercera generación de excluidos deteriorados. Llegan gurises con mucho padecimiento y mucho dolor que genera dificultades. Nuestro trabajo no tiene que ver con la respuesta específica de salud mental, sino con cómo cuidamos a los gurises y cómo tratamos de fortalecer los espacios de atención y ayudando a los territorios a discernir cuándo es una dificultad de los gurises y cuándo es una dificultad nuestra.» (Referente RADEV, INAU)

Los actores vinculados al campo de la salud mental en la infancia y adolescencia identifican dificultades para abordar estos problemas; a esto se suma el debate sobre la efectividad de los abordajes implementados, que hasta ahora no está saldado. Cuando la urgencia del accionar estatal está presente, la mayor parte de las veces las posibilidades se acotan.

A continuación se discutirán las circunstancias en las que se accede a la atención a la salud mental y la respuesta ofrecida por el Estado, en la voz de las personas entrevistadas.

a. Judicialización de la salud mental de niños, niñas y adolescentes

El Poder Judicial es el actor más mencionado en las entrevistas, las cuales destacan el papel relevante que cumple en el proceso. Asimismo se mencionan las dificultades propias del engranaje institucional y la articulación entre actores. Sobre todo, en el caso del Poder Judicial e INAU es importante considerar las dinámicas internas e interinstitucionales.

«Hay situaciones en las cuales nosotros problematizamos las decisiones judiciales. Al juez le llegan las situaciones por solicitud de la familia o de un centro de salud o de una escuela o de nuestros propios equipos. El avance en las respuestas a las violencias nos ha hecho llegar a situaciones que los equipos en territorio no están pudiendo sostener. Nos llueven solicitudes de los equipos para internación de los chiquilines. Ahí tenemos una situación compleja [...] Las disposiciones judiciales tenemos

que cumplirlas. Se trabaja para informar al juez de los distintos caminos. El mandato de la institución es que el niño no ingrese, no hay nadie que pueda sostener que eso es bueno para un chiquilín, ni la internación en una clínica ni la residencial de 24 horas, es una situación absolutamente traumática para un niño que está sufriendo una vulneración de derechos.» (Referente directorio INAU)

Se observa una tensión entre una política que tiene como horizonte la desinstitutionalización y la práctica concreta que tiene que dar respuesta a situaciones complejas en las que el Estado no ha generado políticas potentes de intervención.

Desde el Poder Judicial se analiza la complejidad de algunas situaciones de padecimientos de salud mental o situaciones de discapacidad en las que el cuidado familiar no es posible, por lo que el niño, niña o adolescente pasa a una intermediación judicial. En el mismo sentido, se reconocen cambios importantes en la política pública que ayudan a encontrar caminos alternativos a la institucionalización.

«Bueno, carencias miles, porque pasa que generalmente ciertos tipos de discapacidades... todos sabemos que la familia no está capacitada para tener a un niño en condiciones de discapacidad, que termina internado por amparo. Uno sabe que muchas veces la gente no tiene las herramientas ni el tiempo ni económicamente la capacidad. Creo que el Sistema de Cuidados ayudó mucho a que muchas veces muchos niños pudieran quedarse mientras los padres trabajaban, no sé en qué va a quedar eso, ojalá siguiera.» (Referente Defensoría Pública)

Sin dejar de reconocer los avances realizados en los últimos años con respecto al abordaje de la salud mental en niños, niñas y adolescentes, se exponen dificultades que muestran un déficit en la respuesta de atención en salud mental.

En términos del proceso de judicialización de niños, niñas y adolescentes por razones de salud mental, se evidencia la tensión entre estos dos actores (INAU y el Poder Judicial). Esta tensión puede subsanarse en tanto se presenten políticas públicas alternativas a la institucionalización.

«Nosotros lo que vemos acá es que INAU creo que es un tema de presupuesto, por lo tanto lo veo como que a largo plazo esto va a seguir siendo igual. Vamos a suponer un niño que hace un problema agudo por su discapacidad psiquiátrica, lo que sea, termina en API Los Robles, te digo la común y corriente porque van todos ahí. Al tiempo hay un informe de la API de que ya estaría como para ir a un centro de medio camino porque ya está bien, ya no es un agudo, está equilibrado... ¿El INAU qué te contesta? “No tenemos dónde”, queda depositado en API Los Robles hasta el día del juicio final, pasan meses y por más que uno diga “bueno, yo lo tengo que intimar”, la obligación de INAU es darle ese lugar. Pasa que ellos tampoco son magos, no tienen dónde meterlos.» (Referente Defensoría Pública)

b. Encierro y permanencia

Si bien la lectura que los diversos actores hacen de la protección de niños, niñas y adolescentes vinculada a la salud mental varía, existe consenso en dos aspectos necesarios para su abordaje: desestimular los encierros y el tiempo de internación. En este sentido, se evalúan las modalidades de internación, los tipos de tratamiento y las estrategias de reintegración.

El encierro parece estar arraigado con fuerza como reacción casi espontánea a situaciones de padecimiento de salud mental. Es así como varias de las personas entrevistadas coinciden en que, a pesar de que la ley establezca el cierre de los centros monovalentes, el desafío es más grande que este, ya que la práctica está instalada como respuesta principal.

En lo que refiere a los tiempos de permanencia en los centros, se señala que son muy prolongados, tanto por la falta de recursos económicos como por cuestiones de logística institucional. La mayor parte de los actores involucrados consideran que esto es contraproducente para los niños, niñas y adolescentes. Por otro lado, comienza a estar más presente en los discursos la necesidad de un abordaje abierto a la comunidad, en que la atención de la salud mental no tenga un componente de encierro como formato principal y único. Esto se vincula a la consideración de cambios organizacionales y la definición de competencias claras que caminen hacia un trabajo intersectorial en el que actores más

El encierro parece estar arraigado con fuerza como reacción casi espontánea a situaciones de padecimiento de salud mental.

vinculados con el territorio y lo social tengan mayor participación en una atención integral.

De todas maneras, es importante destacar que se están haciendo esfuerzos para generar alternativas a la internación como estrategia principal. En este sentido, las experiencias narradas en las entrevistas indican la necesidad de definir con claridad las injerencias institucionales y el formato de acción frente a las distintas situaciones posibles. El programa de Acompañantes Terapéuticos de INAU va en esa línea de generar un proceso de acompañamiento integral a niños, niñas y adolescentes con algún padecimiento de salud mental y los abarca en los distintos aspectos que hacen a su vida cotidiana y su desarrollo como personas. Este proceso de apoyo permite, además, trabajar sobre la situación individual para potenciar las estrategias de integración y desarrollar al máximo las capacidades de cada persona.

c. Tipos de abordaje: medicalización y patologización

Con respecto a los tipos de abordajes implementados hasta la actualidad, se aprecia una multiplicidad de criterios. Los discursos de las personas entrevistadas posicionan como problemática central la medicalización y la excesiva patologización que se hace sobre niños, niñas y adolescentes que viven en contextos de encierro y que, eventualmente, podrían contar con abordajes no tan centrados en lo médico (al menos en determinadas instancias). Esto requiere, necesariamente, la vinculación con actores de fuera del área de la salud. Cabe destacar que este discurso se encuentra no solo en actores de las organizaciones civiles o personal técnico no médico, sino también en los profesionales de la psiquiatría, por ejemplo, que tienen funciones en la planificación y organización de la salud mental, quienes identifican la importancia de transformaciones radicales en los paradigmas tradicionales.

«También se parte a veces del prejuicio de lo que es el psiquiatra, que está más centrado en cómo es el psiquiatra de adultos. Al psiquiatra de adultos generalmente llegan pacientes portadores de enfermedades, al psiquiatra de niños no, lo que le llega es la vida. Si yo miro mi consulta, ¿qué tengo? Una mamá desbordada porque el bebé llora y no la deja dormir, una situación de violencia de la pareja y el niño que reacciona, un niño que no acepta los límites y hace rabietas. Eso es lo que empieza a llegar empezando en las primeras etapas de la vida. ¿Cuál es mi rol como psiquiatra? Entender, comprender, orientar, señalar y probablemente nada más. Uno tiene la mirada del psiquiatra de adultos, pero el psiquiatra infantil es distinto. A ver, si me llega una mamá víctima de violencia doméstica y el niño con un efecto secundario obviamente no voy a tratar al niño, no le voy a dar medicamentos al niño, yo no voy a hacer nada de eso, tengo que abordar el tema de violencia y el niño va a quedar en segundo lugar porque el eje está acá. El niño suele ser tarjeta de presentación de un problema que tiene que ver con el entorno. No puedo dividir y separar esto.» (Referente División Salud INAU)

Las estrategias que prevalecen en la atención en salud mental, esto es, la medicalización y la patologización, a las que se suma el encierro como estrategia para las situaciones complejas, configuran una combinación que tiende a perpetuar el padecimiento de salud mental y como marca de estigmatización.

En este sentido, podría resultar interesante seguir la experiencia recientemente desarrollada por ASSE a

partir de su RAP-METRO a fin de generar insumos para la incorporación de nuevas formas de atención. Una de las principales características a destacar es la impronta del Área de Salud Mental específica, que tiene un enfoque más integral de la salud. Se apuesta al trabajo interdisciplinario en que los equipos especializados están compuestos por psiquiatras, pediatras, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros y una administración especializada en salud mental.

En suma, los principales puntos destacados por los actores en relación con las acciones, abordajes y estrategias de atención son:

- Se observa una tensión entre una política que tiene como horizonte la desinstitucionalización y la práctica concreta que tiene que dar respuesta a situaciones complejas en las que el Estado no ha generado políticas potentes de intervención.
- Se observa una contradicción entre un modelo que propone la integración social para la atención en salud mental y una práctica prevaleciente de encierro por períodos prolongados.
- En la misma línea, se plantea una tensión en el modelo de atención comunitaria e interdisciplinaria en contraposición a un modelo que privilegia los tratamientos en clínicas, centrados en la patología y el uso de la medicación psicotrópica.
- Las estrategias de intervención, los enfoques y las distintas acciones que se ponen en evidencia a partir del discurso de los actores mantienen la tónica señalada en diversos informes (CDN, 2019; INDDHH, 2019): prevalece como estrategia el tratamiento farmacológico, sin la inclusión de los niños, niñas y adolescentes en el tratamiento.

Parte 2

Capítulo IV. La infancia que no queremos ver

Analizar las características de los niños, niñas y adolescentes que ingresan al sistema de protección especial y visualizar los tránsitos institucionales de quienes son internados en clínicas de atención de salud mental permite obtener insumos para identificar dificultades en los procesos y la potencial violencia institucional a la que están sometidos.

El capítulo se estructura en tres apartados: una breve presentación de los centros de atención en salud mental; la caracterización de niños, niñas y adolescentes que residen en centros de atención en salud mental para trastornos compensados y su trayectoria institucional, y las características de niños, niñas y adolescentes que residen en centros de atención a episodios agudos.

¿Cuáles son los centros de atención en salud mental del INAU?

Como se planteó anteriormente, a partir de setiembre del 2019,²⁸ el INAU cuenta para la atención de salud mental a niñas, niños y adolescentes del sistema de protección especial con un centro para atención diurna, 11 centros para atención en salud mental de población con trastornos compensados no severos (anteriormente

denominados *centros medio camino*), un centro para atención en salud mental para población con trastornos compensados severos (anteriormente denominados *centros crónicos*) y dos centros para atención de episodios agudos (ver cuadro 1).

El cuadro da cuenta de una distribución de centros y cupos que refleja una oferta muy escasa en atención comunitaria, con una alta concentración en Montevideo y un porcentaje alto de cupos para internación por episodios agudos. Asimismo, es elevado el número de cupos previsto por centro, en promedio se prevén 31 cupos, con una variación de 10 o 12 cupos a 50 o 54.

¿Quiénes son los niños, niñas y adolescentes que están internados en un centro de atención en salud mental?

Los centros de atención integral a la salud mental brindan una atención terapéutica en modalidad residencial a niños, niñas y adolescentes que presentan trastornos mentales compensados y trastornos mentales severos compensados.

Según la información publicada por INAU (Sistema de Información para la Infancia [SIPI], 2019)²⁹, en diciembre de 2019 había 5.270 niñas, niños, adolescentes y adultos en el sistema de protección especial de tiempo completo (un 6 % del total de la población atendida por INAU). De ese total, un poco más de un tercio (37%, 1.935) residían en un ámbito familiar, ya fuera con su

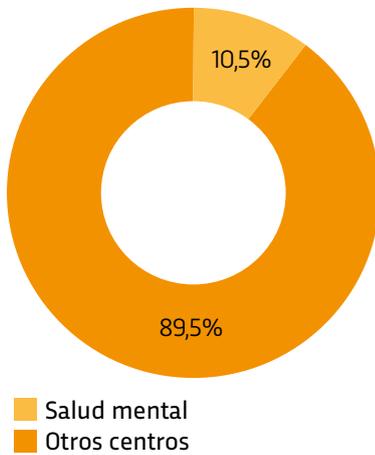
28 Según lo informado por INAU en respuesta al oficio 560/2019 (del 6 de setiembre de 2019), en función de los resultados del proceso de la última licitación (13/2018) para la contratación de servicios de atención integral especializada en salud mental para niños, niñas y adolescentes para el sistema de protección, se verificó una diferencia significativa de plazas para dar cobertura al público objetivo. En este marco, se realizó contratación directa de servicios y se amplió la cobertura de uno de los centros. A su vez se integra el proyecto Piedra Alta, que es un convenio con la osc Aldeas Infantiles por 10 cupos para la atención en salud mental de adolescentes integrados al sistema de protección. El cuadro 1 refleja la situación final, que integra licitación, compra directa, ampliación de cupos y convenio.

29 El Estudio de Población y Proyectos que realiza el INAU tiene un corte al primer día de cada mes. En agosto de 2020 el último informe presentado refería al estudio de diciembre de 2019, por lo tanto es el que se toma para complementar el análisis.

CUADRO 1. Detalle de centros y cupos asignados para la atención de salud mental en el sistema de protección especial especializado

| Modalidad de atención | Franja etaria de la población que atiende | Nombre del centro/ empresa | Ciudad | Cupos disponibles |
|---|---|--|------------|-------------------|
| Centro de atención diurno | 13 a 17 años y 11 meses al ingreso | Centro diurno Maroñas Rinalux SA | Montevideo | 35 |
| | Subtotal | | | 35 |
| Centro de atención integral de salud mental para población con trastornos compensados no severos (centros medio camino) | 5 a 12 años y 11 meses al ingreso | Los Gorriones Rinalux SA | Montevideo | 12 |
| | | Bulevard Rinalux SA | Montevideo | 36 |
| | | Cenadis Rinalux SA | Montevideo | 42 |
| | | Asencio Río Branco Antonio Pi Massafarro | Montevideo | 30 |
| | Subtotal | | | 120 |
| | 13 a 17 años y 11 meses al ingreso | Maroñas Rinalux SA | Montevideo | 54 |
| | | Carpei Carpei Uruguay SRL | Maldonado | 35 |
| | | Resurgir Antogerlux SRL | Paysandú | 31 |
| | | La Posada Zelve SA | Montevideo | 25 |
| | | Piedra Alta osc Aldeas Infantiles | Florida | 12 |
| Asencio Canelones Antonio Pi Massafarro | | Montevideo | 32 | |
| Larrañaga Monteiro Massafarro | Montevideo | 25 | | |
| Subtotal | | | 214 | |
| Centro de atención en salud mental para población con trastornos compensados severos (crónicos) | No especifica franja etaria | Rumbos Rinalux SA | Montevideo | 30 |
| | Subtotal | | | 30 |
| Centros de atención de episodios agudos | 9 a 17 años y 11 meses al ingreso | API Los Robles Rinalux SA | Montevideo | 40 |
| | | Carpei Carpei Uruguay SRL | Maldonado | 10 |
| | Subtotal | | | 50 |
| Total de cupos | | | | 449 |

GRÁFICO 1. Distribución de niños, niñas y adolescentes del sistema de protección especial 24 horas, según modalidad de atención



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SIPI-INAU.

familia o con una familia ajena (en algún tipo de *acompañamiento familiar* con apoyo económico del INAU)³⁰, mientras que casi dos tercios (63 %, 3.335) residían en un centro de 24 horas en alguna de las modalidades. Un 10 % (316) de las niñas, niños, adolescentes y adultos que se encontraban en diciembre 2019 en un centro 24 horas estaban internados en una clínica de atención en salud mental (ver gráfico 1).

La descripción de quienes residen en estos centros se basa en la información obtenida de los datos proporcionados por INAU. Estos datos surgen de los registros que realizan los establecimientos en el Sistema de Información para la Infancia. El procesamiento de la información corresponde a quienes residieron en centros de atención de salud mental para trastornos mentales compensados, severos o no (antes denominados medio camino y crónico), durante el año 2019.

Al analizar la distribución por sexo, se constata que los centros de salud mental atienden a una población mayor de varones que de mujeres³¹. Si bien en términos generales en el sistema de protección especial de tiempo

completo hay una proporción mayor de varones³², en estos centros la diferencia se acrecienta.

Existen centros de atención con una población particularmente masculinizada, como por ejemplo el centro Piedra Alta, donde el total de los niños y adolescentes son varones. Al mismo tiempo, otros cuatro establecimientos tienen una distribución mayoritaria de varones (Bulevar, Cenadis, Gorriones y Asencio) y en menor medida se registran centros con un conjunto mayoritario de mujeres (La Posada y Larrañaga) (ver anexo 3, gráfico A3.1).

En el período monitoreado, el 23,0 % de los niños y niñas tenían entre 7 y 12 años, el 53,4 % eran adolescentes de 13 a 17 años, el 16,2 % tenían entre 18 y 20 años y el 7,4 % de las personas que se encontraban en los centros de salud mental tenían 21 o más años cumplidos (ver gráfico 2).

Si bien en los centros de atención a población con trastornos mentales severos se espera que las dificultades para el egreso sean mayores, las estadías no deberían pasar los 21 años. No obstante, en el centro Rumbos, un centro para trastornos mentales severos, casi cuatro de cada diez de las personas tienen 21 años cumplidos o más.

Al mismo tiempo, tres centros de medio camino presentan un conjunto importante de personas mayores de 18 años entre sus residentes (Larrañaga, 55,5 %; Asencio, 28,6 %, y Maroñas, 28,8 %). Esto es un indicador de las dificultades para la construcción de trayectorias autónomas que permitan egresos integrados a la comunidad.

Asimismo, la permanencia de adultos y adolescentes en un mismo espacio es desaconsejada por organismos internacionales (CIDH, 2017). Es necesario que el sistema de protección sea pensado para niños, niñas y adolescentes y que las propuestas que en él se desarrollen contemplen las necesidades de cada ciclo vital.

Todos los caminos conducen a un centro de protección

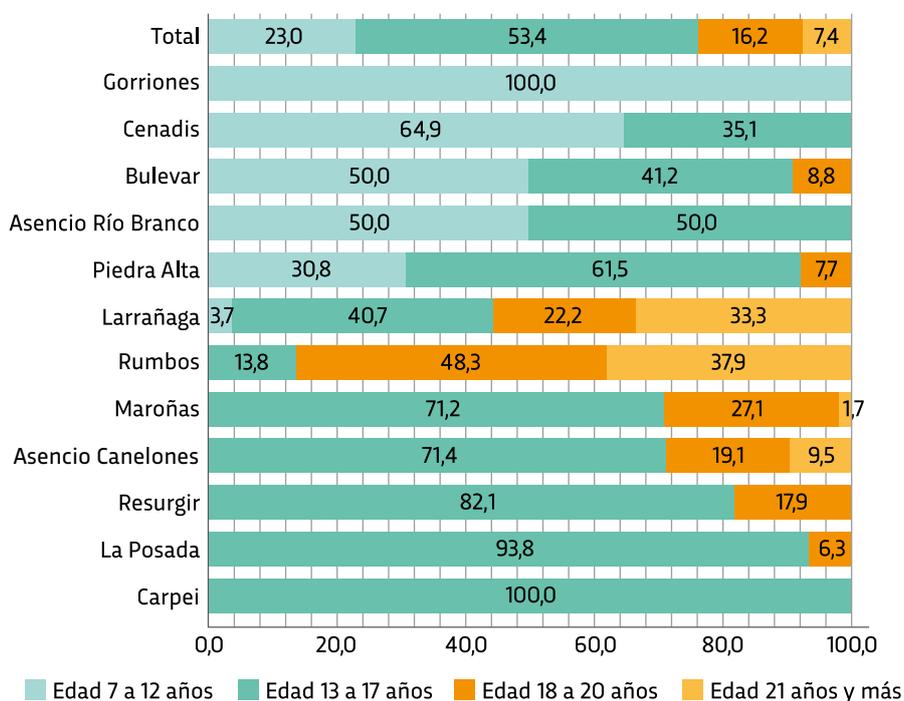
¿Cuáles son los motivos de ingreso al sistema de protección especial de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en centros de atención de salud mental?

30 «La pertinencia de incluir a los niños, niñas y adolescentes que residen en Contexto Familiar dentro de la Modalidad Atención Integral de Tiempo Completo, se debe a que el Equipo Técnico de dicha Modalidad es quien realiza el seguimiento» (SIPI-INAU, 2019, p. 11).

31 57,9 % varones y 42,1 % mujeres (ver anexo 3, gráfico A3.1).

32 Según la información publicada por SIPI-INAU en diciembre de 2019, en el sistema de protección especial de tiempo completo se encontraban 2.591 mujeres y 2.679 varones (49 % y 51 %, respectivamente). El censo de población de tiempo completo realizado por INAU-UNICEF registra la misma distribución, 50,9 % varones, 49 % mujeres, 0,1 mujeres trans y 0,02 varones trans.

GRÁFICO 2. Distribución de niños, niñas y adolescentes por centro de atención en salud mental, según edad



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SIPI-INAU, diciembre de 2019.

El ingreso de un niño, niña o adolescente al sistema de protección de tiempo completo es una medida de último recurso. Esta se aplica cuando se constatan situaciones de vulneración de derechos en el núcleo de convivencia. Por lo tanto, analizar cuáles son los motivos de dicho ingreso permite diseñar una intervención estatal orientada a la protección y restitución de los derechos vulnerados.

52 El censo de población realizado por INAU y UNICEF³³ da cuenta de que casi la mitad (49 %) de los niños, niñas y adolescentes que se encontraban en el sistema de protección especial de 24 horas ingresaron por una medida de protección ante una experiencia de violencia o abuso en el contexto familiar (ver anexo 3, gráfico A3.2). Dentro de la población que se encontraba en una clínica de atención a la salud mental, dicho porcentaje ascendía al 61 %.

Casi la mitad (49 %) de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran en el sistema de protección

6 de cada 10 de las niñas, niños y adolescentes que están en un centro de salud mental, ingresaron al sistema de protección ante una experiencia de violencia o abuso en el contexto familiar.

ingresaron por una medida de protección ante una experiencia de violencia o abuso en el contexto familiar. Dentro de la población que reside en un centro de salud mental, dicho porcentaje asciende a 61 % de los niños, niñas y adolescentes (INAU Y UNICEF, 2019).

A su vez, resulta significativo que un 25 % de los niños, niñas y adolescentes hayan ingresado al sistema de protección por padecer una situación de salud física y/o mental. Mientras que un 7 % ingresaron por una discapacidad del principal referente en el cuidado.

El registro que hay en el Sistema de Información para la Infancia con relación al motivo de ingreso de

33 La información aquí expuesta remite a la que se presenta en el *Estudio de población y de capacidad de respuesta en sistema de protección 24 horas de INAU*, de Equipos Consultores, UNICEF e INAU, enviada por INAU como respuesta al oficio del MNP.

niñas, niños y adolescentes a un centro de atención en salud mental devuelve poca información. Para casi la mitad de los niños, niñas y adolescentes (49 %) se plantea la necesidad de protección, pero sin especificaciones respecto a las causas de esa necesidad. Para un 32,7 % se presenta como motivo la necesidad de tratamiento específico, pero tampoco se profundiza al respecto. En el 18 % restante se establecen un conjunto de circunstancias que brindan más datos sobre la situación que atravesaban los niños, niñas y adolescentes con relación a su ingreso al sistema, pero se ofrece poca información vinculada a su ingreso a un centro de atención en salud mental (ver anexo 3, gráfico A3.3).

Una vida institucionalizada, transitando por varios centros

Otra dimensión sustantiva es la trayectoria que realizan niñas, niños y adolescentes dentro del sistema de protección especial. El traslado de un centro a otro, ya sea por la franja etaria que atienden los centros o por las situaciones específicas que abordan, tiene impactos muy fuertes en la construcción de las identidades de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de protección. El ingreso a un nuevo centro, conocer las reglas, adaptarse a un nuevo grupo humano, desarrollar nuevamente estrategias de cuidado y defensa son elementos estresores para los niños y niñas que transitan ese camino. Si este recorrido por los centros se intensifica, se profundizan los impactos sobre la construcción de la identidad y se debilita la construcción de experiencias y vínculos referentes que permitan reparar situaciones de abandono y sufrimiento.

Para este análisis, se trabaja sobre la cantidad de *vinculaciones* que cada niño, niña y adolescente ha tenido con un centro de 24 horas antes de ingresar a un centro de atención en salud mental. Este dato informa la cantidad de veces que una persona ingresa a un centro de tiempo completo. Se considera que una persona puede desvincularse y revincularse a la *modalidad de atención* en un mismo centro o en otro; esta variable es la que ofrece una información más certera sobre la trayectoria institucional.

Más de un tercio (34,7 %) de los niños, niñas y adolescentes que en el 2019 estaban en un centro de salud mental habían pasado antes por cuatro o más centros del sistema de protección especial.

El proceso no es igual en niños y niñas, adolescentes o jóvenes. Casi la mitad (45 %) de quienes tienen entre 7 y 12 años antes del ingreso al centro de salud mental estuvieron en otro centro de 24 horas. Es importante señalar que prácticamente un quinto (18 %) de los niños y niñas que cuentan con menos de 12 años ya han pasado por cuatro o más establecimientos institucionales antes de su ingreso a un centro de atención en salud mental. Esto requiere una reflexión sobre posibles abordajes alternativos para dar respuestas que prioricen entre otros el derecho a la vida en familia de estos niños y niñas (ver gráfico 3).

Por su parte, los jóvenes (entre 18 y 20 años) y adultos (mayores de 21 años) son quienes más han transitado por centros dentro del sistema de protección especial antes del ingreso al centro de salud mental actual. Más de un tercio en el caso de quienes tienen entre 18 y 20 años (38 %) y algo menos de un cuarto de quienes son mayores de 21 años (21,7 %) transitaron por seis o más centros.

Una intervención temporal, que es permanente

La atención de niños, niñas y adolescentes en centros de salud mental para trastornos compensados se propone como espacio transitorio. Se estipula un período de permanencia no mayor de dos años³⁴ para aquellos centros que no atienden afecciones severas y no mayor de tres años para los centros para trastornos compensados severos.

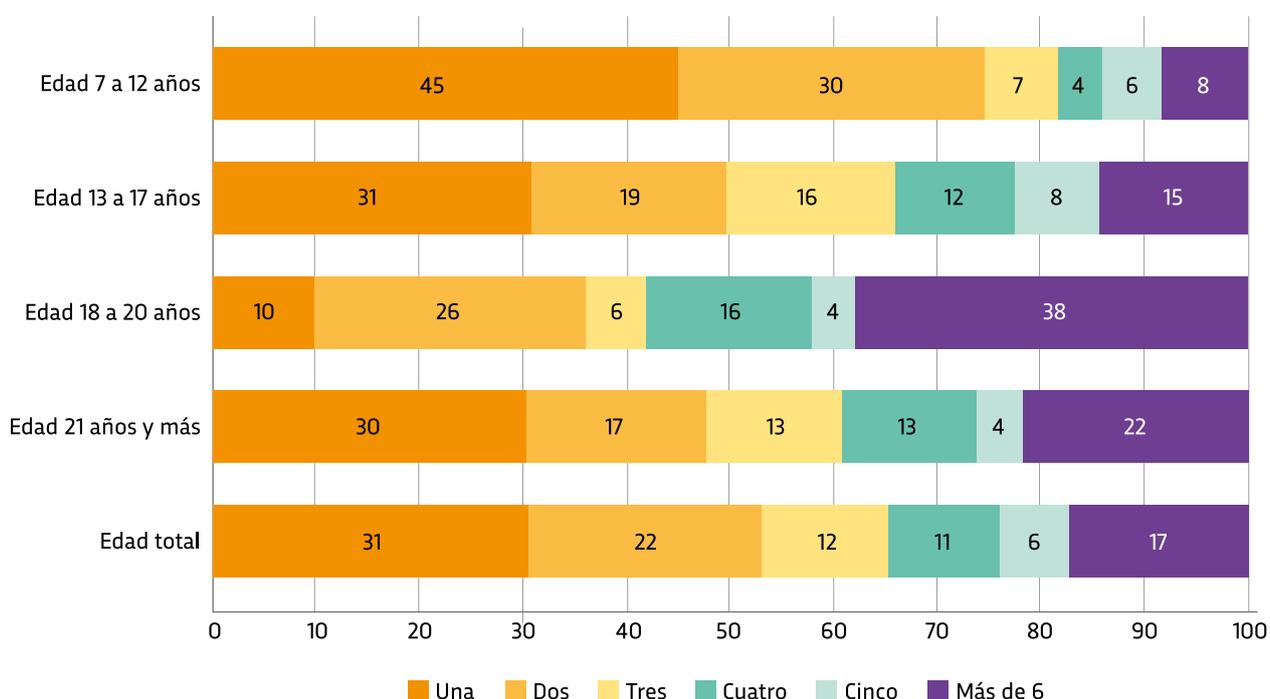
La mayoría de los niños, niñas y adolescentes permanecen³⁵ en los centros de salud mental para trastornos compensados no severos hasta dos años (79%)³⁶.

34 A partir de la licitación en vigencia, desde setiembre de 2019 se reduce este tiempo a 18 meses (INAU, 2019b).

35 Para desarrollar el indicador de tiempo de residencia, se calculan los años transcurridos desde la fecha en que la persona ingresa al centro hasta la fecha de su desvinculación. Al mismo tiempo, para los casos que continúan en el centro se tomó como fecha de referencia el día en que los datos fueron proporcionados (2/1/2020).

36 Es preciso aclarar que los cuatro centros que presentan el 100 % de permanencia menor de dos años tienen un funcionamiento que no supera ese marco temporal. Carpej, Gorriónes y Piedra Alta son centros que por la población que atienden se enmarcan en intervenciones de hasta dos años de duración. Los dos primeros comenzaron a operar en 2019, y en Piedra Alta, que cuenta con instalaciones y habilitación desde 2017, los niños, niñas y adolescentes se instalaron a principios de 2018. Por su parte, Rumbos, centro que atiende a población con trastornos compensados severos y que en consecuencia habilita la permanencia de niños, niñas y adolescentes por hasta tres años, también comenzó a funcionar en 2019.

GRÁFICO 3. Trayectoria por centros de 24 horas antes del ingreso a un centro de salud mental, según tramos de edad



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SIPI-INAU, diciembre de 2019.

No obstante, una proporción considerable permanece por un tiempo que excede esos plazos. Esta situación se evidencia en ocho de los doce centros monitoreados. La permanencia por un lapso de tres y cuatro años se da en la mayoría de estos, mientras que las permanencias de entre cinco y nueve años se concentran en cuatro de los ocho centros. Y en dos centros se registran residentes que habitan allí desde hace más de diez años (ver anexo 3, gráfico A3.4).

Interesa además profundizar respecto al vínculo entre la permanencia en los centros y las edades de niños, niñas y adolescentes. Del análisis se desprende que la permanencia más extensa corresponde a jóvenes con mayor edad; el 48 % de los jóvenes que tienen 21 años o más permanecen en los centros más de cinco años, incluso más de diez (ver gráfico 4).

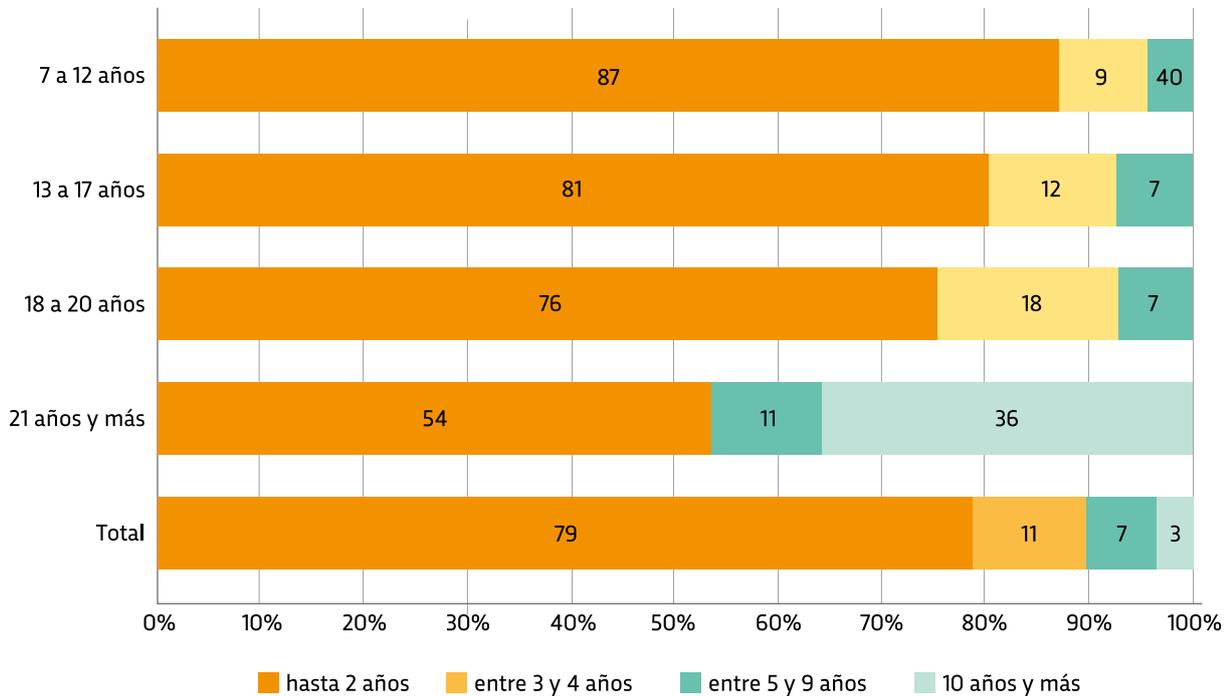
No obstante, si bien la mayoría de los niños y niñas que tienen entre 7 y 12 años permanecen en los centros hasta dos años (87 %), preocupa el porcentaje de niños y niñas con una permanencia en exceso en estos centros. Un 13 % de los niños y niñas menores de 12 años pasaron entre 3 y 9 años en un centro de salud mental, lo que re-

Más de un tercio (34,7 %) de los niños, niñas y adolescentes que en el 2019 estaban en un centro de salud mental habían pasado antes por cuatro o más centros del sistema de protección especial.

presenta prácticamente toda su vida. Esta proporción asciende al 19 % cuando se observa el tramo de 13 a 17 años.

Esta permanencia y tránsito por el sistema de protección especial (referida a 24 horas) y especializada (aquella que requiere de una intervención por motivos de salud mental y/o discapacidad) dificulta el sostenimiento de vínculos con familiares, referentes afectivos y la comunidad. El censo de INAU-UNICEF permite acceder a información valiosa sobre este aspecto; allí se releva que 23 niñas, niños y adolescentes que residían en centros de salud mental no tenían vínculo con familiares o referentes. En el caso de los 242 niños, niñas

GRÁFICO 4. Tiempo de residencia en centros de salud mental para trastornos mentales compensados, según tramos de edad



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SIPI-INAU, diciembre de 2019.

y adolescentes que sí tienen vínculos con sus familias, la frecuencia de contactos que presentan no facilita su sostenimiento (ver gráfico 5).

Es prácticamente nulo el vínculo diario con los referentes afectivos de las niñas, niños y adolescentes que residen en un centro de salud mental. Asimismo, las visitas presenciales, tanto en el centro como en el hogar, se dan en su mayoría quincenalmente o con menor frecuencia. Sorprende sobre todo en los adolescentes la poca frecuencia de uso de redes sociales y celular como medio de comunicación.

Estos datos cobran especial relevancia cuando los centros declaran en el censo que para un 40,8 % de los niños, niñas y adolescentes el plan de egreso (que daría cierre a la permanencia y tránsito en el sistema) es de revinculación familiar. Mientras que para un 10,4 % el plan de egreso se basa en una estrategia de vida autónoma e independiente, en la cual los apoyos de familiares y/o de referentes afectivos son fundamentales en esta transición.

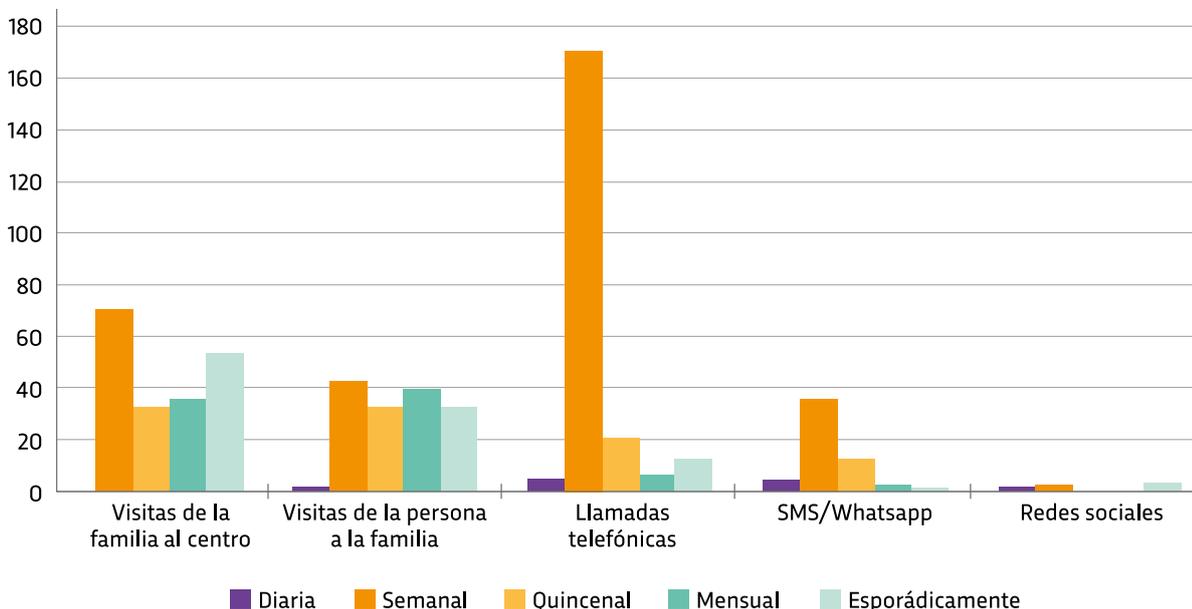
Un 13 % de los niños y niñas menores de 12 años pasaron entre 3 y 9 años en un centro de salud mental, lo que representa prácticamente toda su vida.

¿Quiénes son los niños, niñas y adolescentes que están internados en una clínica de atención de episodios agudos?

El objeto de la intervención de los centros de atención psiquiátrica especializada a niños, niñas y adolescentes que sufren episodios agudos —como intentos de autoeliminación, crisis de excitación, intoxicaciones, episodios delirantes agudos, trastornos afectivos— es la estabilización del episodio que determina la intervención (INAU, 2019c).

La información aquí presentada fue proporcionada por INAU con base en los registros de los centros en el Sis-

GRÁFICO 5. Cantidad de niños, niñas y adolescentes que residen en centro de salud mental que sostienen un vínculo con familiares y/o referentes afectivos según medio en que se da el contacto y frecuencia



Fuente: Censo INAU-UNICEF (2019), respuesta a oficio de solicitud de información enviado por el MNP al directorio de INAU.

tema de Información para la Infancia. El procesamiento de esa información corresponde a dos bases de datos: I) el total de personas vinculadas al instituto que fueron hospitalizadas por algún motivo en el correr del año 2019; II) las personas que se atendieron en clínicas de atención a episodios agudos en convenio con INAU durante 2019³⁷.

56 Características generales de la población que reside en clínicas de agudos

Del total de personas vinculadas al INAU durante el año 2019 fueron hospitalizadas 996 por diversos motivos. De ese total, 344 niños, niñas y adolescentes fueron internados en 2019 por un episodio de crisis, y en consecuencia son quienes se consideran para este análisis.

Es importante señalar que de todas las hospitalizaciones que se realizaron en el 2019 de las niñas, niños

y adolescentes del sistema de protección especial más de un tercio (35 %) referían a una crisis de salud mental.

En cuanto al centro de residencia del que provienen los niños, niñas y adolescentes que en 2019 fueron internados en clínicas de agudos, la mayoría son derivados de un centro de 24 horas no especializado (78 %) y alcanzan un 12 % quienes son internados luego de ingresar a un centro puerta de entrada al sistema de protección. Una proporción menor viene de un centro de discapacidad o de un centro de atención en salud mental (ver gráfico 6).

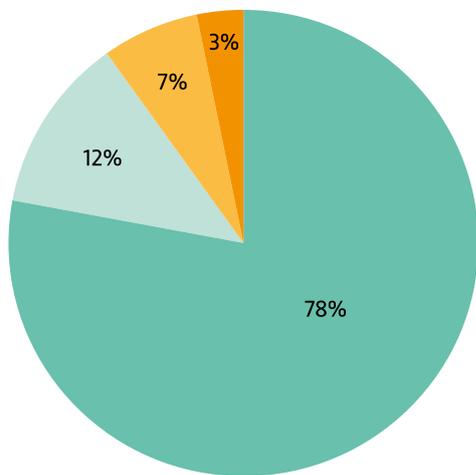
Casi la mitad de los niños, niñas y adolescentes que estuvieron internados por situaciones de crisis en 2019 lo hicieron en un hospital de ASSE (49 %) y un tercio (33 %) estuvieron en la clínica API Los Robles. La atención tanto en clínica Klinos como en mutualista ha sido marginal en el período estudiado.³⁸

La mayoría de las personas que fueron derivadas a un centro a causa de una crisis son adolescentes de en-

37 Al ser bases diferentes de las utilizadas para la población que reside en centros de atención en salud mental con trastornos compensados, no se puede realizar el mismo análisis con relación a trayectorias y permanencia.

38 La cantidad de personas en una intervención para episodios agudos por modalidad es la siguiente: API Los Robles 115, Clínica Klinos 34, hospitales 168, mutualistas 27.

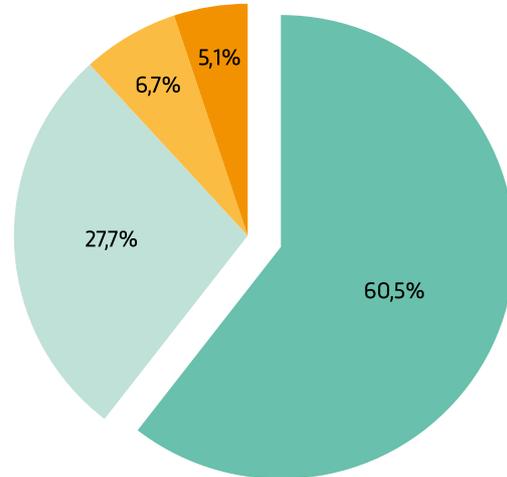
GRÁFICO 6. Procedencia de los niños, niñas y adolescentes que son internados en clínicas de atención a episodios agudos, en porcentaje



■ 24 horas ■ Educativas altamente específicas
 ■ Puerta de entrada ■ Discapacidad tiempo completo

Fuente: Elaboración propia con base en datos de SIPI-INAU, 2019.

GRÁFICO 7. Tiempo de permanencia de niños, niñas y adolescentes en hospitalización por crisis aguda



■ Menos de 1 mes ■ 2 a 3 meses
 ■ 1 a 2 meses ■ Más de 3 meses

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de SIPI-INAU, diciembre de 2019.

tre 13 y 17 años (74,7 %). En los hospitales y mutualistas se observa una cantidad mayor de niños y niñas de entre 7 y 12 años (19,1 y 15,4 %, respectivamente).

El análisis de permanencia de los niños, niñas y adolescentes que son hospitalizados por una crisis de salud mental no está asociado al tiempo que requiere la intervención médica para estabilizar dicha crisis. El registro que posee el SIPI refiere al tiempo de permanencia en el hospital o clínica psiquiátrica y no hay registro de cuándo tienen el alta médica. El monitoreo que realiza periódicamente el MNP y en especial el que se realizó en el marco del proyecto confirman que en promedio la mitad de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran internados en una clínica para atención de crisis continúan allí con posterioridad al alta médica.

El abordaje que se realiza en una hospitalización por episodio agudo está condicionado a la estabilización del episodio que determina la intervención. En este marco, un 61 % de los niños, niñas y adolescentes permanecen menos de un mes hospitalizados (tanto en hospitales como en clínica de atención de episodios agudos). Prácticamente un tercio (28 %) permanecen internados hasta

dos meses, por lo que es probable que varios de estos niños, niñas y adolescentes ya posean el alta médica. Preocupa que el 12 % de los niños, niñas y adolescentes que están hospitalizados por una situación de crisis permanezcan internados dos meses y más. Se registran situaciones en las que llevan internados más de seis meses.

Capítulo V. El acceso al derecho a la salud mental de niñas, niños y adolescentes del sistema de protección

Instrumentos de derechos humanos para el monitoreo de los centros de atención en salud mental en el sistema de protección

El instrumento de Calidad y Derechos de la oms (2012) tiene como objetivo «apoyar a los países en la evaluación y mejora de la calidad y los derechos humanos de los establecimientos de salud mental y apoyo social» (p. 10). Se parte de la constatación de que los estigmas que caen sobre las personas con discapacidades mentales las llevan a sufrir exclusión, rechazo y marginación social. En general los establecimientos de salud mental (clínicas, hospitales y servicios ambulatorios) reproducen estos estigmas y generan resultados de escasos niveles de recuperación para las personas con discapacidades mentales.

En muchos países, la calidad de la atención —tanto en establecimientos de hospitalización como ambulatorios— es deficitaria, o incluso perjudicial, pudiendo dificultar de forma activa la recuperación. El tratamiento ofrecido busca con frecuencia mantener a las personas y a sus trastornos «bajo control», en lugar de potenciar su autonomía y mejorar su calidad de vida. Las personas son más vistas como «objeto de tratamiento» que como seres humanos con los mismos derechos y aspiraciones que los demás. No se les pide opinión respecto a sus planes de atención o de recuperación, lo que en muchos casos significa que acaban recibiendo tratamiento en contra de su voluntad. (oms, 2012, p. 8)

Las personas con discapacidades mentales en ocasiones son expuestas a condiciones de vidas terribles,

La OMS recomienda a los Estados el cierre progresivo de los dispositivos de larga estadía hospitalaria, donde las personas con discapacidades mentales, discapacidades intelectuales o problemas de abuso de sustancias se encuentran aisladas

sometidas 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 donde las personas con discapacidades mentales, discapacidades intelectuales o problemas de abuso de sustancias se encuentran aisladas. Encomienda desarrollar y potenciar la atención de la salud mental desde los servicios comunitarios y enmarcados en el primer nivel de atención, entendiendo como una de las claves la promoción de la salud mental mediante la actuación sobre los determinantes sociales (oms, 2013).

Las evaluaciones exhaustivas y los monitoreos, según la oms, permiten la mejora de la calidad de los tratamientos y el respeto a los derechos humanos. Estas evaluaciones son un instrumento para identificar los problemas en las prácticas de atención en salud mental así como para ayudar a la planificación, la reimplementación de soluciones a los problemas, garantizar una mejora en la calidad de los servicios, el respeto a los derechos humanos y promover la prioridad de la autonomía, la dignidad y el derecho a decidir de las y los beneficiarios (oms, 2012).

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN)

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.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.

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.
2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.
3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos en-

cargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

Artículo 6

1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.
2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo 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.

En este marco, el relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental define y prioriza la salud mental derivada de sus entornos sociales:

... la buena salud mental y el bienestar no pueden definirse por la ausencia de un problema de salud mental, sino por el entorno social, psicosocial, político, económico y físico que permite a las

personas y a las poblaciones vivir una vida digna, con pleno disfrute de sus derechos y en el marco del aprovechamiento equitativo de sus posibilidades. (ONU, 2019b)

Como se planteó anteriormente, para el monitoreo de los centros de salud mental del sistema de protección especial, se incorporaron a los estándares del Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS los estándares de derecho internacional sobre niñas, niños y adolescentes derivados de la Convención de los Derechos del Niño (CDN).

Este instrumento de protección de los derechos humanos específico para la población infantil tiene una fuerza indudable ya que cuenta con una casi unánime ratificación en el ámbito del sistema universal. Es importante mencionar que el enfoque de protección integral que plantea la CDN está basado en los principios generales que articulan toda la CDN: 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.

A continuación se presentan los temas que integran el análisis que surge del monitoreo realizado. Para cada tema se desarrollan estándares y criterios de evaluación del cumplimiento de cada estándar.³⁹

1. 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 (artículos 15 y 16 de la CDPD y artículos 19 y 37 de la CDN).
2. El derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible (artículo 25 y 26 de la CDPD y artículos 23, 24 y 25 de la CDN).
3. El derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona y el derecho a la libertad de opinión en todo lo que le concierne (artículo 14 de la CDPD y artículos 12, 25 y 37 de la CDN).
4. El derecho a un nivel de vida adecuado y a la protección social (artículo 28 de la CDPD y artículo 27 de la CDN).

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

Técnicas aplicadas en el monitoreo

El monitoreo de las clínicas de atención en salud mental del sistema de protección se realizó mediante visitas no anunciadas a cada centro, tal y como está previsto en el accionar del MNP, con el fin de encontrar en cada establecimiento visitado las condiciones más habituales posibles.

El primer paso para implementar el Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS fue conformar un equipo interdisciplinario que lideró el proceso de diseño, preparación, instrumentación y evaluación del monitoreo. Un equipo especializado e interdisciplinario (integrado por profesionales en psicología, trabajo social, psiquiatría infantil, medicina legal, sociología, ciencias políticas y desarrollo) llevó adelante el proceso de diseño y ajuste del instrumento.

El ciclo del monitoreo prevé cuatro fases: en la fase 1 se realiza una primera visita no anunciada, en la que el equipo se presenta ante las personas referentes en el centro y explica el objetivo y el procedimiento de la visita, para luego dividirse en duplas con responsabilidades previamente asignadas de acuerdo a la información a relevar. En la fase 2 el equipo se reúne a sistematizar la información relevada, impresiones y datos a profundizar en una segunda instancia. En la fase 3 se realiza una segunda visita no anunciada para cotejar información faltante y completar el resto de las entrevistas requeridas. Por último, en la fase 4, el equipo reúne y organiza toda la información registrada para documentarse adecuadamente en el informe sobre el centro.

Como se explicó anteriormente, son tres las técnicas de recolección de información utilizadas para el monitoreo:

1. entrevistas a funcionarios/as y residentes en el centro
2. revisión documental
3. observación y registro fotográfico

39 Ver anexo 2: «Temas y estándares de evaluación».

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CDPD)

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.

Como se planteó en la introducción, se realizaron entrevistas en profundidad al personal del centro y a los y las residentes, de acuerdo a las pautas ajustadas propuestas por el Instrumento de Calidad y Derechos de la oms (ver anexo metodológico). Se realizaron 82 entrevistas a los integrantes de los equipos de dirección y equipos técnicos. Se entrevistó al personal de atención directa y de servicio cubriendo los diferentes turnos que se realizan en los centros. Finalmente, en función de la metodología planteada por la oms y las exigencias de representatividad, se realizaron 153 entrevistas a los niños, niñas y adolescentes que residen en los centros, alcanzando al 43 % de la población de los 12 centros monitoreados. En todos los centros se superó el mínimo requerido para obtener la representatividad de la población (ver anexo metodológico).

Es importante señalar que las constataciones que se presentan refieren a la información que de forma consistente se confirma mediante más de un tipo de método (observación, registros y entrevistas), así como en diferentes relatos (funcionarios, directores, equipo técnico y niñas, niños y adolescentes).

Resultados del monitoreo a los centros de salud mental

A continuación, se presentan los elementos relevantes en el monitoreo, organizados en los cinco temas presentados por el Instrumento de Calidad y Derechos de la oms, junto con un análisis de las cuestiones detectadas con el apoyo de normativa nacional e internacional relativa a cada materia. Dado que se ha priorizado trabajar en asuntos observados en el monitoreo, no se explicita a qué establecimiento pertenece cada una de las problemáticas verificadas, sino qué derechos humanos se ven vulnerados y a partir de qué hechos constatados se advierten tales vulneraciones. A partir del estudio de estos temas, se enuncian en los capítulos siguientes los principales nudos identificados, así como las recomendaciones que se realizan a los organismos responsables.

Tema I. Derecho a ser protegida/o contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos 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 15 CDPD y artículo 37 CDN), y toda forma de perjuicio o abuso físico, mental o sexual, descuido o trato negligente, explotación y violencia. Para ello se deberían adoptar todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para protegerlos (artículo 16 CDPD y artículo 19 CDN). Asimismo, la prestación de servicios de protección para la recuperación tendrá lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad (artículo 16 CDPD).

Desde este marco normativo, a partir de los estándares del Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS, se releva y constata que los niños, niñas, adolescentes y adultos que residen en el centro estén libres de abuso verbal, mental, físico y sexual y de descuido físico y emocional. También se verifica que se utilicen métodos alternativos al «aislamiento» y «contención» que permitan *atenuar el escalamiento de las crisis* potenciales. Se controla que los métodos de contención farmacológica, física o ambiental no se utilicen como forma de castigo, sino que se limiten a *situaciones excepcionales graves*, y en todos los casos por indicación médica. Se releva la existencia de medidas para prevenir la tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes y otras formas de maltrato y abuso. Finalmente, se verifica que exista respeto a la privacidad e intimidad de los niños, niñas y adolescentes residentes en los establecimientos monitoreados, en el entendido de que se debe respetar su dignidad e integridad personal para prevenir cualquier tipo de maltrato o abuso.

El derecho de los y las residentes a estar libres de abuso verbal, mental, físico y sexual y de descuido físico y emocional

Los criterios a observar se refieren a que el personal trate con humanidad, dignidad y respeto a los y las residentes. Que ninguno de los niños, niñas y adolescen-

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN)

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.

Los Estados Partes velarán por que: 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.

En tres establecimientos se constataron malos tratos verbales y físicos por parte del personal hacia los niños, niñas y adolescentes que allí residían.

tes sea sometido a abuso verbal, físico, sexual o mental, así como tampoco a descuido físico y/o emocional. 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.

En tres establecimientos se constataron malos tratos verbales y físicos por parte del personal hacia los niños, niñas y adolescentes que allí residían. Esta situación dio lugar a intervenciones específicas del MNP que implicaron el envío de oficios con recomendaciones⁴⁰ dirigidos al directorio de INAU, así como el seguimiento de estos con las autoridades referentes y en los propios centros.

40 Oficios 600/MNP-SP/2020, 606/MNP-SP/2020, 610/MNP-SP/2020

En uno de estos tres centros se verificó la existencia de malos tratos consistentes en violencia verbal estigmatizante y expresiones despectivas hacia los niños y niñas. En el mismo establecimiento se constató que existía una comunicación caracterizada por gritos y prepotencia dirigida en especial hacia los varones, que sucedía incluso en presencia de los técnicos del MNP y parte de los administradores de la empresa, lo que traslucía una práctica naturalizada.

A su vez, en los tres centros denunciados se recibieron relatos de niñas, niños y adolescentes coincidentes sobre violencia física por parte del personal de atención directa. Los episodios relatados en este sentido referían a «torcedura de dedos y brazos», «apretar contra la pared», «cachetazos y sacudidas», «agarrar del cuello e intentar ahorcar». En más de una entrevista se manifestó la existencia de reacciones violentas del personal ante situaciones de conflictos cotidianos. Asimismo, en estos tres establecimientos se constataron tratos humillantes y amenazantes de parte del personal de atención directa hacia los niños, niñas y adolescentes. Se relevaron prácticas de amenazas, con traslados hacia centros «peores», como por ejemplo:

«te van a llevar a un correccional de menores»,
o «a otro INAU donde te tratan peor».

Así también se verificó la existencia de provocaciones del personal para generar situaciones violentas entre los y las residentes; en algunos adolescentes se constataron lesiones físicas como consecuencia de dichas «peleas».

64 Estas prácticas de trato amenazante o provocativo por parte del personal también se observaron en dos centros más⁴¹, con comentarios hirientes y burlas, así como un vínculo diferencial entre los residentes.

«XX nos habla mal, nos grita.»
«Me dice que no piense, que no voy a poder.»
«No me quise levantar y me dijo mugrienta.
Yo le dije que le iba a decir al equipo y me dijo:
amenazame si querés.»

41 Dicha situación y las recomendaciones pertinentes fueron integradas a los informes de los centros enviados al directorio del INAU. Informe 122/MNP-SP/2020, disponible en <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-sobre-centro-medio-camino-larranaga-montevideo-informe-ndeg122>

LEY 19.529 SALUD MENTAL

Artículo 6. (Derechos).

La persona usuaria de los servicios de salud mental tiene derecho a:

Ser tratada con el respeto debido a la dignidad de todo ser humano. [...]

Ser protegido de todo tipo de explotación, estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante.

En una de estas clínicas se utilizaba un lenguaje estigmatizante para referirse a las patologías de los y las residentes por parte del personal del establecimiento, dirección, equipo técnico y personal de atención directa, así como entre los propios residentes. Estas situaciones contradicen lo establecido en la Ley de Salud Mental en cuanto a proteger a la persona de un trato estigmatizante, discriminatorio, abusivo o degradante.

A su vez, se verificaron tratos distantes y descuido emocional por parte del personal a cargo de la atención directa hacia los niños, niñas y adolescentes. En muchas situaciones dicho trato se traducía en desatención de las necesidades particulares de cada uno de los y las residentes. Se verificó en el relato de los niños, niñas y adolescentes de estos establecimientos que había una desconfianza generalizada hacia el personal adulto responsable del cuidado, que no los escuchaba ni contenía. El trato que reciben vulnera en diferentes grados el derecho a ser protegido contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental mientras se encuentran bajo el cuidado del INAU (artículo 19 CDN).

Estas situaciones de malos tratos contradicen las indicaciones establecidas por las *Directrices sobre modalidades alternativas de cuidado de los niños* (ONU, 2010), que buscan establecer precisamente una protección especial para aquellos niños, niñas y adolescentes que se encuentran institucionalizados:

89. Los acogedores deberían comprender la importancia de su función en el desarrollo de unas relaciones positivas, seguras y formativas con los niños, y estar en condiciones de cumplirla. (p. 15)

En un proceso de «rehabilitación» terapéutica no es posible desconocer la dimensión subjetiva y emocional como parte sustantiva del tratamiento, en especial en niños, niñas y adolescentes que se encuentran dentro del sistema de protección especial por una vulneración de sus derechos que requirió utilizar la medida más extrema que es la internación en un centro de 24 horas. La contención que puede brindar el personal del establecimiento es un elemento clave en el tratamiento de los niños, niñas y adolescentes.

El uso de métodos alternativos al aislamiento y contención para «atenuar el escalamiento»

Para la verificación del cumplimiento de este estándar el criterio es constatar que los niños, niñas y adolescentes no son sometidos a aislamiento o a contención como forma de castigo o sanción. Para ello se observa que el establecimiento haya implementado alternativas al aislamiento y contención y que el personal esté capacitado en técnicas que «atenúan el escalamiento» para intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a los niños, niñas y adolescentes, así como al personal. Asimismo se verifica que el personal logre identificar cuáles son los *gatillantes* y los factores que el niño, niña o adolescente considera que pueden aminorar sus situaciones de crisis.

Respecto a las *medidas de contención psicoemocional, mecánicas y farmacológicas*, en la mayoría de los establecimientos existían protocolos para su colocación. Su objetivo era proteger a las y los residentes de las lesiones que puedan infligirse a sí mismos o a las demás personas mediante el control de las actividades físicas. Según se registra en dichos documentos, el uso de medidas de contención o aislamiento es indicado por el equipo médico del centro y se consigna en la historia del paciente. Asimismo, los protocolos para la aplicación de medidas eran conocidos y utilizados por el personal de atención directa, quienes eran capacitados en esa materia al asumir su puesto laboral.

Según plantea el *Protocolo de intervención del INAU* (2019d), las medidas de contención se deben adoptar teniendo en cuenta el estado emocional del niño, niña o adolescente, desplegando diferentes estrategias con un criterio de gradualidad de menor a mayor restricción. De acuerdo a este nivel de graduación, se encuentran en primer orden las medidas psicoemocio-

En los centros donde se relevó un trato amenazante o humillante, la intervención del personal en lugar de atenuar una posible crisis, en muchos casos la desencadena o potencia.

nales de contención, en segundo término las medidas farmacológicas y con mayor grado de restricción las medidas físicas de contención.

En todos los centros, el personal entrevistado explicó que se apelaba a la palabra como forma de atenuar el escalamiento hacia una crisis. En cuatro centros, se relevaron relatos coincidentes de personal y residentes que referían a una búsqueda de contención psicoemocional que involucra la palabra y la escucha como forma de atenuar una posible crisis.

«Se trabaja todo el día con la violencia. Siempre se dan conflictos, nuestro trabajo es minimizarlo.» (Psicólogo de centro de atención en salud mental)

«Acá te hablan mucho, te quieren ayudar» (residente de centro de atención en salud mental).

Sin embargo, en cinco centros el relato de niños, niñas y adolescentes no acompañaba la expresión del personal con relación a la utilización de la palabra como forma de contención. Esta situación se verificó en los mismos cinco centros en los que se relevó un trato amenazante, humillante o estigmatizante del personal hacia los niños, niñas y adolescentes que allí residían. En estos centros la intervención del personal, en lugar de atenuar una posible crisis, en muchos casos la desencadenaba o potenciaba.

En estos se constató un mayor uso de las medidas de contención físicas o farmacológicas como respuesta a una posible crisis de excitación psicomotriz. Incluso en uno de estos el personal afirmó que no se utilizaba el cuarto de aislamiento ya que «arreglamos las cosas hablando» y en el monitoreo se constató, a través de los registros y del relato de los niños y niñas, que se utilizaba frecuentemente.

«Hay educadores que directamente te meten medidas.»

«Te meten en reja si hacés algo mal.»

«Solo me dan medicación y medicación, me dopan todo el día.»

En todos los establecimientos se verificó que contaban con indicaciones de contención farmacológica en los casos de episodios de excitación psicomotriz para cada uno de los niños, niñas y adolescentes. Las medidas farmacológicas solo pueden ser indicadas y supervisadas por personal médico y se pueden aplicar si no fue posible estabilizar el estado emocional del niño, niña o adolescente con las medidas psicoemocionales. En cinco de los siete centros en los que accedimos a los protocolos internos para el manejo de los episodios y/o crisis de excitación psicomotriz, la contención farmacológica se indicaba antes de la colocación de las medidas de contención mecánica, y en dos se administraba en forma posterior.

Al momento de realizar las indicaciones para el tratamiento de estos episodios, se debe garantizar que sean pautados por profesionales de la psiquiatría para cada niño, niña y adolescente, teniendo en cuenta sus características propias, antecedentes, edad y diagnóstico. Se debe evitar la generalización de los tratamientos, así como valorar los efectos adversos de la medicación psicotrópica y brindar información a los y las residen-

tes sobre la finalidad de esta medicación. La evaluación continua de los tratamientos, con los ajustes necesarios en base a la respuesta clínica, permite disminuir la aparición de efectos mayores.

En seis centros, se propone en primer lugar la administración de una medicación vía oral o sublingual antes de la administración de medicación intramuscular. Esto habilita que solo se administre medicación intramuscular en aquellos episodios de mayor severidad.

«Te inyectan cuando estás rompiendo el colchón. Te contienen cuando estás muy agresivo.»

«Siempre estuve de acuerdo con la medicación. Si no la tomás tenés pinchazo.»

Las indicaciones médicas así como cada administración de medicación deben ser registradas en la historia clínica de forma completa en el momento que se realizaron, de modo de informar acerca del cumplimiento de la indicación.

Como último recurso, se plantean las medidas de contención mecánica, las cuales deben ser aplicadas «... excepcionalmente ante una situación grave, entendiendo por situación grave aquellos episodios donde se pone en riesgo (riesgo vital o de vida) la integridad del niño, niña y adolescente y/o la de otros/as» (INAU, 2019d, p. 16).

En todos los establecimientos se verificó que existían camas acondicionadas para colocar medidas de



Foto 1. Camas de hierro acondicionadas para colocar medidas de sujeción mecánica. Centro de atención en salud mental para trastornos compensados.



Foto 2. Medidas de sujeción mecánica con imanes. Centro de atención en salud mental para trastornos compensados.

sujeción mecánica y los instrumentos utilizados para dicha sujeción eran adecuados a lo estipulado por los protocolos de INAU⁴² (ver fotos 1 y 2).

En seis centros dichas camas acondicionadas para la aplicación de medidas de sujeción mecánica se encontraban en los dormitorios utilizados por los y las residentes. Cuando no se aplicaban dichas medidas, era la cama utilizada por un o una residente para descansar y si se requería aplicar medidas de sujeción, la persona debía utilizar otra cama.

Tal como fuera dicho, las medidas de sujeción mecánica deben ser utilizadas como último recurso y en esos casos el residente tiene que ser trasladado a una «habitación de contención» que debe cumplir con ciertas condiciones para garantizar la protección del niño, niña o adolescente. Según lo estipula el propio *Protocolo de intervención del INAU* (2019d), dicha habitación debe encontrarse visible desde enfermería, contar con una cama, con espacio para la circulación del personal

42 «Se debe utilizar siempre material de sujeción de tipo estandarizado que impida ejercer una excesiva presión en las extremidades, que sea confortable, no lesivo, de ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación, evitando la utilización de vendas, sábanas o similares» (INAU, 2019d, p. 21).

que atendería al residente y con ventilación y posibilidad de climatizar.

De este modo, utilizar los dormitorios de los y las residentes para la aplicación de las medidas de contención mecánica podría poner en riesgo al niño, niña o adolescente ya que no existen las condiciones necesarias para controlar el desarrollo de las medidas y sus posibles consecuencias.⁴³

A su vez, preocupa que se aplique una medida tan restrictiva como es la sujeción mecánica, que está vinculada a una situación grave de crisis, en un espacio como el dormitorio, donde se debería resguardar la intimidad y descanso de las personas que allí habitan.

En seis centros se constató que las habitaciones utilizadas para «cuartos de aislamiento» (ya sean cuartos específicos como dormitorios) no son adecuadas para asegurar un proceso terapéutico. En cuatro centros, las habitaciones utilizadas poseen rejas en puerta y ventanas (lo que las asimilaba a una celda), cuentan con escasa iluminación y ventilación y no se encontraban visibles desde enfermería (ver fotos 3, 4 y 5). En los otros dos centros los espacios destinados al aislamiento eran de dimensiones muy reducidas, sin ventilación, no eran visibles desde enfermería y estaban expuestos al resto de las y los residentes (ver foto 6). Dichos espacios no respetan ninguna de las normativas que permiten asegurar un proceso terapéutico, por lo que podrían considerarse espacios de castigo.

Es importante que existan espacios individuales, acogedores y tranquilos que permitan a los niños, niñas y adolescentes que allí residen procesar situaciones de angustia y ansiedad, convirtiéndose en uno de los elementos sustantivos para atenuar el escalamiento que podría derivar en una crisis de excitación psicomotriz.

Una crisis en un niño, niña o adolescente en el contexto de un centro de protección del sistema

43 «Estos son algunos de los riesgos que puede traer aparejada la puesta en práctica de estas medidas de contención, cuando no se toman en cuenta las recomendaciones en cuanto al tiempo y a la calidad de la intervención: Alteración de la integridad cutánea (úlceras por presión, lesiones cutáneas por fricción, etc.). A efectos de evitarlas se sugiere en el capítulo correspondiente realizar cambios posturales siempre que la situación del NNA lo permita). Caídas. Bronco-aspiración. A los efectos de evitarlas se sugiere mantener al NNA semiincorporado con la cabeza elevada. Incontinencia, estreñimiento. Rigidez y contractura, pérdida de la fuerza y tono muscular. Trombosis arterial y venosa. Riesgos psicológicos: depresión, confusión, aislamiento social, etc.» (INAU, 2019d, p. 23).



Foto 3. Puerta de ingreso a dormitorio de varones con cama equipada para la contención mecánica. Centro de atención en salud mental para trastornos compensados.



Foto 4. Habitación de contención ambiental. Centro de atención a episodios agudos.



Foto 5. Puerta con rejas y corredor de ingreso a cuartos de aislamiento con baño afuera. Centro de atención a episodios agudos.



Foto 6. Habitación de contención ambiental. Centro de atención de salud mental para niños y niñas con trastornos compensados.

INAU puede ser entendida como una respuesta reactiva y/o manifestación de este a situaciones de estrés. (INAU, 2019d, p. 5)

En este sentido, una intervención asertiva requiere de un diagnóstico temprano y oportuno y de acciones que eviten la instalación de la crisis. Esto implica una contención psicoemocional oportuna para cada niño, niña o adolescente, que debe estar acompañada de un espacio acogedor e individual que permita transitar de forma contenida las situaciones de sufrimiento que atraviesan los niños, niñas y adolescentes. Dichos espacios en ningún caso deben ser asimilados a espacios de encierro o castigo, por lo tanto su diseño, ubicación y utilización deben distanciarse de un establecimiento carcelario.

En cuanto a la aplicación de medidas de contención mecánica, en cuatro centros los niños, niñas y adolescentes que allí residían señalaron que ejercían sobre ellos y ellas una fuerza desmedida o recibían amenazas al momento de aplicar las medidas.

«Los funcionarios te pegan. Cuando estás alborotado, hacen que te reducen, pero te juegan.»

«Se pasan de fuerza...»

«... saben cómo taparse para que las cámaras no los vean cuando te aprietan...»

«Te dicen: "Te quedás quieto o te quiebro el brazo".»

En los dos centros dedicados a la atención de episodios agudos se relevaron testimonios consistentes de las y los adolescentes de prácticas de encierro desmedidas y utilización de los cuartos de contención como medidas de castigo y/o sanción donde pueden pasar incluso una semana o más. Esta práctica de encierro, según relataron los y las adolescentes, conlleva una reclusión en todo momento, lo que incluye que las comidas se realizan en dichos cuartos: son autorizados para salir solo para ir al baño o fumar. En ambos centros, los adolescentes mencionaron que si tenían problemas con alguna persona de atención directa eran castigados enviándolos a la habitación de aislamiento. Los motivos registrados de las y los adolescentes que se encontraban en el cuarto de contención el día de la visita del MNP referían a situaciones de conflicto cotidianas lejanas a cualquier situación de crisis emocional y por lo tanto

la práctica de contención mecánica no constituía una medida terapéutica, sino una sanción.

«No me quise levantar temprano, entonces me dejaron un día más en reja.»

«Como no le quise mostrar una carta que me dio XX a la educadora, me puso en reja ayer y todavía estoy acá.»

En uno de los centros la dirección señaló que no se utilizaba la práctica de encierro como medida de sanción y que ningún adolescente pasaba la noche encerrado en el cuarto de contención. Sin embargo, en los relatos de los y las adolescentes se expresó que esto era una práctica habitual y se constató que la noche anterior a la visita un adolescente había pasado la noche encerrado en el cuarto de contención.

En el otro centro, el personal manifestó que las y los adolescentes permanecían en los cuartos de aislamiento durante un máximo de siete días luego de su ingreso si el caso lo requería. En estos casos las y los adolescentes compartían todas las actividades del cotidiano y solo permanecían allí durante los horarios de descanso. En las entrevistas realizadas a las y los adolescentes fueron reiteradas las menciones a que debieron dormir en el cuarto de aislamiento por más de un día y que pasaban allí sin contacto con el resto de las y los residentes.

«Siempre te pinchan, te meten medidas y a reja.»

«Nos encierran en las celdas.»

«... XX solo pasa en reja...»

«Siempre duermo en reja», «Sentís que la vida se te va, salís para afuera un rato, te meten para adentro, te bañás y se te pasa la vida».

El MNP considera importante desestimular el uso de medidas de contención física, estipular las circunstancias excepcionales en las cuales están indicadas y que en ningún caso sean utilizadas como forma de sanción.

Es imprescindible implementar todas las consideraciones necesarias para evitar el uso abusivo de las medidas de contención, sean farmacológicas o mecánicas: que no sean utilizadas de forma habitual en el centro y en todos los casos prohibir su uso como forma de sanción, por conveniencia del personal o para sobrellevar la escasez de funcionarios.

El MNP considera importante desestimular el uso de medidas de contención física y estipular las circunstancias excepcionales en las cuales están indicadas, y que en ningún caso tales medidas sean utilizadas como forma de sanción.

Es necesario tener en cuenta que las medidas de contención y aislamiento pueden vulnerar los derechos de las personas residentes, por lo que se las debe aplicar por el menor tiempo posible, según estipula la normativa internacional y nacional. En este aspecto, la OMS (2011) establece que:

... el aislamiento y la restricción física pueden autorizarse cuando se trata del único medio disponible para prevenir un daño inmediato o inminente contra sí o contra terceros, y cuando sean empleados por el período de tiempo necesario más corto posible. Solo pueden ser autorizados por un profesional de salud mental acreditado. De emplearse, debe existir un contacto personal, activo y permanente con la persona sujeta a aislamiento o restricciones físicas, que vaya más allá de la vigilancia pasiva. (p. 73)

70 En concordancia con el principio 11 de los principios para la protección de los enfermos mentales, que refiere que estas serán las últimas medidas a tomar, cuando exista un riesgo de vida para la persona o para terceros, que el procedimiento debe estar autorizado y aprobado por la institución y que en todos los casos se registrará su colocación, control y finalización en la historia clínica del niño, niña o adolescente.

En este mismo sentido, el SPT enuncia que las medidas de contención físicas o farmacológicas son formas de privación de libertad, por lo que necesariamente cuando deban aplicarse tiene que existir una definición clara de los criterios de indicación, el procedimiento, la duración, supervisión y vigilancia (SPT, 2016).

PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

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

Principio II Consentimiento para el tratamiento

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

Se garantiza que ninguna medida disciplinaria constituya tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, así como no debe incluir medidas de aislamiento e incomunicación, ni tampoco restringir el contacto con los referentes afectivos.

Se releva que las medidas disciplinarias no sean desproporcionadas a la falta que las originó. Que no se aplican ante situaciones derivadas de manifestaciones propias de las crisis de excitación psicomotriz. Se verifica que en ninguna situación se utilicen medidas de

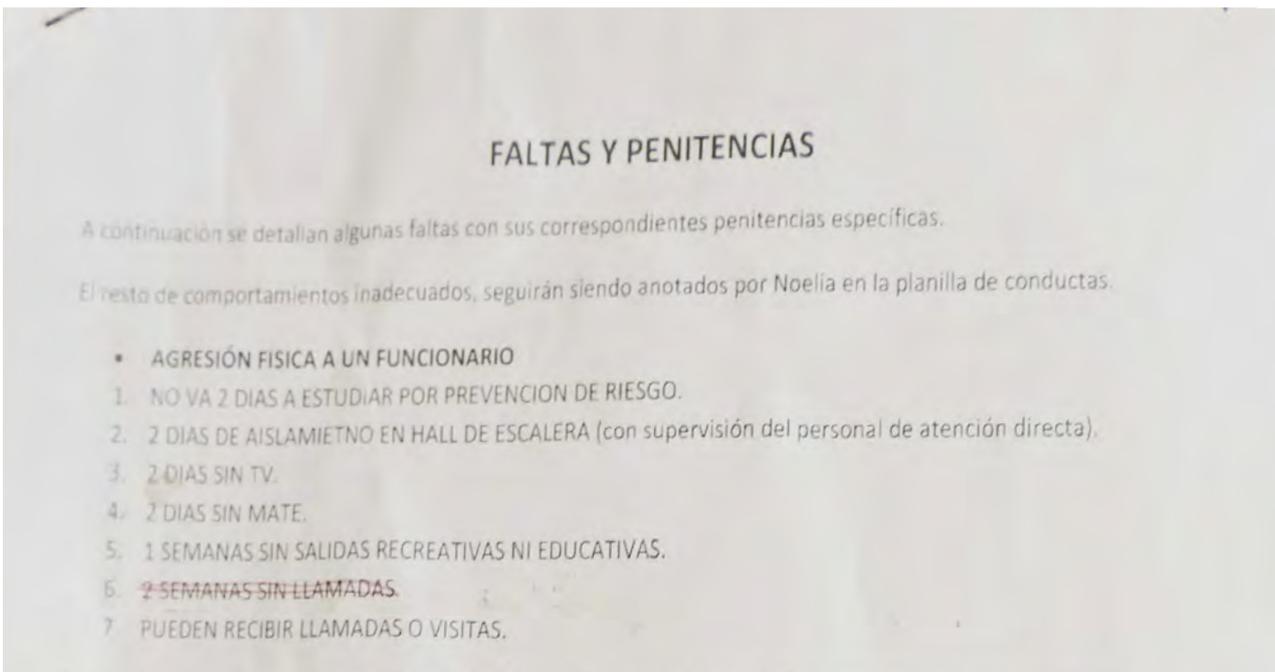


Foto 7. Documento *Faltas y penitencias*. Centro de atención en salud mental para trastornos compensados.

contención mecánica como forma de sanción y que ninguna medida disciplinaria incluya la restricción de la comunicación con los referentes afectivos.

En cuatro centros se constató la existencia de un protocolo de medidas disciplinarias (fueron enviados en respuesta a la solicitud de información que realiza el equipo del MNP en la visita de monitoreo).

En uno de los establecimientos se observó la presencia de un documento denominado *Faltas y penitencias* en el que se enumeran las diferentes sanciones para los comportamientos inadecuados.

Se comprobó que la aplicación de estas sanciones era desproporcionada, ya que se dejaba al residente sancionado en un hall de entrada a la clínica que oficiaba de «espacio de penitencia» (ver foto 8) por horas, e incluso días, sin tener contacto con los demás residentes del centro, ni compartir actividades cotidianas. De los relatos de las y los jóvenes surgían las siguientes opiniones:

«... te quedás ahí sin hablar con nadie, comés y todo ahí».

«... cuando te ponen en penitencia te quedás dos días sin salir, ni ir a estudiar o visitar a la familia».

«No podés salir del hall solo para ir a dormir de noche...».

«Te pueden tener más de 24 horas ahí sentado...».

Las sanciones configuran un castigo y no presentan medidas terapéuticas o reparatorias del daño para los residentes. Tampoco se permite la comprensión de los residentes del daño ocasionado y cuáles podrían ser las acciones alternativas ante nuevas transgresiones.

El tiempo de sanción es prolongado, más allá del período necesario para proteger al adolescente u otras personas. A su vez, las sanciones son acumulativas, lo cual refuerza una lógica de castigo en la concepción de tales medidas.

Por todo ello, configura un espacio de castigo, más que uno de reflexión y reparación de la conducta que motivó la sanción, constituyéndose en una acción de carácter estrictamente punitivo que se contrapone a lo educativo y terapéutico emocional.

Asimismo, en otro centro, al momento de la visita del MNP, los niños y niñas que allí residían tenían suspendidas las visitas familiares y las salidas recreativas hacía más de una semana⁴⁴. En este caso se constata la

⁴⁴ El documento *Sanciones y premios*, que regulaba las acciones del centro, preveía la suspensión de salidas por dos días en los casos de los pacientes con perfil de atención integral en salud mental y de pacientes crónicos.



Foto 8. Hall en planta baja que era el acceso a dormitorio y baño, usado como espacio de «penitencia», con escasa iluminación y mobiliario. Centro de atención en salud mental para trastornos compensados.

aplicación de una sanción colectiva y desproporcionada con relación al hecho que da lugar a su aplicación, que configura un castigo y no una medida socioeducativa.

72

En otra de las clínicas monitoreadas se verificó que en ocasiones las sanciones se aplicaban sobre actividades educativas, recreativas o deportivas. Según expresó el equipo de dirección, se prioriza la situación de salud mental ante el derecho a la educación, «si es necesario suspender la concurrencia al centro educativo por cuidado, se hace». También señalaron que es importante distinguir cuándo hay una situación de descompensación y cuándo son acciones que buscan transgredir la norma, propias de la edad. Sin embargo, de acuerdo con el relato de las y los adolescentes, la suspensión de actividades está vinculada a sanciones y no a acciones de cuidado de la salud, así como se sufren amenazas en forma recurrente.

«Yo estaba haciendo deportes y me sacaron.»

«Me amenazan que no voy a salir a estudiar si estoy junto a mi novio.»

«Nos amenazan con las cosas que más queremos.»

La mayoría de las sanciones involucran la suspensión de actividades recreativas y lúdicas dentro del establecimiento:

«Sin Play, sin compu, sin salida. El estudio no te lo quitan. No salgo ni a la cancha los fines de semana... La máxima es de siete días.»

«Si te portás mal, siete días sin tele y ayudar a limpiar.»

Cabe agregar que en todos los centros se mencionó que en ningún caso se suspendían las visitas de familiares a los establecimientos, sin perjuicio de las sanciones que se hubiesen aplicado a los residentes. En este sentido, cabe tener en cuenta las recomendaciones establecidas por las *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños* (ONU, 2010), que refieren que en ningún caso debería aplicarse una sanción que limite el contacto del niño, niña o adolescente con miembros de su familia u otros referentes afectivos:

95. Todas las medidas disciplinarias y de control del comportamiento que constituyan tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, incluidas las medidas de aislamiento e incomunicación o cualesquiera otras formas de violencia física o psicológica que puedan poner en peligro la salud física o mental del niño, deben quedar prohibidas estrictamente de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos. Los Estados deben adoptar todas las medidas necesarias para impedir tales prácticas y garantizar su punibilidad conforme al derecho. Nunca debería imponerse como sanción restringir el contacto del niño con los miembros de su familia y con otras personas de importancia especial para él. (p. 16)

Se verificó que en varios establecimientos existía confusión entre conducta violenta y descompensación por una situación de salud mental, por lo cual se aplicaban medidas disciplinarias en situaciones de descompensación, que son actos totalmente involuntarios.

En este sentido, se destaca que en uno de los centros en la segunda visita la dirección planteó que la solicitud de información que el MNP había realizado en la visita anterior les había servido para revisar las prácticas vinculadas a la aplicación de las medidas de contención y su finalidad. Habían visualizado que se aplicaban medidas de contención en sustitución de una sanción por mala conducta. Se realizaron diversas instancias con el personal y con las y los adolescentes para clarificar y diferenciar aquellas situaciones que derivan de una mala conducta de los comportamientos derivados de un trastorno de salud mental. Según las entrevistas con dirección, personal y adolescentes, estas instancias habían permitido la disminución de la aplicación de medidas de contención, aspecto que se comprobó

en los registros. Este planteo recibido en la segunda visita resultó novedoso en tanto incorporó el carácter preventivo que el MNP promueve desde su mandato, al buscar desalentar prácticas de malos tratos. En ese sentido, desde un enfoque de derechos humanos, que busca mejorar la convivencia y prevenir situaciones de malos tratos y respeto de la dignidad humana, este establecimiento reflexionó sobre sus prácticas a partir del pedido de información y la primera visita desarrollada.

Finalmente, se señala la práctica relevada en dos centros como metodología aplicada para que el o la adolescente que ingresaba conociera las reglas y el funcionamiento del centro, y a su vez, el personal del centro valorara el comportamiento del nuevo residente. Dicha metodología incluía tres días de aislamiento en la sala de cuidados especiales. Este lapso variaba con las situaciones, el residente podía no estar en aislamiento ningún día o quedar en esas condiciones por una semana.⁴⁵ Si bien se valora la práctica de generar un proceso de conocimiento mutuo entre el nuevo residente y el centro, en ningún caso dicha práctica de recibimiento debería involucrar el aislamiento y encierro.

El aislamiento y la restricción física pueden autorizarse cuando se trata del único medio disponible para prevenir un daño inmediato o inminente contra sí o contra terceros, y cuando sean empleados por el período de tiempo necesario más corto posible. Solo pueden ser autorizados por un profesional de salud mental acreditado. (OMS, 2006)

Derecho a la intimidad y privacidad: construcción de subjetividad y uso de cámaras de videovigilancia

En este ítem se observa el respeto al derecho a la intimidad y privacidad de los niños, niñas y adolescentes frente a las herramientas utilizadas para la seguridad de las clínicas donde residen.

Todos los establecimientos contaban con cámaras de seguridad instaladas en todos los espacios, excep-

45 Mencionaron la situación de una adolescente que ingresó al centro luego de estar cinco meses en una clínica para situaciones de crisis; como ya tenían referencias, ingresó directamente al cotidiano del centro. En otra situación, que valoraban como muy compleja, la adolescente permaneció una semana en el cuarto de cuidados especiales sin visitas y sin llamadas a familiares o referentes.



Foto 9. Monitor de cámaras de videovigilancia en oficina de administración. Centro para atención en salud mental para compensados.

to los baños, incluidos los consultorios de atención en salud. Según expresaron las direcciones de los centros, las cámaras habrían sido instaladas por mandato verbal del INAU como medida preventiva de eventuales situaciones de violencia.

En diez de los establecimientos, el monitoreo central de las cámaras se realizaba desde la oficina de la dirección y/o de enfermería, pero en la mayoría de las clínicas no contaban con personal permanente para su monitoreo (foto 9). Por lo tanto, la videovigilancia no permitía prevenir situaciones de riesgo para los niños, niñas y adolescentes. En los dos centros restantes el monitoreo se realiza desde los aparatos celulares de dirección, lo que expone la información que allí se registra a terceros que voluntaria o involuntariamente realicen un uso no adecuado de ella. En todas las clínicas se manifestó que la vigilancia por cámaras era una garantía para las y los adolescentes ante situaciones de abuso o malos tratos del personal, ya que el registro audiovisual permitía confirmar o descartar alguna denuncia realizada por las y los adolescentes. En esta línea, la coordinadora de un centro especificó que además era un mecanismo de control del personal.

En las entrevistas a las residentes de una de las clínicas, estas dijeron que se cambiaban de ropa en los dormitorios, ya que les habían dicho que a las cámaras solo accedía el personal femenino. Sin embargo, se constató que personal masculino también accedía a ellas. Algunas adolescentes expresaron su disconformidad ya que consideraban que era «una falta de respeto» y una molestia por sentirse observadas cuando se cambiaban o se vestían después de bañarse, «casi un acoso».



Foto 10. Cámara de videovigilancia en un consultorio. Centro de atención en salud mental para trastornos compensados.

Según expresaron autoridades de INAU⁴⁶, las cámaras en los dormitorios permitirían a los niños, niñas y adolescentes transitar libremente por el establecimiento y acceder a los dormitorios sin que ello constituya un riesgo para sí o para otros. Esto implicaría que el monitoreo de dichas cámaras se realizara por el equipo de salud y que fuera permanente. Asimismo, en varios centros se constató que los dormitorios permanecían cerrados en el transcurso del día (y algunos en la noche).⁴⁷ Por lo tanto, la medida de videovigilancia en los dormitorios carece de sentido con relación al derecho a la salud y lesiona el derecho a la privacidad.

46 Reunión realizada el 26 de noviembre de 2019 de seguimiento de recomendaciones del mnp con autoridades designadas de INAU. En dicha reunión participaron por INAU los directores de las áreas vinculadas a la supervisión de los establecimientos de salud mental de los centros monitoreados.

47 Esta situación se analiza en el tema 4.

Con relación a la ubicación de las cámaras en los consultorios, en la mayoría de los centros las direcciones refirieron que el objetivo es la seguridad del personal de salud frente a posibles descompensaciones de los o las residentes (foto 10). En uno de los centros, se constató que la cámara dentro del consultorio médico estaba dirigida hacia la camilla de examen, lo cual no había sido considerado por la dirección ni por el equipo médico.

Es importante destacar que si bien los niños, niñas y adolescentes que residían en los centros tenían clara la ubicación de las diferentes cámaras de vigilancia, esta información no había sido brindada por el personal del centro. En ningún centro se había explicitado el objetivo y alcance de las cámaras de vigilancia, y las y los residentes desconocían si poseían audio o no.

Según estipula la ley 18.331 de Protección de Datos Personales, el uso de videovigilancia está regido por los principios de protección de datos personales. En ese marco, la finalidad de la videovigilancia debe estar limitada a garantizar la salud de niñas, niños y adolescentes que allí residen, y no a la gestión de los recursos humanos, que deberá contar con otros medios de supervisión (artículo 8). A su vez, se exige contar con el consentimiento informado de las personas que están sometidas a dicha videovigilancia, explicitando su finalidad y alcance (artículo 9). Asimismo, se deben adoptar las medidas para garantizar la seguridad y confidencialidad de datos sensibles, quedando prohibido utilizar medios que no reúnan las condiciones técnicas de seguridad (artículo 10). El monitoreo de las cámaras de vigilancia a partir de los celulares personales del equipo de dirección expone la información que allí se registra a terceros que voluntaria o involuntariamente realicen un uso no adecuado de ella.

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

La utilización de cámaras de vigilancia debe estar supeditada a la no existencia de un medio menos invasivo del derecho de privacidad.

Derecho al acceso a mecanismos de denuncia formales frente a eventuales vulneraciones con garantías de protección

En este apartado se da cuenta de si existen procedimientos para presentar quejas o denuncias, medidas de protección contra repercusiones negativas derivadas de las quejas o denuncias.

En ninguno de los establecimientos existía un mecanismo de denuncias formalmente instalado mediante el cual las y los residentes o sus familiares pudieran denunciar vulneraciones de derechos con garantías y sin que se los expusiera a eventuales represalias. En esos casos, en todos los centros informaron que estaba habilitado el pedido de reunión con el equipo técnico y/o con dirección para hacer los planteos sobre estas situaciones.

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.

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

... la Comisión recomienda que, en el ámbito de los centros y las instituciones se proporcione información y se eduque a los niños sobre sus derechos, en general, y se informe sobre los mecanismos de queja y denuncia existentes, en particular. (CIDH, 2013)

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CDPD)

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.

Tema 2. Derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible

En este tema se aborda el derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible, acorde con lo dispuesto en el artículo 25 de CDPD, y el artículo 24 de la CDN. En dichos artículos se exige que los niños, niñas y adolescentes, así como las personas con discapacidad, accedan a los servicios, programas y atención en salud necesarios para su condición sin ningún tipo de discriminación, con controles periódicos del tratamiento que reciben y las demás condiciones vinculadas a su internación (artículo 25 CDN). Estos servicios deben garantizar el acceso a una atención de buena calidad, que incluya actividades de promoción y prevención, incluso de la salud sexual y reproductiva. Asimismo, deben contar con personal suficiente y calificado. De igual forma se valora el acceso e implementación de programas de rehabilitación, en función de lo establecido en el artículo 26 de la CDPD y el artículo 23 de la CDN, que comienzan en etapas tempranas. Los servicios deben brindar planes de tratamiento, «recuperación» y rehabilitación, con el objetivo de que los y las residentes 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).

A partir de la normativa, se monitorea que exista disponibilidad de establecimientos para el ingreso de los niños, niñas y adolescentes que requieran una atención especializada en salud mental. Se releva que se garantice una atención a la salud física del más alto nivel posible, que dispongan de medicación psicotrópica y se informe a los niños, niñas y adolescentes sobre los tratamientos realizados. Se observa que se garantice un tratamiento, rehabilitación psicosocial y planes individualizados, con participación de los niños, niñas y adolescentes. Se monitorea que se realicen abordajes específicos, así como que se realice abordaje de la salud sexual y reproductiva a partir de un enfoque de infancia y adolescencia. Finalmente, se constata que el establecimiento cuente con personal calificado y ofrezca servicio de salud mental de buena calidad.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN)

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.

Disponibilidad de establecimientos para el ingreso de los niños, niñas y adolescentes que requieran una atención especializada en salud mental

Para confirmar este estándar, se releva que los niños, niñas y adolescentes que requieran un tratamiento en salud mental puedan acceder a él sin sufrir ningún tipo de discriminación. Que el acceso a dicho tratamiento o ingreso a la clínica especializada sea adecuado y accesible para toda la población que lo requiera.

En el monitoreo periódico que realiza el MNP se ha relevado que existen solicitudes de ingreso a centros de

Respecto a la información que los centros tenían sobre los niños, niñas y adolescentes al momento de ingresar, se constató en general un déficit en la cantidad y calidad, así como que esta no se obtenía necesariamente al ingreso del residente

atención en salud mental gestionadas por los centros de 24 horas no especializados cuya respuesta se demora en el tiempo y por lo tanto no se atiende el padecimiento en salud mental de forma adecuada y oportuna.

Asimismo, en los centros de atención en episodios agudos se constató, en los relatos de los residentes, que no todos mantenían consulta con un especialista antes del ingreso o que esta se había efectuado en un tiempo lejano a ese momento. Esta situación supone que existe un tiempo prolongado de espera para ingresar a estos centros, lo que perjudica a los niños, niñas y adolescentes que requieren de una intervención por un episodio de crisis. Se debería realizar una revisión médica periódica que garantice que el ingreso a un centro de atención en salud mental se ajuste al proceso de rehabilitación de cada residente, especialmente que el ingreso a dichos centros corresponda a niños, niñas y adolescentes que estén cursando tal episodio.

A su vez, se observaron órdenes de ingreso a los centros firmadas por médicos especialistas que no contaban con datos fundamentales como fecha y nombre de usuario o con los motivos de derivación que justificaran el ingreso a un centro de atención en salud mental.

Respecto a la información que los centros tenían sobre los niños, niñas y adolescentes al momento de ingresar, se constató en general un déficit en la cantidad y calidad, así como que esta no se obtenía necesariamente al ingreso del residente. Esto puede presentar una dificultad importante, especialmente cuando el traslado se realiza desde otro centro, dado que no permite conocer rápidamente la situación de salud al ingreso, incluida la medicación requerida. Esta situación vulnera el derecho del niño, niña y adolescente al acceso a un nivel adecuado de salud. Es

imprescindible que se cuente con toda la documentación necesaria al momento de efectuarse el traslado.

Los perfiles de la población a atender en cada modalidad de los centros de atención en salud mental están definidos por licitación⁴⁸, sin embargo se constató que en cuatro de los centros ingresan residentes con perfiles que no se adecuan a la modalidad de atención de esos centros. Según explicaron, INAU les solicitaba que integrarían otros perfiles ya que no tenían establecimientos para trasladarlos y el centro no tenía posibilidades de negarse.

En dos de los centros para adolescentes con trastornos compensados, se observaron dificultades en la convivencia diaria debidas a que aún residía población adulta con trastornos severos, la cual presentaba diferentes grados de autonomía y de exigencia en el acompañamiento.

«... los bajitos te atomizan...»

«XX solo pega...»

«... a mí me dan lástima...»

Según lo relevado en el monitoreo, al ingreso de cada residente se realizan una valoración por un psiquiatra y/o por psicólogo dentro de las primeras 48 horas y una consulta con un médico general. También se les solicitan una serie de exámenes paraclínicos de rutina.

A su vez, en dos centros, frente a cada ingreso se realiza un examen físico para descartar o confirmar lesiones y/o parasitosis externas (tales como «piojos, piojos púbicos, sarna, pulgas»). Para este procedimiento debe retirarse el familiar acompañante pero no el funcionario o la funcionaria de INAU que acompañó el traslado. Este tipo de valoración con realización de examen físico es un acto que debe realizar un médico o, en su ausencia, un integrante

del equipo de enfermería. No es oportuno que quien lo realice sea un educador o educadora, ya que no tienen la formación necesaria para ello. Debe tenerse en cuenta además que el examen en cuestión implica la zona pública, lo cual puede herir el pudor del niño, niña o adolescente.

Se garantiza la atención a la salud física del más alto nivel posible

Se observa el acceso y cumplimiento de los controles en salud de los niños, niñas y adolescentes, dentro y fuera del establecimiento, con la realización oportuna de las derivaciones a otros centros. Se trabaja en la educación y promoción, buscando la participación activa de los y las residentes en los temas vinculados a su salud. Asimismo, se evalúa que todos y todas tengan su historia clínica completa, que respete la confidencialidad y a la que puedan acceder.

Los controles de salud de los y las residentes son realizados por el equipo médico del centro, en forma periódica, dando cumplimiento a lo previsto en el pliego de licitación, el cual prevé que se asegure la vigencia del carné de salud del niño, niña o adolescente, con los correspondientes controles médicos y de las vacunas según la edad (INAU, 2019c). Estos controles se encontraban al día en todos los casos observados.

Todos los centros contaban con un espacio destinado a consultorio médico y las consultas con el personal de salud. De todos modos, no todos estos espacios eran adecuados ni acogedores para mantener una consulta, o podían garantizar la privacidad de la consulta, sobre todo por el hecho de poseer cámaras, como se mencionó en el tema anterior.

A su vez, contaban con contratación de servicios de emergencia móvil para las consultas que requerían una valoración en el momento o que se presentaban cuando no se encontraba el médico general o pediatra del centro. Se destaca positivamente el convenio realizado en dos de los centros, los cuales extienden la cobertura de la emergencia móvil a los paseos y cuando concurren a visitar a los familiares.

Las consultas, los controles y el seguimiento de enfermedades son realizados por los especialistas correspondientes en establecimientos de salud externos al centro, ya sea en ASSE o en la División Salud del INAU. Se observaron algunas demoras en el cumplimiento de consultas requeridas con otros profesionales de la sa-

48 Según la licitación de INAU (2019c), la población a atender en los centros de atención integral en salud mental para niños y niñas de 5 a 12 años son niños y niñas portadores de trastorno generalizado del desarrollo, trastorno disruptivo y retardo mental leve o moderado con trastornos conductuales o conductas psicóticas, condiciones que pueden estar asociadas a situaciones de calle, violencia, explotación sexual y consumo problemático de SPA. En los centros de atención integral en salud mental para adolescentes de 12 a 17 años el perfil de la población está conformado por adolescentes portadores de trastornos psicóticos, *borderline*, trastornos del humor, trastornos disruptivos severos, trastornos conductuales, retardo mental leve o moderado, condiciones que pueden estar asociadas a situaciones de calle, violencia, explotación sexual y consumo problemático de SPA. En cambio, el perfil de los centros de atención en episodios agudos se integra por niños, niñas y adolescentes que están transitando episodios agudos, ya sea crisis de excitación, intoxicación, IAE, episodios delirantes agudos, trastornos afectivos.

lud, no se lograba una derivación oportuna o un seguimiento periódico, en algunos casos debido a las demoras del sistema sanitario, pero también por dificultades en la gestión del centro. La coordinación y reserva de las consultas eran realizadas por el equipo de enfermería, y el traslado del niño, niña o adolescente estaba a cargo del personal de atención directa. Si bien el apoyo y acompañamiento en estas instancias es necesario y de utilidad, se deben generar mecanismos que fomenten la participación de los y las residentes en los temas vinculados a su salud, lo cual favorece el desarrollo de su autonomía y genera herramientas para tomar decisiones en la materia.

Los formatos y registros de las historias clínicas eran distintos entre los centros, los había en formato papel y en formato electrónico. Todos los niños, niñas y adolescentes contaban con una historia clínica propia e individual. En los centros donde las historias eran electrónicas, el registro era más ordenado y favorecía la comprensión, por las propias características de este formato, pero también debido a una mayor integración de los diferentes actores del equipo de salud.

En tres de los centros donde el registro se realizaba en papel, se observó que las historias no estaban unificadas, dado que había más de una por cada residente⁴⁹. Esto puede ocasionar dificultades al momento de establecer una comunicación entre las diferentes disciplinas y/o especialidades, al tiempo que puede generar obstáculos en la atención de la salud. En tres de los centros visitados los registros estaban en malas condiciones, desordenados, incompletos (falta de fecha o de firma). Sin embargo, en la segunda visita del MNP a estos centros se constató un progreso y adecuación en la modalidad de registro. La historia clínica es uno de los elementos de mayor importancia para lograr la continuidad del proceso asistencial, tanto dentro del centro como al momento del egreso de la persona, cumpliendo con la normativa nacional.⁵⁰

Respecto a las historias clínicas, se constató que en ningún caso los niños, niñas o adolescentes accedían a ellas o conocían su derecho a hacerlo, como correspon-

de por la ley 18.335, Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud, y su decreto reglamentario.⁵¹

En cuanto a la modalidad de los registros de los profesionales de la salud mental, se constataron en por lo menos tres centros apreciaciones poco adecuadas sobre los pacientes, las cuales poseían adjetivos o referencias a la vida personal de los niños, niñas y adolescentes: «una desgraciada historia de abandono», «lo encontré más gordito de cara y lo encontré con pancita». Las historias clínicas deberían ser respetuosas hacia otros profesionales y hacia el paciente, no contener prejuicios ni valoraciones personales.

La medicación psicotrópica está disponible, se usa adecuadamente y se informa a los niños, niñas y adolescentes sobre los tratamientos realizados

Se observa que el establecimiento disponga de medicación psicotrópica adecuada, asequible y apropiada para el diagnóstico clínico de los y las residentes y que se revise con regularidad. Se releva que los niños, niñas y adolescentes estén informados sobre el propósito de los medicamentos que se ofrecen y sus potenciales efectos secundarios, así como sobre las opciones de tratamiento posibles, alternativas a la medicación o complementarias.

En todos los centros monitoreados se constató que la medicación se encontraba disponible en cantidades suficientes y almacenada en forma adecuada, fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes residentes (foto 11).

La totalidad de la población recibe tratamiento medicamentoso, el cual es indicado por el o la profesional de la salud que corresponde. Se observó que se realiza un seguimiento de las indicaciones, así como la solicitud de la paraclínica correspondiente para el control de la dosis y/o de los efectos adversos en los casos que así lo requieren. En algunos casos se pudo observar que la valoración posterior de los resultados de los controles clínicos y/o paraclínicos no siempre se realizaba oportu-

49 En estos centros se observó una historia donde registraba el equipo médico (médico y/o psiquiatra) y otras para el registro de los y las integrantes del equipo técnico (psicólogo, fonoaudióloga).

50 Decreto 274/010, artículo 29: «El correcto llenado de la historia clínica forma parte de la atención a la salud, siendo de responsabilidad del trabajador de la salud actuante la realización del registro correspondiente de manera completa, ordenada, veraz e inteligible».

51 Decreto 274/010, artículo 35: «El derecho del paciente a la rectificación, actualización, inclusión o supresión de datos, así como a la impugnación de valoraciones personales en su historia clínica, se registrará por lo dispuesto en los artículos 15 y 16 de la Ley n.º 18.331 y el Decreto n.º 414/009 de 31 de agosto de 2009».



Foto 11. Armario de enfermería con medicación para residentes. Centro para atención en salud mental para compensados.

tunamente. Las indicaciones estaban correctamente registradas en las historias clínicas, así como su cumplimiento.

En uno de los centros de atención en salud mental para niños y niñas, se constató que la población recibía tratamiento con múltiples fármacos y dosis en el límite superior, hecho que fue confirmado por el profesional del centro.

80 A su vez, en otro establecimiento se estaba realizando la revisión de la medicación ya que la totalidad de la población había sido trasladada desde otro centro que había rescindido recientemente su contrato con el INAU.

Es importante destacar que en la primera visita que realizó el MNP a uno de los centros se observó que en algunas situaciones los y las adolescentes tenían tratamientos con altas dosis, sin superar las dosis máximas admitidas. A partir de dicha constatación, el centro efectuó una revisión y ajuste de la medicación psicotrópica. En la segunda visita, se corroboró que se había realizado dicho ajuste y los efectos en los y las adolescentes eran positivos, lo cual se manifestaba en su capacidad de expresión, vinculación y relacionamiento con el resto de los y las residentes.

En todos los centros la medicación es preparada y suministrada por un responsable del personal de enfermería. Excepto en uno de los centros, donde la enfermera concurre dos veces al día para administrar la medicación y el personal de atención directa se encarga de suministrar las dosis que quedan por fuera de ese horario.

Por otra parte, en dos centros se constataron determinadas dificultades⁵² al momento de suministrar la medicación; no se lograba una técnica segura y apropiada, lo que ameritó realizar un oficio con dicha recomendación a INAU. En visitas posteriores, se constató que el centro había implementado medidas tendientes a dar respuesta a la recomendación.

Se observó que frente a situaciones estresantes o de angustia de los y las residentes, en varios centros la medicación era la primera y única respuesta. A modo de ejemplo, en dos establecimientos, en el momento de la visita del MNP, se observó que ante una situación de angustia de un adolescente la encargada de dirección como única medida ordenó adelantar la medicación.

En las entrevistas mantenidas con los niños, niñas y adolescentes se verificó que la mayoría no poseían conocimiento de los medicamentos que se les suministraban ni cuál era el motivo por el cual debían tomarlos. Algunos describían la medicación por los colores y varios expresaron que si bien les habían explicado para qué servía cada medicación, no lo retenían o no querían tener conocimiento.

«La amarilla es para ayudarme a...»

«Me agregaron una azul...»

«Nunca nadie me dijo para qué tomaba esta o aquella pastilla.»

«No, para qué saber... Yo tomo lo que me dan.»

«Yo no pregunto.»

«Medicina para curarme de la cabeza.»

Si bien todos los niños, niñas y adolescentes tenían indicación de tratamiento farmacológico, en muy pocas situaciones presentaban otros tratamientos alternativos o complementarios. Se entiende que la medicación es una parte del tratamiento de los padecimientos mentales, pero no se debe configurar como la única, debe

52 Entre las dificultades, se constató que el personal de enfermería era escaso para brindar la atención necesaria, lo cual generaba inconvenientes para suministrar la medicación a los y las residentes.

DECRETO 274/010 REGLAMENTARIO DE LA LEY N° 18335 DERECHOS Y OBLIGACIONES DE PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Artículo 18 del Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a que se le brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades. En todos los casos, tendrán derecho a ser oídos y a obtener respuestas a sus interrogantes y sus opiniones deberán ser debidamente tenidas en cuenta en función de su edad y madurez.

Corresponde al profesional de la salud actuante la valoración del grado de madurez y de capacidad natural del niño, niña o adolescente, considerando el tipo de procedimiento de atención a su salud de que se trate. Deberá tenerse en cuenta la competencia del niño, niña o adolescente para comprender la situación planteada, los valores en juego, las posibles opciones y sus consecuencias previsibles.

coexistir con otras intervenciones. Esta complementariedad en el abordaje de los padecimientos mentales se vuelve necesaria para lograr un tratamiento integral.

Se garantizan el tratamiento, la rehabilitación psicosocial y planes integrales e individualizados con participación de los y las residentes

Se releva que en los centros existan planes integrales e individualizados que aborden la *rehabilitación* e incluyan las metas y objetivos sociales, médicos, laborales y educacionales para la «*recuperación*», con la participación de las y los residentes para su elaboración.

En la ley 18.651, Protección Integral de Personas con Discapacidad (publicada en marzo de 2010), el artículo 4 trata a la rehabilitación integral como un «... proceso total, caracterizado por la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, psicológicas, educativas y laborales, para adaptar o readaptar al in-

dividuo, que tiene por objeto lograr el más alto nivel posible de capacidad y de inclusión social de las personas con discapacidad, así como también las acciones que tiendan a eliminar las desventajas del medio en que se desenvuelven para el desarrollo de dicha capacidad».

Se debe pensar la rehabilitación en el marco de la Ley de Salud Mental (19.529), la cual en su artículo 21 establece que las estrategias de implementación deben estar orientadas al logro de una mejor calidad de vida, procurando procesos accesibles, adaptados a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental, con el fin de mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital.

En todos los establecimientos se relevó que existían *programas de atención integral (PAI)*⁵³ para los y las residentes, pero diferían en calidad según el centro y la modalidad de atención. Se constató que el registro de las metas y objetivos del plan de rehabilitación es un ítem que no siempre se incorpora. En uno de los centros se observó una planificación acotada a tres meses, sin una mirada de intervención a largo plazo.

La gran mayoría de los niños, niñas y adolescentes que residen en estos centros desconocen el tratamiento, los objetivos, los plazos u otros posibles planes terapéuticos que los ayuden a su rehabilitación. Únicamente identificaban como parte del tratamiento la medicación y la consulta con los técnicos. En solo un centro los residentes participaban en su plan de rehabilitación.⁵⁴

Esto respondía a una modalidad de los centros de no informar ni buscar un proceso que involucre a los niños, niñas y adolescentes en sus diagnósticos, tratamientos y procesos de rehabilitación. En aquellos centros donde se informó que trabajan con los niños, niñas y adolescentes sobre estos puntos, se constató que el proceso aún no era suficiente para que los y las residentes fueran parte activa de sus respectivos procesos de recuperación.

53 Los Programas de Atención Integral (PAI) son una herramienta de trabajo exigida por INAU para el registro de la intervención socioeducativa de los niños, niñas y adolescentes que están integrados al sistema de protección.

54 En este centro se relevó que el plan de rehabilitación es revisado y ajustado con las y los adolescentes, sin embargo, la toma de decisiones la realizan los adultos. La dirección plantea que «la responsabilidad del tratamiento es de todos» y por lo tanto se considera fundamental que las y los adolescentes conozcan su tratamiento y puedan realizar evaluaciones periódicas de sus avances.

LEY 19.529 SALUD MENTAL

Artículo 6 (Derechos).

La persona usuaria de los servicios de salud mental tiene derecho a:

F) Recibir información completa y comprensible inherente a su situación, a los derechos que la asisten y a los procedimientos terapéuticos incluyendo, en su caso, alternativas para su atención.

El artículo 6 en el ítem F de la ley 19.529 (Salud Mental) establece que los usuarios de salud mental tienen derecho a que se les brinde información completa y en términos comprensibles, según su situación, referente a sus derechos, a los procedimientos terapéuticos y a las distintas alternativas para su atención. En el mismo sentido, el decreto reglamentario de la Ley de Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud enuncia que los niños, niñas y adolescentes «tienen derecho a que se les brinde información sobre los procedimientos de atención a su salud, en términos adecuados a su edad y a la evolución de sus facultades».

En líneas generales, los tratamientos no integran las características y necesidades propias de los niños, niñas y adolescentes, prima la concepción de patología antes de considerar la etapa vital en que se encuentran. Por ejemplo, la necesidad de estar solos, las angustias propias del desarrollo, el poder rebelarse, la frustración y las autorregulaciones, etcétera, son condiciones tratadas a partir de la enfermedad. Esto es transmitido a los niños, niñas y adolescentes, quienes reprimen sus sentimientos o interiorizan que su internación y egreso dependen de su comportamiento, lo que se vincula a sentimientos de culpa o responsabilidad.

«Yo trato de no llorar, porque si no me dan medicación.»

«No digo cuando estoy triste.»

«Yo tengo que cambiar.»

«Cuando mejore mi conducta me voy.»

«Estoy aquí porque me porto mal.»

Se observó que en ningún centro se logra un proceso de rehabilitación como lo sugieren la Convención de los Derechos del Niño, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la ley 18.651 (Protección Integral de Personas con Discapacidad) y la ley 19.529 (Salud Mental), principalmente debido a la ausencia de conocimiento y participación de los niños, niñas y adolescentes en el desarrollo de los procesos, a la falta de integración entre lo sanitario, educativo, social y familiar, así como a aspectos de la propia institucionalización.

La atención en salud mental de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en el sistema de protección de 24 horas deberá acompañar el cambio de paradigma, de manera que la recuperación sea en el ámbito comunitario, fomentando la inclusión social y brindando una diversidad de tratamientos en los que los residentes sean partícipes, asentada en un modelo de atención basada en los derechos.

Garantías de abordajes específicos en problemáticas identificadas en niñas, niños y adolescentes

Se monitoreó la existencia de mecanismos de abordaje específicos en lo que respecta a la atención, tratamiento y apoyo a niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de estupefacientes, víctimas de abuso sexual, explotación, violencia y maltrato.

Como fue mencionado⁵⁵, el 61 % de los niños, niñas y adolescentes que se encontraban en los centros de salud mental habían requerido una medida de protección ante una experiencia de violencia o abuso en el contexto familiar. Este dato fue constatado durante las visitas, en las que se recabó información sobre las principales problemáticas de la población que habían motivado el ingreso al sistema de protección. Entre las problemáticas más visualizadas están las situaciones de maltrato y abuso familiar, trata, consumo problemático de sustancias, explotación sexual.

Todos los centros reconocían el elevado porcentaje de estas vulneraciones en los niños, niñas y adolescentes que en ellos residen, así como el daño que generan estas experiencias traumáticas en su vida y su salud. Sin embargo, no contaban con recursos para desarrollar

55 En el capítulo IV: «La infancia que no queremos ver. ¿Quiénes son los niños, niñas y adolescentes que están en clínicas de atención en salud mental?».

intervenciones específicas en todos los casos, si bien mencionaron la intención de realizar articulaciones con otras instituciones vinculadas a la temática.

En los informes del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (ONU, 2015, 2016) se retoman investigaciones que sustentan que las adversidades y los hechos traumáticos vividos durante la infancia tienen efectos perjudiciales sobre la salud mental. El estrés tóxico, los malos tratos en las familias y las relaciones íntimas, la colocación de niños de corta edad en instituciones, el acoso escolar, el abuso sexual, los malos tratos físicos y psicológicos de los niños y la pérdida de uno de los progenitores afectan negativamente el desarrollo cerebral y la capacidad de entablar relaciones saludables.

En este sentido es que el pliego de licitación de INAU (2019c) recomienda que ante la detección de situaciones de violencia y/o explotación sexual se coordinen estrategias de atención con servicios de atención especializada por medio del Programa de Intervenciones Especializadas. Sin embargo, en los relatos de los niños, niñas y adolescentes se observó que el abordaje que algunos recibieron podía revictimizarlos por tratarlos de modo superficial.

«El psicólogo me dice que “tiempo pasado pisado” y que tengo que salir para adelante, que me hago la víctima.»

Según refieren los técnicos entrevistados, el ingreso de niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de sustancias psicoactivas es cada vez más frecuente. La ley 19.529 de Salud Mental refiere, en el artículo 5, que el consumo problemático de sustancias psicoactivas, dada su naturaleza multidimensional, será abordado en el marco de las políticas de salud mental desde una perspectiva integral que incluya la reducción de riesgos y daños, la atención psicosocial, la integración educativa y laboral, la gestión del tiempo libre y el placer y la atención de los vínculos con referentes socioafectivos en los ámbitos familiar y comunitario. No obstante, los centros lo identifican como una problemática de difícil abordaje, asumen no contar con herramientas en los equipos y entienden que la atención ambulatoria es prácticamente inaccesible. En los relatos de los y las residentes se relevó que existe un consumo problemático de sustancias que no es abordado por la propuesta de los centros.

No hay dudas de que las situaciones traumáticas por las que atraviesan durante su infancia y adolescencia generan procesos de sufrimiento que impactan negativamente en su salud mental, lo cual se reafirma al analizar los datos mencionados. En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño hace referencia a la atención especial que requieren los y las adolescentes que «pueden verse especialmente afectados por múltiples factores de vulnerabilidad y violaciones de derechos, como la discriminación y la exclusión social. Todas las medidas adoptadas en relación con las leyes, las políticas y los programas centrados en los adolescentes deben tener en cuenta la concurrencia de violaciones de derechos y sus efectos adversos añadidos para los adolescentes afectados» (Comité de los Derechos del Niño, 2016). Por lo tanto, se vuelve fundamental que los centros tomen en cuenta las múltiples vulneraciones de derechos e implementen estrategias para un abordaje integral de estas situaciones a fin de implementar un adecuado proceso de salud y recuperación.

Se garantiza el abordaje de la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de infancia y adolescencia

En este criterio se observa el abordaje técnico que se realiza de la salud sexual y reproductiva con un enfoque de derecho al goce, la satisfacción y gratificación sexual.

En la amplia mayoría de los centros se constató una evidente dificultad para incorporar una planificación que incluya los derechos sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes con un enfoque integral que contemple la promoción, educación, información, y no solo se imponga una mirada exclusivamente sanitaria asistencial. Si bien en siete centros reseñaron diferentes estrategias tales como realizar talleres sobre la temática buscando una participación activa de los y las residentes, o la concurrencia a consultas en la División Salud del INAU, no se identificó que fueran consideradas por los y las residentes como aspectos de promoción.

En cuatro centros no se habían planteado trabajar con temáticas de sexualidad y reproducción como un tema prioritario. Asimismo, en ninguno de los centros se identificaron líneas de trabajo para abordar la identidad de género y orientación sexual de los y las adolescentes, sino que relataron que solo abordaban la

temática cuando ellos y ellas lo demandaban o cuando estaban ante situaciones en las que se veían obligados a abordarla.

Se relevó que mayoritariamente la educación sexual se enfoca en las niñas y adolescentes mujeres, particularmente para abordar el tema anticoncepción, y se deja de lado la construcción afectivo-sexual⁵⁶. En varios establecimientos se indicaba a las niñas y adolescentes la utilización de un método anticonceptivo desde la menarca. En uno de ellos no se impulsaba una elección libre e informada de las adolescentes entre los diferentes métodos anticonceptivos, sino que se insistía en que se utilizara alguno de los métodos, como imposición.

El MNP destaca la importancia de que los niños, niñas y adolescentes sean involucrados y protagonicen las medidas que se toman respecto a su salud sexual y reproductiva y se les brinde la mayor cantidad de herramientas posible para la toma de decisiones de forma autónoma, según su edad y grado de madurez.

Según los datos relevados, en cinco de los centros no se habilita la posibilidad de mantener una relación de noviazgo, y en uno de ellos, frente a situaciones de relacionamiento se sanciona a la adolescente. A su vez, en tres centros, durante las entrevistas, los y las adolescentes refirieron que mantenían relaciones sexuales a escondidas dentro del predio, sin un trabajo preventivo en esta área.

De los relatos de las jóvenes y adolescentes se desprenden situaciones que se pueden constituir en desigualdades de género, con una impronta marcada por estereotipos.

84

«Si un varón está con una nena, la sanción es sobre la mujer.»

«XX [la directora del centro] nos dice que somos las niñas de ella y que no podemos hacer eso.»

«Nos dicen que [las mujeres] no pueden usar short, ni Prili, ni vaquero porque los pibes se alzan.»

«El psicólogo me dice que si sigo de novia con XX me va a dejar encerrada una vez al mes.»

56 Se trata de elementos importantes para el pleno desarrollo de la persona en sus diferentes etapas, así como la forma de establecer los vínculos, trabajar temas de igualdad de género, noviazgo sin violencia, además de ser una posibilidad de trabajar preventivamente situaciones de abuso y violencia sexual, entre otros.

Se relevó que mayoritariamente la educación sexual se enfoca en las niñas y adolescentes mujeres, particularmente para abordar el tema anticoncepción, y se deja de lado la construcción afectivo-sexual

Considerando que la violencia basada en género es un componente de riesgo para la salud física y mental de las mujeres, y que es una de las principales causas de muerte y lesiones en nuestro país, se deberían generar espacios que brinden herramientas para la prevención de este tipo de violencia, específicamente con acciones de reparación a aquellas residentes que la hayan sufrido. La promoción de noviazgos libres de violencia es esencial en la atención en salud mental, sin embargo no se observó en los centros un abordaje claro de la temática.

En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño (2016), en la observación 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, establece que es necesario adoptar «políticas de salud sexual y reproductiva para los adolescentes que sean amplias, incluyan una perspectiva de género, sean receptivas a las cuestiones relativas a la sexualidad», y subraya que «el acceso desigual de los adolescentes a la información, los productos básicos y los servicios equivale a discriminación. [...] Todos los adolescentes deben poder acceder a servicios, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en línea o presenciales, gratuitos, confidenciales, adaptados a sus necesidades y no discriminatorios, que deben cubrir, entre otros asuntos, la planificación familiar, los métodos anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos de emergencia, la prevención, la atención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el asesoramiento, la atención antes de la concepción, los servicios de salud materna y la higiene menstrual» (Comité de los Derechos del Niño, 2016).

A nivel nacional, la ley 18.426, Sobre Salud Sexual y Reproductiva (publicada en diciembre de 2008), establece dentro de sus objetivos generales garantizar la

confidencialidad, incorporar la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias, y asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas (artículo 2).

El establecimiento cuenta con personal calificado y ofrece servicios de salud mental de buena calidad

Se relevan como criterios estándar que los establecimientos cuenten con personal suficiente y capacitado para proporcionar consejería, rehabilitación psicosocial, información, educación y apoyo a los y las residentes y a sus familias. Asimismo, que cuenten con equipos multidisciplinarios que trabajen en forma coordinada para un abordaje integral de la atención de los y las residentes.

En cuanto a la formación de los recursos humanos que se desempeñan en los equipos de dirección, técnicos y de atención sanitaria, se constató que todos los centros monitoreados contaban con los profesionales requeridos en la mencionada licitación (INAU, 2019c). No obstante, se corroboró que al menos en dos empresas que tienen la gestión de más de un centro el personal técnico y sanitario desempeña tareas en los diferentes establecimientos. La superposición de cargos observada hace suponer que no se cumplía con la carga horaria estipulada para cada centro, y por lo tanto se podía ver afectada la calidad de atención de los y las residentes.

En cuanto a los recursos destinados a la atención directa, se relevó que los equipos estaban integrados por educadores especializados, auxiliares de enfermería y/o personal sin formación específica. Entre quienes desempeñan roles de educadores, un 53,7 % tienen como máximo nivel alcanzado educación media completa o incompleta, según el censo UNICEF-INAU. Se constató en las entrevistas realizadas a estos que sus prácticas cotidianas eran más cercanas a acciones de control y/o de supervisión, y varios reconocieron haber ingresado a desempeñar tareas sin poseer experiencia previa.

Para el MNP, la formación del personal de atención directa es fundamental para cumplir con los objetivos y propósitos de cada centro según la modalidad de atención. Se reconocen las dificultades que plantea la

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA-LEY 17.823

Artículo 11 bis

(Información y acceso a los servicios de salud).- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

realización de tareas para las cuales no se cuenta con una formación ni capacitación específica, lo que podría afectar el acompañamiento y la rehabilitación socioeducativa, con el consecuente predominio de un trabajo de control y seguridad.

Asimismo, se verificó que en las clínicas monitoreadas se utiliza, en un alto porcentaje, a auxiliares de enfermería como personal de atención directa, pese a que estos carecen de formación para el trabajo socioeducativo. Esto fundamenta la importancia de que en los centros de salud mental, en sus distintas modalidades, los roles del personal de enfermería y del educador estén claramente definidos e integrados al equipo técnico del centro para lograr una atención integral de los niños, niñas y adolescentes.

Otro elemento que impacta negativamente en la calidad de atención son las dimensiones de los establecimientos. Se constató que los centros mantienen una población de entre 14 y 54 residentes, por lo que se constituyen en establecimientos de grandes dimensiones, hecho que afecta el cumplimiento de los objetivos de rehabilitación. Según las *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños* (ONU, 2010), los centros de residencia deberían ser pequeños y brindar un entorno lo más cercano posible al ámbito familiar.

Se constató una alta rotación de personal, que dificulta la generación y sostenimiento de vínculos significativos y estables para los niños, niñas y adolescentes, y en algunos casos podría generar niveles de desconfianza e inseguridad.

Se reconocen las dificultades que plantea la realización de tareas para las cuales no se cuenta con una formación ni capacitación específica, lo que podría afectar el acompañamiento y la rehabilitación socioeducativa, con el consecuente predominio de un trabajo de control y seguridad.

«Antes estaba XX, era buena gente con nosotros, pero no resistió y se fue.»

Con relación a la atención psicológica, esta se despliega en el mismo espacio donde residen y conviven los niños, niñas y adolescentes y donde transcurre su vida cotidiana. Solo un número mínimo de residentes tienen un espacio psicológico fuera del centro. Este aspecto afecta directamente la posibilidad de establecer un abordaje clínico apropiado, por lo que se debería procurar que se recurra a profesionales ajenos. Esto requeriría la continuidad del proceso sin perjuicio de los traslados de centros que pudieran experimentar niños, niñas y adolescentes. En este sentido, se constató que los tratamientos ambulatorios se ven obstaculizados por los escasos recursos existentes en la comunidad, que determinan que los plazos para concretar las consultas con especialistas no siempre se ajustan a las necesidades.

86

Todos los centros contaban con profesionales en psiquiatría que realizaban los controles en forma periódica, según lo establecido en la licitación (INAU, 2019c). A pesar de dar cumplimiento a dichas indicaciones, los controles en salud mental no pueden establecerse en forma general para todos los y las residentes, ya que la periodicidad depende de múltiples factores, por tanto deben ser pensados para cada niño, niña y adolescente en particular.

Si bien en todos los centros se informó que existía un fácil acceso a psiquiatría, no era entendido así por los y las residentes, dado que frecuentemente se desprendía de las entrevistas que no conocían o no podían identificar quién era su psiquiatra tratante.

A pesar de las capacitaciones implementadas en los centros, se evidenció que los equipos profesionales y de

LEY 19.529 DE SALUD MENTAL

Artículo 20. (Salud y capacitación de recursos humanos).

Se garantizará que los trabajadores que integren los equipos asistenciales de salud mental tengan la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que componen el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas.

atención directa entrevistados presentaban debilidades en el conocimiento de los derechos humanos, específicamente de los derechos de las personas con discapacidad, y en general falta de visualización de la importancia de tener presente este marco a la hora de desarrollar la atención y la práctica cotidiana.

Es importante señalar que el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 (MSP, 2020), en concordancia con la Ley de Salud Mental, plantea que «[e]l personal de salud constituye uno de los pilares del sistema para garantizar una atención adecuada y de calidad. La formación y educación continua de los trabajadores de la salud debe ir alineada con cambios de paradigmas y de modelo de atención» (p. 64).

En este marco, destacamos el rol que debería asumir INAU en el liderazgo de la implementación de un nuevo paradigma en la atención en salud mental. En este sentido, es fundamental el cumplimiento de su rol de supervisión de los centros, particularmente con relación a la evaluación de los proyectos y los planes de capacitación a través del Programa Intervenciones Especializadas.

Tema 3. Derecho a la libertad y seguridad de la persona y a la libertad de opinión en todo lo que le concierne

La existencia de una discapacidad no justifica en ningún caso la privación de libertad (artículo 14 CDPD), así como ningún niño, niña o adolescente puede ser

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN)

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: b) Ningún niño sea privado de su libertad ilegal o arbitrariamente. La detención, el encarcelamiento o la prisión de un niño se llevarán a cabo de conformidad con la ley y se utilizará tan solo como medida de último recurso y durante el período más breve que proceda.

privado de su libertad ilegal o arbitrariamente (artículo 37 CDN). El Estado debe efectuar un examen periódico del tratamiento y de las circunstancias en las que se realiza una internación, con el fin de atención, protección o tratamiento de la salud física o mental de niños, niñas o adolescentes (artículo 25 CDN). El ar-

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.

título 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. Con este marco jurídico como referencia y a partir de los estándares desarrollados por el Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS, se constata que existen procedimientos y resguardos para evitar la detención e internación indebidas de niñas, niños, adolescentes y adultos en clínicas de salud mental. Se monitorea que los niños, niñas, adolescentes y adultos que residen en los centros de atención en salud mental tengan acceso a información clara y completa con relación a sus derechos, evaluación, diagnóstico, opciones de tratamiento y «recuperación» y que su opinión sea tenida en cuenta en las decisiones que les conciernen. Existen mecanismos que garantizan que los niños, niñas y adolescentes sean informados y participen en los asuntos concernientes a su tratamiento

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

En este apartado se analiza lo relevado en cuanto a que a los niños, niñas y adolescentes que residen en un centro de atención en salud mental se les haya proporcionado información clara y completa respecto a su diagnóstico, la decisión de internación en dicho centro y las opciones alternativas. También se observa que para dicho proceso hayan contado con el acompañamiento de su familia o referente afectivo, así como que haya sido tomada en cuenta su opinión. Asimismo, se observa que la participación de los niños, niñas y adolescentes sea incluida en las decisiones de la vida diaria.

En los 12 centros de atención en salud mental monitoreados se constató que niños, niñas o adolescentes son trasladados sin previo aviso ni preparación e incluso mediante engaños.

Desde el relato, los niños, niñas y adolescentes manifiestan sentimientos de desconcierto, angustia y bronca ante estas situaciones. A su vez, se relevó que sus familias tampoco tenían conocimiento de la resolución de internación en una clínica de salud mental, por lo tanto no habían podido despedirse.

«... al subir a la camioneta vi mi ropa, pregunté para qué la llevaba si iba a sacarme sangre.»

«Me dijeron que me preparara, que en unos días íbamos a dar una vuelta. Como la educadora estaba armando el bolso, arreglando la ropa, [...] Me di cuenta y les pedí para ir a ver a mi familia. Así que me despedí de ellos. Cuando llegué en la camioneta desde XX estaba recaliente...»

«Me dijeron que iba de paseo y me trajeron acá. Estuve mucho tiempo enojado...»

«No pude ni despedirme de mi familia, no sabía que me iban a internar acá.»

Según los relatos de las autoridades, los técnicos de los centros y de los propios residentes, con frecuencia los niños, niñas o adolescentes que llegan del interior del país son trasladados con engaños. Asimismo, se relevó una situación en la que el traslado se había efec-

tuado desde otra clínica de atención en salud mental y el engaño había sido promovido por uno de los profesionales de la salud actuantes: «Hace un mes ingresó un niño que venía de la clínica XX (clínica de agudos). Vino con el psicólogo de la clínica y su madre. Tanto la madre como el psicólogo le dijeron que venía a la escuela y él entró buscando a la maestra».

Los técnicos expresan malestar frente a estas situaciones que los enfrentan a un período de adaptación en condiciones poco adecuadas y que repercute negativamente en su estabilidad emocional.

Cualquier derivación de un centro a otro debería incorporar la participación de los niños, niñas y adolescentes, así como de su familia y/o referentes afectivos, según lo explicita el *Manual de procedimientos para el sistema de protección integral 24 horas*, del INAU (2019a).

En este sentido, es fundamental que los traslados se realicen garantizando el derecho de los niños, niñas y adolescentes a estar informados y expresar su opinión en todos los asuntos que los afecten, según lo estipula el artículo 12 de la CDN.

Asimismo, la participación de niñas, niños y adolescentes en las decisiones del cotidiano es sustantiva para su desarrollo. En este sentido, solo en dos centros se relevaron experiencias de actividades deliberativas en las que los y las adolescentes podían expresar sus opiniones y estas eran tomadas en cuenta con algún grado de incidencia en la convivencia en el centro (asambleas). Sin embargo, en líneas generales se constató que no se integra la voz de los niños, niñas y adolescentes en decisiones tales como la distribución de las camas, la ropa a utilizar, los horarios para la rutina diaria, entre otras.

La integración y participación de niños, niñas y adolescentes en decisiones que los afectan es un mojón importante para entender el paradigma de la protección integral que propone la CDN.

Al decir del Comité de los Derechos del Niño en la OG 12, se entiende a la Participación en un sentido amplio «para describir procesos permanentes, como intercambios de información y diálogos entre niños y adultos sobre la base del respeto mutuo, en que los niños puedan aprender la manera en que sus opiniones y las de los adultos se tienen en cuenta y determinan el resultado de esos procesos». (CRC, 2009, p. 5)

Existen procedimientos y resguardos para evitar la detención y el tratamiento de niñas, niños y adolescentes sin el consentimiento libre e informado

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. Asimismo, se constata que se realicen los procedimientos establecidos que garantizan que los niños, niñas y adolescentes no sean privados de su libertad de forma ilegítima o arbitraria.

La Ley de Salud Mental regula la hospitalización en su artículo 24, la define como un recurso terapéutico, de carácter restringido, por el plazo más breve posible, aplicable solamente en aquellos casos en que aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones que pudieran realizarse en el entorno familiar, comunitario y social. Asimismo y para el caso de disponer este tipo de intervenciones, reafirma la necesidad de promover el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y el entorno laboral y social.

En este sentido y para el caso de niños, niñas y adolescentes, la referencia a los vínculos familiares adquiere una relevancia central, dado lo establecido en el artículo 12 del CNA que dispone el derecho al disfrute de sus padres y familia, entendiendo este como el entorno adecuado para el mejor logro de la protección integral.

La Ley de Salud Mental en su artículo 27 dispone dos requisitos para la hospitalización que se deben cumplir necesariamente:

- A. Evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico.
- B. Obtención del consentimiento informado de la persona o de representante legal cuando corresponda, tramitado según lo dispuesto en el artículo 23 de la presente ley. (Uruguay, 2017, art. 27)

En el artículo 23 de la Ley de Salud Mental, el consentimiento informado es un requisito para la realización de las intervenciones biológicas y psicosociales propuestas en la estrategia terapéutica. Se dispone que para el caso de niños, niñas y adolescentes es necesario obtener el consentimiento informado del pa-

LEY 19.529 SALUD MENTAL

Artículo 24 (Hospitalización).

La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restringido, deberá llevarse a cabo solo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible.

Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos con fundamentos técnicos reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en hospital o sanatorio general y en el caso de niñas, niños y adolescentes en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales.

En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda.

Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas.

dre, madre o tutor y de acuerdo a la edad y condición mental del sujeto, se solicitará su consentimiento. El consentimiento informado en niños, niñas y adolescentes refiere al concepto de autonomía progresiva, desarrollado en el artículo 5 de la CDM y en el artículo 8 del CNA. Ambos establecen que el ejercicio de sus derechos es progresivo en virtud de la evolución de sus facultades. De esta forma, el consentimiento informado implica no solo brindar información suficiente, continua y en lenguaje comprensible, sino tomar en consideración la opinión del niño, niña o adolescente. El peso de estas opiniones debe estar mediado por la situación particular, en la que los principios de autonomía progresiva y el interés superior adquieren una importancia fundamental. Asimismo y en aquellos ca-

LEY 19.529 SALUD MENTAL, PUBLICADA 19/09/2017

Artículo 23 (Consentimiento informado).

- Se requerirá el consentimiento informado de la persona para la realización de las intervenciones biológicas y psicosociales, propuestas en la estrategia terapéutica, el que deberá ser obtenido de conformidad y con las garantías y excepciones dispuestas por el artículo 11 de la Ley n.º 18.335, de 15 de agosto de 2008, la presente ley y demás normativa aplicable. En el caso de niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales se requerirá el consentimiento informado del padre, madre o tutor y de acuerdo a la edad y condición mental del sujeto, se solicitará su consentimiento.

Es obligación de los profesionales intervinientes brindar información sobre la naturaleza del trastorno mental, diagnóstico y tratamiento propuesto, beneficios esperados y posibles riesgos de este, eventualidad de hospitalización, condiciones y finalidad de la misma.

La información deberá ser suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona, teniendo en cuenta su singularidad biopsicosocial y cultural. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Artículo 5.

Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA LEY 17.823

Artículo 8.

Todo niño y adolescente goza de los derechos inherentes a la persona humana. Tales derechos serán ejercidos de acuerdo a la evolución de sus facultades, y en la forma establecida por la Constitución de la República, los instrumentos internacionales, este Código y las leyes especiales. En todo caso tiene derecho a ser oído y obtener respuestas cuando se tomen decisiones que afecten su vida. Podrá acudir a los Tribunales y ejercer los actos procesales en defensa de sus derechos, siendo preceptiva la asistencia letrada.

En los casos en que el consentimiento no pueda ser dado válidamente, es fundamental la participación de los referentes familiares, por lo que cobran una importancia central los institutos de representación.

En el monitoreo se verificó que solo uno de los establecimientos utiliza un documento que oficia de *consentimiento informado*, el cual se entrega al ingreso y debe ser firmado por los o las adolescentes. En dicho documento se explicita que aceptan el tratamiento y medicación psiquiátrica, sin brindar la información necesaria sobre estos. Se menciona que están de acuerdo con la posibilidad «de tener que recurrir a

medidas como darme inyectables, tener que separarme en un cuarto de contención o tener que sujetarme a la cama...» (fragmento del documento a firmar por los adolescentes). Este documento no se puede considerar consentimiento informado ya que no cumple con los requisitos necesarios de validez ni de garantías, al ser un registro genérico que no informa los aspectos mínimos establecidos en la Ley de Salud Mental (diagnóstico, tratamiento, beneficios, riesgos, etc.). Tampoco da cuenta de un proceso de intercambio entre los y las residentes

y el equipo de salud, ni registra quién solicita el consentimiento, es decir, quién se encarga de informar debidamente a la persona.

El mismo centro cuenta con un documento titulado *Información para familiares*, en el que se presentan las reglas del centro y se aclara que deberán ser cumplidas si el o la joven va a pernoctar o salir con un familiar. Sin embargo, el documento concluye exigiendo la firma del familiar y autorizando el «uso de las medidas de contención señaladas en caso de necesidad».

Para el caso de internaciones involuntarias, el artículo 30 de la Ley de Salud Mental establece dos requisitos que estas deben cumplir:

- A. Existe riesgo inminente de vida para la persona o para terceros.
- B. Esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizar pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que solo pueda aplicarse mediante la hospitalización. (Uruguay, 2017, art. 30)

Las clínicas de atención a episodios agudos están diseñadas específicamente para el tratamiento de situaciones de crisis agudas en las que se inscribe el riesgo inminente de vida. Por lo tanto, para estas situaciones, el INAU dispone de un cupo de internación para 52 niños, niñas y adolescentes. Según la información presentada por las clínicas⁵⁷, solo un 13 % de las internaciones se realizan por orden judicial de acuerdo a lo que se dispone para las internaciones involuntarias. Sin embargo, reconocen que la mayoría de las internaciones que se realizan en dichas clínicas son involuntarias aunque no se realizan los procedimientos establecidos en la normativa nacional.

En el caso de las internaciones de niños, niñas y adolescentes, la Ley de Salud Mental remite al CNA (ver recuadro «Vacío legal en el procedimiento para la aplicación de las internaciones involuntarias de niños, niñas y adolescentes»), el que estipula que dicha medida debe ser tomada como último recurso y que la resolución judicial debe fundarse en dictámenes especializados de profesionales competentes en salud. Asimismo, el INAU

La internación prolongada en clínicas diseñadas para la atención de episodios agudos vulnera múltiples derechos que se encuentran establecidos tanto en la normativa internacional como en la nacional.

podría aplicar dicha medida ante indicación médica y psicológica, la cual será informada inmediatamente al juez competente.

En este sentido, se observó que existían resoluciones judiciales de internación involuntaria en clínicas de agudos sin dictamen de profesional especializado en la materia. Así como también se observaron internaciones que se realizaban con informe de profesionales de psiquiatría de la División de Salud de INAU y la clínica desconocía si se realizaba o no la notificación correspondiente. A su vez, en los equipos de dirección de las clínicas plantearon que tenían situaciones que, según les habían informado en INAU, eran internaciones involuntarias, pero no poseían la resolución judicial que avalara la situación.

Como se planteó anteriormente, en las entrevistas con niños, niñas y adolescentes se relevó que de forma generalizada los procedimientos para la internación no incluían la participación de estos. A su vez, en varios relatos se expresó que antes de la internación no habían tenido consulta con ningún profesional de la salud, o que dicha consulta había sido telefónica por parte del equipo del centro de 24 horas donde residían. En estas situaciones se constató que el informe provenía de la División Salud del INAU.

Preocupa al MNP que no se respeten los procedimientos establecidos jurídicamente para las internaciones voluntarias e involuntarias que garantizan a los niños, niñas y adolescentes que no se los prive de su libertad de forma ilegítima o arbitraria.

A esto se agregan las disposiciones previstas por la Ley de Salud Mental con relación a las notificaciones que el director técnico del prestador de salud debe realizar a la Comisión Nacional de Contralor y a la Institución Nacional de Derechos Humanos. Dichas notifica-

57 Respuesta del 25 de marzo 2020 al oficio 598/MNP-SP/2020 entregado en la visita a la clínica API Los Robles. Respuesta del 27 de marzo de 2020 al oficio 601/MNP-SP/2020 entregado en la visita a la clínica Carpei el 13 de marzo de 2020.

VACÍO LEGAL EN EL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LAS INTERNACIONES INVOLUNTARIAS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

En lo relacionado específicamente a las internaciones involuntarias de niños, niñas y adolescentes el artículo 34 de la Ley de Salud Mental establece una remisión al artículo 121 del cna. En su redacción original el artículo 121 disponía un procedimiento específico, en donde las internaciones involuntarias se encontraban dotadas de determinadas garantías y especificidades propias de la regulación del cna.

Artículo 121 (Medidas en régimen de internación sin conformidad del niño o adolescente).

El Juez solamente podrá ordenar la internación compulsiva en los siguientes casos:

Niño o adolescente con patología psiquiátrica.

Niño o adolescente que curse episodios agudos vinculados al consumo de drogas.

Niño o adolescente necesitado de urgente tratamiento médico destinado a protegerlo de grave riesgo a su vida o su salud.

En todos los casos deberá existir prescripción médica. El plazo máximo de la internación será de treinta días prorrogables por períodos de igual duración mediando indicación médica hasta el alta de internación.

Cuando el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay constate que un niño o adolescente pone en riesgo inminente la vida o integridad física suya o de otras personas, solicitará al Juez

competente la aplicación de estas medidas, previa indicación médica. Redacción dada por el art. 323 de la Ley n.º 19.149 de 24 de octubre de 2013.

Pero la reforma introducida por la ley 19.747 dio nueva redacción al artículo 121 del cna. De esta manera, el actual artículo 121 regula aspectos vinculados a la responsabilidad penal, con lo cual la remisión hecha por la Ley de Salud Mental plantea una dificultad a la hora de definir la normativa aplicable y la forma como se debe llenar este vacío legal.

En este punto, la reforma dispuesta por la ley 19.747 da nueva redacción al artículo 120 del cna y regula en el artículo 120-7 la internación involuntaria en programas de atención residencial en régimen de veinticuatro horas. Esta regulación, si bien establece un contralor judicial, con una serie de garantías en lo que refiere a la intervención de los tribunales, deja planteadas algunas interrogantes acerca de las garantías específicas para los procedimientos regulados en la Ley de Salud Mental, así como la inconveniencia de una remisión realizada por la Ley de Salud Mental a un artículo actualmente derogado, lo que ameritaría una revisión específica sobre este punto a efectos de evitar cualquier tipo de inconveniente en la aplicación de esta norma jurídica y definir claramente un procedimiento acorde que permita abordar de manera clara las internaciones involuntarias de niños, niñas y adolescentes.

ciones garantizan que las hospitalizaciones se realicen como último recurso, como medida terapéutica y con los procedimientos y resguardos previstos en la legislación. En este sentido, el artículo 29 de la Ley de Salud Mental establece el deber de notificar las hospitalizaciones voluntarias e involuntarias que se prolonguen por más de 45 días corridos. Asimismo, los artículos 32

y 35 establecen la notificación de las hospitalizaciones involuntarias y por orden del juez.

Ni la Comisión de Contralor ni la Institución Nacional de Derechos Humanos han recibido notificaciones con relación a las hospitalizaciones de niñas, niños y adolescentes del sistema de protección que se realizan en las clínicas de atención a episodios agudos.

SENTENCIA 33

- A. Comenzando por el derecho a la libertad (artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos), ya que a pesar de tener alta médica permanecen internados en una clínica en estrictas condiciones de encierro. A su vez, la Convención de los Derechos del Niño exige a los Estados Partes garantizar en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño (artículo 6), resguardarlo de toda forma de abuso físico o mental (artículo 19), a los niños privados de su medio familiar brindarles protección y asistencia integral del Estado (artículo 20) y protección y tratamiento de su salud mental (artículo 25).
- B. En el ámbito nacional se destacan los derechos humanos fundamentales y el derecho a la salud (artículos 7 y 44 de la Constitución de la República). En el Código de la Niñez y la Adolescencia cabe mencionar: el interés superior del niño (artículo 6), el gozar de los derechos inherentes a la persona humana y ejercer dichos derechos de acuerdo a la evolución de sus facultades (artículo 8). Respecto a los niños y adolescentes con capacidades diferentes, el derecho a vivir en condiciones que aseguren su participación social a través del acceso efectivo especialmente a la educación, cultura y trabajo (artículo 10). El Estado, en caso de insuficiencia, defecto o imposibilidad de los padres, deberá actuar preceptivamente,

desarrollando todas las actividades integrativas, complementarias o supletivas que sean necesarias para garantizar adecuadamente el goce y ejercicio de los derechos de los niños y adolescentes (artículo 7 numeral 3). Por su parte, el artículo 68, segundo inciso, establece que el INAU deberá velar por una adecuada admisión, ingreso, atención, derivación y desvinculación de los niños y de los adolescentes bajo su cuidado. La incorporación a los distintos hogares, programas, proyectos y modalidades de atención se realizará habiéndose oído al niño o al adolescente, y buscando favorecer el pleno goce y la protección integral de sus derechos. A su vez el artículo 24 de la ley 19.529 de Salud Mental, refiriéndose a la hospitalización, establece «... es considerada un recurso terapéutico en carácter restringido que deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible. Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos con fundamentos técnicos reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en hospital o sanatorio general y en el caso de niños, niñas o adolescentes en hospital pediátrico o en áreas de atención pediátrica en hospitales generales. En ningún caso la hospitalización será indicada en forma prolongada para solucionar problemas sociales o de vivienda...».

Por último, se destaca la situación de los niños, niñas y adolescentes que han sido internados en clínicas de agudos y que permanecen allí con posterioridad al alta médica. Desde el 2016,⁵⁸ el equipo del MNP ha monitoreado y denunciado al directorio del INAU que se han registrado internaciones en clínicas de agudos que se prolongan más de dos años con posterioridad al alta médica, en las mismas condiciones de internación que

aquellos residentes que habían ingresado y transitaban un episodio de crisis aguda o se estaban recuperando de este. También se alertaba sobre el uso de los cuartos de aislamiento como espacios de castigo frente a manifestaciones propias de una descompensación.

En marzo de 2019, el juez letrado de primera instancia de Familia de Vigesimoctavo Turno hizo lugar a la acción de amparo solicitada por la INDDHH para el cese inmediato de la permanencia de niñas, niños y adolescentes con alta médica internados en clínicas de atención de episodios agudos.

58 Informe disponible en <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-api-robles-069mnp-2016>

La internación prolongada en clínicas diseñadas para la atención de episodios agudos vulnera múltiples derechos que se encuentran establecidos tanto en la normativa internacional como en la nacional, en especial en la aplicación de prácticas institucionales en etapas vitales de crecimiento y conformación de la personalidad, como así también en la protección de la salud mental, el respeto y el ejercicio del derecho a la libertad. En definitiva, el Estado incumple su obligación de brindar protección integral a la niñez y adolescencia.

La derivación de niñas, niños y adolescentes a una clínica para atención de crisis en fase aguda debe ser determinada por razones médicas y debe ser limitada en el tiempo, por lo que debe finalizar una vez obtenida el alta médica. Es responsabilidad del INAU disponer un cupo dentro del sistema de protección a efectos de atender la situación en concreto.

Como ya se explicitó, la Ley de Salud Mental en su artículo 24 establece la prohibición de indicar o prolongar las internaciones para resolver problemas sociales o de vivienda. En este sentido, se reafirma el carácter terapéutico de las medidas, que deben durar el tiempo mínimo y solo se deben aplicar de manera excepcional.

La continuidad de la internación en una clínica para agudos en estrictas condiciones de encierro vulnera el derecho a la libertad, así como derechos humanos fundamentales, como el derecho a la educación, el derecho a vivir en familia y el derecho a promover su inserción social y comunitaria.

Por tales motivos, el abordaje de la vulneración de derechos a la que se ven expuestos estos niños, niñas y adolescentes merece una respuesta urgente y oportuna a su etapa del desarrollo, que repare el daño causado y les otorgue posibilidades de reinserción familiar y comunitaria.

94

Tema 4. Derecho a un nivel de vida adecuado

En este tema se aborda el derecho a un nivel de vida adecuado, acorde con lo dispuesto por el artículo 28 de la CDPD y el artículo 27 de la CDN. 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 condicio-

nes, con espacios acordes a la edad, que permitan su apropiación y respeten la privacidad.

Los y las residentes acceden a una infraestructura adecuada, vestimenta y alimentación de calidad.

Se observa el buen estado de manutención, ventilación, iluminación, calefacción y acceso para las personas con discapacidad física. Se releva la existencia de una alimentación suficiente y de calidad, así como de vestimenta ajustada a sus necesidades y preferencias.

Hablar del derecho de niños, niñas y adolescentes a un nivel de vida adecuado significa pensar en las condiciones en que se desarrolla su vida cotidiana⁵⁹ en los centros de atención en salud mental.

En cuanto a la infraestructura de los centros, se observó que en líneas generales presentaban buenas condiciones y aceptable mantenimiento. Cinco establecimientos daban cuenta de necesidades de mejoras (fotos 12 y 13). Todos los centros se ubican en edificios de dimensiones adecuadas, por lo que en ningún caso se relevó la existencia de hacinamiento de los y las residentes en los dormitorios o espacios comunes.

En cuanto a la higiene de los centros, en líneas generales se encontraron condiciones adecuadas.

Con relación a las condiciones de accesibilidad, se relevó que al menos tres de los centros contaban con infraestructura accesible. Sin embargo, en su mayoría, las dimensiones de las puertas y los pasillos, así como la presencia de escaleras para acceder a dormitorios, espacios de recreación e incluso al cuarto de contención en uno de los casos no permitían el traslado por medio de camillas o sillas de ruedas. El último pliego licitatorio del INAU (2019c) solicita que todos los centros cuenten con condiciones de accesibilidad.

Los tres centros destinados a la atención de niños y niñas presentaban infraestructuras muy diferentes. En uno de ellos, las instalaciones eran inadecuadas para su desarrollo, en tanto los espacios eran reducidos, carentes de iluminación natural y de ventilación. Por otra parte, no contaba con un espacio apropiado para la recreación (foto 14) o para visitas de referentes afectivos y familiares (en dimensiones, equipamiento y privacidad).

59 «La vida cotidiana es un ámbito privilegiado donde se da la internalización y reproducción de la ideología, las pautas culturales, los valores dominantes en una sociedad, expresándose de modos diversos en los distintos grupos sociales. Por lo tanto, en lo diario se da un proceso de adaptación social y de conformación de la personalidad de los individuos que interpenetran la realidad psíquica y la realidad social» (Ferrando, 1989, p. 188).

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CDPD)

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.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN)

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.

En otro de los centros, los espacios interiores y exteriores presentaban condiciones adecuadas en lo que refiere a dimensiones, ventilación e iluminación. Sin embargo, durante las visitas del MNP se observó que la iluminación natural no era aprovechada ya que los ventanales se encontraban con las persianas bajas, por lo que existía una iluminación natural deficiente. A estas características se sumaba que el establecimiento ofrecía un clima poco acogedor para la atención de niños y niñas. El espacio exterior de este establecimiento era un parque que contaba con espacios dotados de juegos adecuados a la edad, áreas para el descanso y lugares para la realización de deportes, incluida una piscina. Sin embargo, la rutina observada durante las visitas parecía indicar un uso poco frecuente del equipamiento.

El tercer establecimiento para niños y niñas contaba con infraestructura adecuada en dimensiones, iluminación natural y espacios de recreación y esparcimiento. A su vez, en la visita se confirmó que los espacios eran utilizados por los y las residentes.

En cuanto al mobiliario, todos los centros presentaban en general escaso equipamiento y/o en condiciones deficitarias y/o con limitantes para su uso. Esto se observaba en la ausencia de muebles individuales como roperos o mesas de luz, y cuando había, su uso se limitaba y controlaba (foto 15). A su vez, no eran suficientes o no estaban en buen estado espacios más confortables con sillones.

En tres centros se observó un mobiliario suficiente y en buenas condiciones en general, sin embargo su uso estaba permanentemente controlado por horarios, o bien los espacios personales como mesa de luz o armarios eran objeto de revisiones constantes que no daban garantías de un uso personal.

El derecho al juego y el esparcimiento no debe estar en un segundo plano en los centros de atención a la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Es un aspecto fundamental para su desarrollo, por lo que es esperable que los centros cuenten con espacios y materiales de recreación acordes a las edades de los y las residentes y que puedan ser utilizados libremente con los cuidados correspondientes.

En general se relevaron instalaciones con disponibilidad de espacios exteriores para el esparcimiento, con diferencias en cuanto a dimensiones, apropiación, circulación y vigilancia (foto 16). En lo referido a materiales para la recreación, los centros contaban con



Foto 12. Habitación con falta de mantenimiento. Centro de atención en salud mental a trastornos compensados.



Foto 13. Habitación con mobiliario en mal estado. Centro de atención en salud mental a trastornos compensados.



Foto 14. Patio. Centro de atención en salud mental para niños y niñas con trastornos mentales compensados.



Foto 15. Habitación de varones. Centro de atención en salud mental para niños y niñas.



Foto 16. Espacio de recreación y comedor centro medio camino.

juegos de caja y otros tipos de materiales recreativos acordes con la edad, sin embargo podían ser utilizados con la autorización y supervisión de los adultos encargados del turno. Uso que quedaba siempre sujeto a la disponibilidad de los cuidadores de turno.

«La hora feliz.»

98 En un establecimiento para adolescentes se observó que solo los varones podían utilizar los espacios recreativos externos, por lo que existía una marcada discriminación por razones de género para el disfrute (ver foto 17).

«Los varones juegan y nosotras estamos ahí, todas sentadas alrededor de la mesa», «solo tenemos un pedacito de patio, no podemos hacer aparato, ni usar la cancha».

Recordamos lo planteado por el relator especial de las Naciones Unidas frente a la relación entre salud mental y los entornos físicos. Al respecto menciona que existen «... gran cantidad de investigaciones y

pruebas que vinculan el entorno físico con los resultados en materia de salud mental y con el derecho a la salud» (ONU, 2019b, p. 4).

En varios de los establecimientos para adolescentes se observó un excesivo cuidado por la seguridad, lo que genera una circulación restringida y le confiere al establecimiento un aspecto carcelario. Estas estructuras no propician un ambiente acogedor, cómodo y que estimule la participación e interacción de quienes allí residen (fotos 18, 19 y 20).

En cuanto a la alimentación, a excepción de dos centros, la comida era elaborada por personal idóneo y el menú era indicado por nutricionista. Se contemplaban además las necesidades de dietas especiales.

Por otra parte, en algunos centros existieron planteos de los niños, niñas y adolescentes referidos a la falta de colaciones y la imposibilidad de repetir cuando lo solicitaban.

Se observó que el momento de la ingesta de alimentos era uno de los momentos más vigilados por el personal de los turnos. Esto se manifestaba en rituales estrictamente rigurosos en los que, por ejemplo, todos



Foto 17. Patio. Centro de atención a episodios agudos.



Foto 18. Primer piso, sector varones, puerta de acceso para planta baja y puerta de acceso a segundo piso. Centro de atención en salud mental para adolescentes.

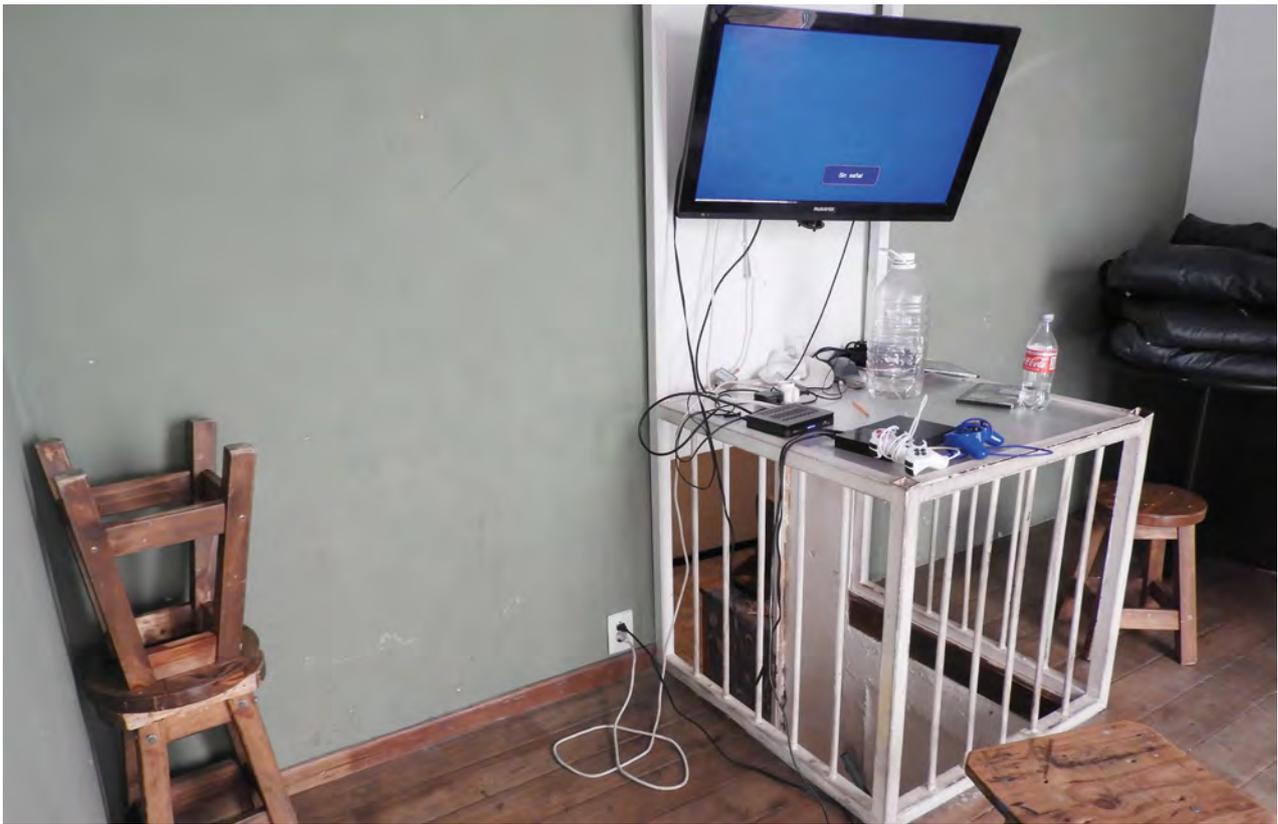


Foto 19. Espacio recreativo para varones de centro medio camino para adolescentes.

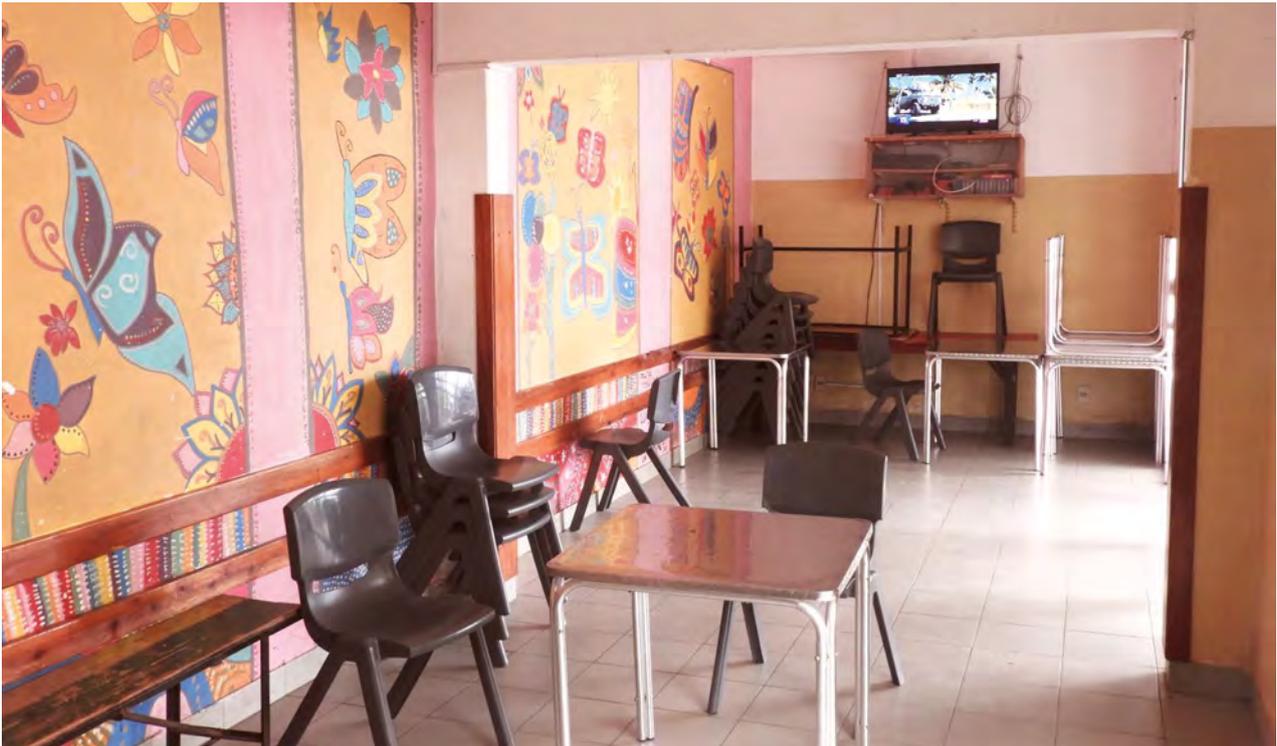


Foto 20. Comedor de adolescentes mujeres. Centro de atención en salud mental para adolescentes.

los y las residentes debían comenzar a comer al mismo tiempo. A su vez, en las entrevistas realizadas a niños, niñas y adolescentes, se relevaron situaciones en las que la alimentación era utilizada como sanción tal como comer aparte del grupo de pares, en «reja» o bajo amenaza: «Si no tendés la cama, a veces te dicen que te quedás sin comer».

De igual forma, señalamos que en uno de los establecimientos se observó una práctica estigmatizante y evaluada negativamente por sus residentes, que implicaba sentarse por mesa según dieta de alimentación.

«La mesa de las gorditas.»

Con relación a la vestimenta, a excepción de uno de los centros relevados, se observó que era adecuada para el clima y la edad de los residentes. En los centros para niños y niñas, la ropa era de uso genérico, solo distinguido por sexos, no había posibilidad de elegir prendas. Por otro lado, en los centros para adolescentes en ocasiones la vestimenta era un factor de conflicto ya que no se garantizan el uso ni la pertenencia individualizada de esta.

«Acá te agarran todo.»

En varios de los establecimientos para adolescentes se observó un excesivo cuidado por la seguridad, lo que genera una circulación restringida y le confiere al establecimiento un aspecto carcelario.

En dos centros se observó que la ropa de los residentes estaba en malas condiciones y era escasa, y también se constató que algunos tenían una sola muda de ropa. Esto ameritó realizar una recomendación del MNP al centro, y en la segunda visita se constataron mejoras respecto a la vestimenta.

El disponer de vestimenta propia y adecuada a los gustos personales es uno de los factores fundamentales de identidad y de pertenencia generacional. En este sentido, sería deseable brindar la mayor oportunidad posible de participación en la decisión respecto a las prendas que visten para dar lugar a la expresión de sus gustos y necesidades afectivas respecto al tema.



Foto 21. Escaleras de acceso a los diferentes pisos. Centro de atención en salud mental para trastornos compensados para adolescentes.

Apropiación del espacio y del cotidiano

Los criterios a observar son la circulación, apropiación y uso de los espacios; la posibilidad de contar con espacios personales y privados, y la viabilidad de integrar a referentes afectivos (familiares, amigos, compañeros de estudio) al cotidiano del establecimiento.

En general la circulación por los diferentes espacios estaba estructurada a partir de la priorización del orden y el control, lo que generaba en los y las residentes una vivencia de escasa libertad y privacidad. Esta forma de organización de la vida cotidiana (la no promoción de ciertos vínculos y el disfrute de los espacios) condiciona

las posibilidades de disfrute y desarrollo, aun cuando el centro brindara condiciones físicas óptimas para ello. Se observó que estaba fuertemente pautada en los centros donde conviven varones y mujeres. A excepción de cuatro centros, varones y mujeres no podían cruzarse y tampoco podían transitar libremente (foto 21). Como consecuencia, los horarios de uso de los espacios de esparcimiento también estaban pautados con el fin de evitar que varones y mujeres se encontraran. Incluso en tres centros estaba prohibido que se comunicaran.

Todos los centros presentaban horarios y mecanismos para limitar el tránsito y uso de la cocina. En un centro se mostró disponibilidad para que los y las

residentes accedieran libremente a alimentos o participaran de la instancia de cocina y se encontraban en proceso de hacer parte a los y las jóvenes del proceso de poner y levantar la mesa.

En lo referido al acceso de los y las residentes a los dormitorios, solo en tres centros se permitía el ingreso fuera de los horarios estipulados (noche y siesta). En cuanto al ingreso para el descanso, se relevó que en dos centros podían acceder sin tener que pedir permiso para ello; en los demás se debía contar con el permiso de los educadores de turno. Se destaca que en más de un centro los y las residentes duermen en los dormitorios con las puertas trancadas. Según explicaron, esta práctica se realiza para prevenir posibles situaciones de abuso o malos tratos entre residentes. Sin embargo, el MNP considera que esas situaciones se pueden prevenir a partir de un cuidado adecuado de las y los adultos a cargo, sin exponer a los y las residentes a los riesgos potenciales de que los cuartos estén trancados y ocurran eventos de incendio u otros accidentes.

En este sentido, en varias de las entrevistas se relevaron alusiones a la imposibilidad de contar con un espacio y un tiempo para estar solos o solas, por lo que en algunos centros los y las residentes solicitaban que los/las dejaran ingresar al cuarto de aislamiento.

Con relación a este aspecto, destacamos que en las entrevistas se relevaron sentimientos de disgusto.

«Nunca estuve en un lugar tan vigilada.»

«¿Qué sentís que te hace bien?» «Irme para una punta solo.»

«De noche voy al baño para ver la luna por la ventana, extraño poder salir.»

En dos de los tres centros de atención a niños y niñas no les estaba permitido tener objetos personales.

Para promover en el niño el sentido de la propia identidad, debería llevarse con la participación de este un diario de vida en el que se hiciera constar la información relativa a cada etapa de la vida del niño, junto con las fotografías, los objetos personales y los recuerdos correspondientes, para que el niño pudiera disponer de él durante toda su vida. (ONU, 2010)

En los centros de atención a adolescentes esto difería. En dos centros se comprobó la posibilidad de contar con espacios para guardar objetos personales y los espacios daban cuenta de cierta apropiación mediante la personalización, prioritariamente de sus cuartos. Específicamente se reconoce la práctica en uno de los centros destinados a la atención de adolescentes con trastornos mentales severos en el cual existían placares en los cuartos donde cada residente podía guardar su ropa, lo que permitía una mejor apropiación del lugar.

«Si tenés un cuaderno personal te lo revisan. Hay revisión [de cuartos] todos los días.»

En todos los centros se constató que los y las residentes tenían escasa o nula posibilidad de recibir visitas de amigos/as y de compañeros/as de estudio.

Respecto a un nivel de vida adecuado, señalamos los aportes de las *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños* (ONU, 2010) en cuanto a la necesidad de respetar el derecho a la privacidad en los espacios físicos y las posibilidades de contar con espacios donde conservar objetos personales, así como habilitar los vínculos entre los distintos géneros.

Tema 5. Derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad

En este tema se aborda el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad, 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). En estas se exige que a las personas con discapacidad y a los niños, niñas y adolescentes se les garantice acceso a una gama completa de apoyos que les permitan vivir de la forma más independiente posible y participar plenamente en la comunidad.

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 articulado desde su autonomía progresiva. Esto significa que para reconocerlos en su condición de sujetos de derechos se les deben brindar los apoyos necesarios de forma integral. Para ello, deben garantizarse los de-

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CDPD)

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 esta; 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.

104

rechos a vivir en familia, la educación, el trabajo, actividades recreativas, de ocio, así como el deporte y la participación.

Se garantiza el acceso a la educación

Los criterios a observar son el acceso a una educación oportuna y acorde con la edad y el desarrollo, así como el aporte de información sobre diversas opciones en educación formal y no formal que consideren el interés personal de los niños, niñas y adolescentes.

En el monitoreo se constató que la totalidad de los centros de atención en salud mental para trastornos compensados promueven la asistencia de niños, niñas y adolescentes a centros educativos formales y no formales.

Se relevó que tenían estrategias en el área educativa que englobaban la asistencia e inclusión en los centros externos, así como el apoyo escolar y el refuerzo de las estrategias de aprendizaje seguidas en el interior de los centros. En algunos centros, los técnicos realizaban esfuerzos para que la inserción de los niños, niñas y adolescentes con quienes trabajaban encontraran un interés en los estudios desarrollados o estuvieran acordes con sus preferencias.

Sobre el vínculo con instituciones educativas externas formales, se verificaron resultados dispares; los técnicos encargados de estas tareas han manifestado dificultades de inclusión de los y las residentes en dichos centros. De acuerdo al censo INAU-UNICEF (2021), en 2019, un 39 % de quienes residen en clínicas en edad escolar no asistieron durante ese año a ningún centro educativo formal. Este dato se explica principalmente por quienes tienen entre 12 y 17 años, por ser la población más numerosa y porque este valor asciende a 47,6 % cuando observamos este grupo en concreto.

Se mencionó que niñas, niños y adolescentes vivieron situaciones de discriminación que se expresaban, por ejemplo, en reducción de la jornada educativa. Según el censo INAU-UNICEF (2021), realizado en 2019, un 27,3 % de los niños y niñas que concurrían a primaria (no especial) lo hacían en un promedio de entre 0 y 4 horas semanales, mientras que un 45,9 % concurrían 14 horas o menos. Este último dato desciende a 24,4 % para los niños y niñas que integran escuelas especiales.

Entre quienes asisten a educación media, el valor continúa en descenso para llegar a que el 15,1 % de los adolescentes concurren 14 horas o menos. Un 64,15 % asiste 20 horas o más.

Respecto a la oferta de educación no formal, salvo en dos centros y en los establecimientos para episodios agudos, se reconocen esfuerzos por habilitar la participación en instituciones públicas (áreas pedagógicas, CECAP, talleres ocupacionales, entre otros) y privadas (con apoyo del centro, AYEX o pensiones). En la mayoría de las ocasiones, estas propuestas estaban vinculadas a los intereses particulares de los y las residentes.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN)

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. 2) Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición, las actividades, las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, o sus tutores o de sus familiares.

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. 2) Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas. 3) Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CDPD)

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.

El MNP advierte la importancia de que las internaciones en clínicas para episodios agudos no pueden exceder los tiempos previstos para el tratamiento ya que los niveles de encierro vulneran los derechos de niños, niñas y adolescentes.

En los centros de atención en salud mental para trastornos mentales compensados y severos, se relevó que en situaciones en que los profesionales de salud constataban fragilidad del estado anímico y emocional, o después de alguna crisis de excitación psicomotriz, se suspendían las salidas al exterior del centro, lo que incluía la asistencia a las actividades educativas por tiempos prolongados de hasta un mes. Si bien es una tensión entre el derecho a la salud y el derecho a la educación, esto no siempre tendría que involucrar la suspensión de uno u otro, ya que no son contrapuestos. Si bien en algunas situaciones esta acción puede ser acertada, en muchas otras la suspensión de las actividades, lejos de cuidar el derecho a la salud, lo vulnera. En este sentido, el MNP reclama que no se realice una práctica preestablecida en un accionar institucional que prioriza el encierro como medida de protección.

Debe tenerse en cuenta que los centros que atienden a pacientes con episodios agudos no tienen salidas al exterior de los establecimientos; si bien en el interior de estos se realizan actividades, estas son acotadas. La no participación en centros educativos es justificada por las características del tratamiento, que está centrado en atender la crisis de los y las residentes. En este sentido, el MNP advierte sobre la importancia de que las internaciones en dichos centros no excedan los tiempos previstos para el tratamiento ya que los niveles de encierro vulneran los derechos de niños, niñas y adolescentes.

En cuanto a la recreación, se relevaron variadas estrategias para garantizar este derecho mediante la participación en diferentes actividades con la comunidad: articulación con INAU, con otras instituciones deportivas, recreativas, con la Intendencia, asociaciones civiles, etcétera. A pesar de esto, la participación en estas actividades (salvo excepciones en casos de jóvenes más

autónomos) sostenía la dinámica de segregación, en el entendido de que los y las jóvenes participan como integrantes de un centro, sin una integración desprendida de la institucionalización en el ámbito comunitario.

En cinco centros, se comprobó que las actividades recreativas estaban sujetas a la conducta, por lo que eran pasibles de suspensión; esto se configuraba en un mecanismo de amenaza para el control de la conducta y el mantenimiento de la disciplina en el establecimiento. Del relato de los y las jóvenes se obtiene que:

«Si te portás mal, perdés todo. La salida, la confianza.»

«Sin Play, sin compu, sin salida. El estudio no te lo quitan. No salgo ni a la cancha los fines de semana... La máxima es de siete días.»

«A la piscina van solo los varones, las niñas no, porque dicen que nos portamos mal.»

Disponibilidad de recursos y apoyos para garantizar el derecho a vivir en comunidad

Se observan aspectos del vínculo con la familia y los planes de egreso⁶⁰ y lo relativo al derecho a vivir en comunidad.

En el censo de UNICEF-INAU se relevó que 23 de 267 niños, niñas y adolescentes no mantenían vínculo con un familiar, 88 recibían una visita mensual o más esporádicamente en el centro y 71⁶¹ iban mensualmente o menos a visitar a su familia. Por último, es relevante indicar que 174 niños, niñas y adolescentes no tenían referentes afectivos o familiares en el departamento donde se ubicaba el centro.

60 En ambos aspectos conviene volver sobre la observación general 20 (2016), en el artículo 54, que refiere específicamente a que «quienes se preparan para abandonar el sistema de cuidado alternativo necesitan ayuda para preparar esa transición, tener acceso a empleo, vivienda y apoyo psicológico, participar junto a sus familiares en actividades de rehabilitación si ello redundaría en su interés superior». Con énfasis en el egreso, se indica en el artículo 52 que a «los adolescentes sujetos a modalidades alternativas de cuidado se les suele obligar a partir al cumplir 16 o 18 años [...] no han tenido la oportunidad de adquirir las aptitudes y la capacidad necesarias para protegerse a sí mismos. A aquellos con discapacidad se les suele negar la posibilidad de vivir una vida comunitaria y son trasladados a instituciones para adultos en las que corren un riesgo mayor de sufrir violaciones continuas de sus derechos».

61 En estos 71 se pueden encontrar algunos de los 88 niños, niñas y adolescentes nombrados en el dato anterior.

Las *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños* (ONU, 2010) resaltan en su primer principio: «Al ser la familia el núcleo fundamental de la sociedad y el medio natural para el crecimiento, el bienestar y la protección de los niños, los esfuerzos deberían ir encaminados ante todo a lograr que el niño permanezca o vuelva a estar bajo la guarda de sus padres o, cuando proceda, de otros familiares cercanos» (p. 2).

Todos los centros visitados informan que trabajan para mantener el vínculo con las familias o referentes significativos de los niños, niñas y adolescentes. Si bien la gran mayoría reconoce la importancia del trabajo en estas áreas, existen diferentes análisis y un despliegue de estrategias con resultados dispares.

En general el vínculo de los niños, niñas y adolescentes con sus referentes se sostiene mediante el contacto telefónico, en varios establecimientos muy reglamentado en días, horarios y extensión autorizados, y en la mayoría de los casos bajo la supervisión del técnico de referencia. En esta línea, se relevaron relatos de niñas, niños y adolescentes que expresaron que en el centro se limita el contacto como forma de castigo o sanción.

«Cuando pido para llamar, a veces me dicen que sí y a veces me dicen que no. Ahora hace tiempo que no llamo.»

«A veces te llaman y no te avisan.»

«Las llamadas son de dos minutos y una vez por semana.»

Las visitas de familiares o referentes afectivos eran previamente fijadas o en días establecidos y las «licencias» reguladas y acordadas con la familia y el niño, niña o adolescente.

En cuatro centros no se disponía de un espacio adecuado e íntimo para el desarrollo de la visita y, como ya se dijo, en tres centros se la suspendía (en el centro y/o licencia) por «mala conducta».

«Hace cuatro meses no tengo visitas.»

Cuando el equipo técnico consideraba a la familia un factor desestabilizador (sin ser de riesgo) para el o la residente, se observaron en dos centros limitaciones para sostener el vínculo con la familia, tanto en frecuencia de

visitas como en licencias. Mientras tanto en otros dos centros este mismo motivo es trabajado especialmente por el equipo y se generan diversas estrategias como planificación e intermediación de la visita, espacios de contención con educadores referentes.

Sobre el sostenimiento del vínculo con las familias, en tres centros se observaron pluralidad de estrategias, flexibilidades y apoyaturas. Tales diferencias se constataron en la disponibilidad para realizar llamadas a demanda, incentivar y facilitar las visitas en el centro o fuera y la articulación con otros servicios comunitarios para fortalecer las capacidades de cuidado. A su vez, la familia era informada y se buscaba que tomara parte en las decisiones y el proceso de rehabilitación. En otros tres centros, el esfuerzo era menor y se limitaba al sostenimiento del vínculo, sin destacarse las estrategias de los centros nombrados. En dos centros no se dio cuenta de un trabajo sostenido que abordara el mantenimiento del vínculo.

El egreso de los residentes de los centros de atención en salud mental difería según la modalidad en la que se encontraran atendidos/as. Cabe recordar que la licitación determina que el tiempo de intervención no debe ser mayor de 18 meses en los centros de medio camino, aunque aclara que la permanencia puede extenderse en caso de no encontrarse otra alternativa de atención.

Se verificaron importantes diferencias según la trayectoria de cada joven. De las entrevistas con los técnicos se desprende que los apoyos recibidos no lograban generar un andamiaje y estructura que permitiera la autonomía si el o la joven no contaba ya con habilidades y capacidades previas. Los resultados de las experiencias son caso a caso, existe poca información disponible y no están realmente determinados por una estrategia efectiva que desarrolle el centro.

Solo en uno de los centros se observó una estrategia planificada en la que la o el residente era partícipe y decisor en el proceso, como también (cuando era posible) su familia. Se observó un trabajo con un claro enfoque socioeducativo, interdisciplinario y orientado a la generación de autonomía. Se caracterizaba por una planificación de actividades y logros a alcanzar extendida en el tiempo y el establecimiento de vínculos con otras organizaciones (según intereses y necesidades del o la joven) que permanecieran y apoyaran tras el egreso. A su vez, se buscaba que los egresos se die-



Foto 22. Vista desde una ventana hacia uno de los patios. Centro para atención a episodios agudos.

ran entre diciembre y febrero, para concluir y comenzar acorde con otros tiempos institucionales como el educativo.

En otros cuatro centros se observó un acompañamiento del proceso de egreso reforzando vínculos familiares cuando era posible o bien estableciendo vínculos con organizaciones que oficiaran como red de apoyo en el proceso y tras el egreso.

108 En tres centros no se informó acerca de un trabajo planificado que evidenciara un plan de egreso, ni la efectiva participación de los adolescentes. Mientras que en otros dos, la tarea se limitaba a la búsqueda y apoyo de familiares.

Tal como se indicó en el tema 1,⁶² se constató la existencia de residentes que permanecían en los centros a pesar de que el equipo técnico y el médico del establecimiento consideraban que el propósito de su internación ya se había cumplido.

Por último, cuando el egreso es por edad o con la familia, el apoyo tampoco es significativo. El propio centro

debe gestionarlo con recursos propios, lo que dificulta y enlentece el proceso.

El tiempo prolongado que niños, niñas y adolescentes permanecen en las instituciones causa retraso en su desarrollo y posibles dificultades conductuales y emocionales, además de que los expone a violaciones de sus derechos, por lo que la institucionalización debe ser por períodos breves y en casos excepcionales. La posibilidad de daño se agudiza cuando los niños, niñas y adolescentes permanecen en las clínicas por un período prolongado, debido a la rutina de estas, al contacto continuo con otros residentes que se encuentran cursando episodios agudos o trastornos emocionales o conductuales, al vínculo acotado o nulo con sus respectivas familias y referentes afectivos o sus comunidades de origen, etcétera. Esto adquiere mayor magnitud en las clínicas para episodios agudos, ya que los niños, niñas y adolescentes se encuentran en situación de exclusión social y educativa, y sus vidas cotidianas transcurren con rutinas estrictas y regímenes de control que no facilitan la afectividad de los residentes (foto 22).

Asistir en la medida de lo posible a la adquisición de una vida autónoma, ofrecer a los niños, niñas y adoles-

62 Tema 1: «Derecho a ser protegida/o contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso».

centes un ambiente lo más similar posible a un hogar familiar, promover la inserción educativa y comunitaria deben ser objetivos prioritarios a desarrollar.

En todos los centros se expresó la necesidad de apoyos y recursos especiales para fortalecer procesos de egreso que garanticen cierta autonomía. Esta es una demanda generalizada en el sistema de protección y se observa que para los centros de salud mental no se activan recursos diferenciales destinados a esta población.⁶³

En el entramado social con sus conexiones y vínculos entre las personas, las familias y las comunidades, la calidad de las relaciones sociales que se dan en estos contextos es un determinante importante de la salud mental. «Las relaciones a todos los niveles y a lo largo del ciclo vital están configuradas dinámicamente por factores sociales, económicos, políticos y culturales más amplios; por lo tanto, es fundamental ampliar el alcance de los determinantes para incluir el entorno emocional y psicosocial...» (ONU, 2019b, p. 13).

Posibilitar que las personas se desarrollen transitando los diferentes espacios de pertenencia y referencia, adecuados para su edad y capacidad, favorece la generación de habilidades y actitudes que les van a permitir sentirse parte de los contextos sociales, generar relaciones en estos y tomar parte de las decisiones importantes en su devenir. Mientras que aislar a la persona de la vida comunitaria vulnera los derechos humanos, lo cual tiene efectos negativos en las relaciones humanas y debilita la integración de la sociedad.

En todos los centros se expresó la necesidad de apoyos y recursos especiales para fortalecer procesos de egreso que garanticen cierta autonomía. Esta es una demanda generalizada en el sistema de protección y se observa que para los centros de salud mental no se activan recursos diferenciales destinados a esta población.

63 «Los niños con necesidades especiales, como discapacidades, deberían poder acogerse a un sistema de asistencia apropiado, que entre otras cosas les permita eludir una institucionalización innecesaria.» *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado a los niños* (ONU, 2010).

Parte 3

Capítulo VI. Desafíos y aportes para la agenda de protección integral de la salud mental de las infancias y adolescencias

Con base en el resultado del proceso de monitoreo de los centros de protección especial especializada para niños, niñas y adolescentes, de la revisión de la política pública y la visión de los actores entrevistados, se propone en este capítulo sintetizar los desafíos más sustantivos para la construcción de un modelo de protección integral de la salud mental con el fin de contribuir a una mejor atención de las infancias y adolescencias en esta área.

Los desafíos se encuentran estrechamente vinculados, por lo que se separan solo a los efectos del análisis de la temática. En esta línea, se presentan los ejes para la construcción de una agenda que propende a la consolidación de una atención integral de la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

Evitar y prevenir toda forma de maltrato o abuso físico y mental en los centros de atención en salud mental de niñas, niños y adolescentes

Los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en centros de cuidados están en condiciones de dependencia de sus cuidadores, por lo tanto su situación de vulnerabilidad se ve agravada y aumenta el riesgo de malos tratos y/o abusos. Los riesgos de sufrir malos tratos y abusos se pueden profundizar en los centros y clínicas de atención en salud mental por las condiciones de encierro, las medidas sanitarias que se emplean y la estigmatización social que recae sobre la población que allí se encuentra. El Estado debe garantizar la protección de los niños, niñas y adolescentes contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, y toda

forma de perjuicio o abuso físico, mental o sexual, descuido o trato negligente, explotación y violencia.

En más de la mitad de los centros (siete) se verificaron tratos distantes y descuido emocional. A su vez, en casi la mitad de los establecimientos (cinco) se observaron tratos humillantes y amenazantes; también, que en ciertos casos la intervención del personal frente a una situación de precrisis desencadenaba la crisis, en lugar de prevenirla. De igual modo, en tres establecimientos se constataron malos tratos físicos, lo cual motivó intervenciones específicas del MNP con el directorio de INAU.

En este sentido, el trato que reciben los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en los centros de salud mental vulnera su derecho a ser protegidos contra toda forma de maltrato o abuso físico o mental mientras están bajo el amparo de INAU.

Con relación a las medidas de contención, seis (6) centros utilizaban como «cuartos de aislamiento» espacios que no eran adecuados para brindar un proceso terapéutico, por lo que pueden considerarse lugares de castigo.⁶⁴ También se constató que las medidas de contención físicas y farmacológicas eran utilizadas de forma excesiva⁶⁵ y en muchas situaciones como sanciones, en lugar de emplearlas para responder a una crisis de excitación psicomotriz.

Finalmente, se relevó que en los centros de salud mental se priorizan la videovigilancia, el control y

64 Se observó la existencia de habitaciones con rejas en puerta y ventana (lo que las asimilaba a celdas), con escasa iluminación y ventilación, de dimensiones reducidas y que no eran visibles desde enfermería.

65 A modo de ejemplo, en los dos centros dedicados a la atención de episodios agudos se relevaron testimonios de niños, niñas y adolescentes coincidentes con relación a prácticas de encierro desproporcionado y uso de los cuartos de aislamiento como espacios de castigo.

la seguridad sobre la protección de los niños, niñas y adolescentes, lo que lesiona el derecho a la salud y la intimidad.

Respecto al desafío de evitar y prevenir toda forma de maltrato en los establecimientos, el MNP identifica las siguientes líneas de acción en la agenda de trabajo con las autoridades:

- **Diseñar e implementar medidas alternativas a las medidas de contención física y farmacológica.** Resulta relevante que se implemente un sistema de medidas alternativas a la contención física y/o farmacológica, de modo que su uso se limite a episodios extremos, de forma monitoreada y acotada en el tiempo. Para ello es imprescindible que se ofrezca al personal capacitación en técnicas para atenuar el escalamiento, intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a los niños, niñas y adolescentes.
- **Disponer de personal adecuado en cantidad, formación y disposición.** El equipo de personal de atención directa así como los profesionales deben tener la formación adecuada para su tarea y una capacitación permanente con énfasis en infancia, salud mental y derechos humanos. Se requiere la formación de equipos de trabajo que desarrollen abordajes de forma interdisciplinaria y colaborativa a partir de los diferentes saberes.
- **Instalar mecanismos de denuncia ante posibles vulneraciones.** Se hace necesario establecer tales mecanismos accesibles para niñas, niños y adolescentes, así como para sus referentes afectivos. Mecanismos que les garanticen protección, les brinden confidencialidad y los protejan ante eventuales represalias. Para cumplir tales condiciones dichos mecanismos deben ser externos al centro y con capacidad de investigación y toma de decisiones vinculantes.
- **Priorizar la protección de derechos de las infancias y adolescencias y promover una convivencia saludable.** Es necesario que los centros de atención en salud mental promuevan un espacio de convivencia saludable para evitar que los mecanismos de control y seguridad los asimilen a establecimientos carcelarios en su estructura y prácticas. En ese orden, la videovigilancia como medida de protección requiere del monitoreo exclusi-

vo del personal de salud y en ningún caso debe sustituir la vigilancia, el cuidado y el tratamiento que puede brindar el personal. Solo se utilizarán cámaras de vigilancia a falta de un medio menos invasivo del derecho de privacidad.

- **Profundizar en un sistema de supervisión garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.** Un sistema basado en la protección de los derechos humanos, que integre la vida cotidiana de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados. Es necesario que la supervisión impulse espacios de reflexión sobre los protocolos utilizados en los establecimientos y las actuaciones de los equipos, de forma de prevenir situaciones que violen los derechos de los y las residentes. La supervisión debe orientar el ajuste y adaptación de los abordajes que se realizan en los centros de salud mental de acuerdo con el cumplimiento de la Ley de Salud Mental.

Evitar y prevenir la privación de libertad ilegítima o arbitraria y el tratamiento de niñas, niños y adolescentes sin el consentimiento libre e informado

En todos los centros de atención en salud mental se registran internaciones realizadas sin previo aviso o preparación e incluso mediante engaños. Asimismo, los referentes familiares no siempre tienen conocimiento de la decisión de internación y en muchas situaciones no pueden despedirse. También se observaron irregularidades en los procedimientos de notificación y comunicación que exige la ley 19.529 de Salud Mental en las hospitalizaciones voluntarias e involuntarias. Dichos procedimientos fueron concebidos como garantías para que las hospitalizaciones sean el último recurso utilizado, con fundamento en criterios terapéuticos y técnicos.

Del monitoreo se desprende el desconocimiento del marco jurídico y de la responsabilidad que este les asigna a los directores técnicos. Asimismo, en las áreas en las que actualmente el marco jurídico y regulatorio es difuso se genera incertidumbre con relación a las responsabilidades en cada accionar (notificación, egreso con alta médica, exigencia de requisitos para el ingreso de una internación involuntaria).

Se constató la permanencia de niñas, niños y adolescentes internados con posterioridad al alta médica, a pesar de que en marzo de 2019 el juez letrado de primera instancia de Familia de vigesimotavo turno hizo lugar a la acción de amparo solicitada por la INDDHH para el cese inmediato de dicha situación. El 40 % (21) de los residentes de las clínicas para episodios agudos permanecen en esta condición. La Ley de Salud Mental en su artículo 24 establece la prohibición de indicar o prolongar las internaciones como forma de resolver problemas sociales o de vivienda.

Esta situación de internaciones prolongadas también se confirma en los centros para atención de trastornos mentales compensados. En dichos centros se prevé una intervención transitoria que no debería exceder los dos años,⁶⁶ sin embargo más de un quinto (21 %) de los niños, niñas y adolescentes internados superan el límite establecido. En especial preocupa la situación de los menores de 12 años, dado que se confirma que un 13 % permanecen en estos centros entre 3 y 9 años de su vida.

Por regla general la privación de libertad de niñas, niños y adolescentes deberá aplicarse como último recurso, por el período mínimo necesario y en casos estrictamente excepcionales. La mera discapacidad no deberá en ningún caso justificar la privación de libertad.

En este marco, el MNP identifica algunas líneas de acción orientadas a evitar y prevenir la privación de libertad ilegítima o arbitraria y el tratamiento de niñas, niños y adolescentes sin el consentimiento libre e informado:

- Revisar los procedimientos para la internación involuntaria establecidos en el Código de la Niñez y la Adolescencia. Se requiere definir claramente un procedimiento de internación involuntaria para niños, niñas y adolescentes armonizado con la Ley de Salud Mental. Asimismo, es preciso realizar una revisión específica del procedimiento establecido por dicha ley para la internación involuntaria de niñas, niños y adolescentes, ya que

remite a un artículo del CNA que fue modificado por la ley 19.747 a efectos de evitar cualquier tipo de inconveniente en la aplicación de esta norma.

- Efectivizar el procedimiento de notificaciones a la Comisión Nacional de Contralor de la atención en salud mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. Generar las acciones necesarias para el cumplimiento del deber de notificar según lo establecen los artículos 29, 32 y 35 de la Ley de Salud Mental. El director técnico del prestador de salud debe notificar las internaciones que se prolonguen por más de 45 días, así como las internaciones involuntarias y por orden del juez. Existe un sistema de notificaciones, que está en funcionamiento desde julio de 2020, creado por la Comisión Nacional de Contralor de la atención en salud mental. El procedimiento establece que se debe asignar un director técnico responsable que es quien efectiviza las notificaciones en el sistema. Este sistema garantiza la llegada de las notificaciones a la Comisión de Contralor de la Ley de Salud Mental y a la INDDHH.
- Establecer mecanismos para garantizar que todos los ingresos a un centro de salud mental se basen en criterios terapéuticos con fundamentos técnicos. Controlar el cumplimiento de las normativas y procedimientos ya establecidos que aseguran que las internaciones se basen en criterios terapéuticos con fundamentos técnicos, lo que garantiza que ningún niño, niña o adolescente sea internado de forma ilegítima o arbitraria.
- Generar los mecanismos para garantizar que ningún niño, niña o adolescente continúe internado con posterioridad al alta médica. El Estado debe dar una respuesta inmediata a una situación que vulnera múltiples derechos establecidos tanto en la normativa internacional como en la nacional. Ninguna internación se debe prolongar como forma de resolver problemas sociales o de vivienda.
- Implementar acciones que aseguren que la internación sea de carácter restringido como lo estipula la Ley de Salud Mental. Las hospitalizaciones, según lo establece la Ley de Salud Mental (art. 24), deben ser un recurso terapéutico de carácter restringido, que solo se deberá utilizar cuando aporte mayores beneficios que otras intervenciones comunitarias, sociales o del entorno familiar.

66 Según lo estipulado por INAU en la licitación para los centros de atención en salud mental, hasta setiembre de 2019 el tiempo máximo previsto para la permanencia de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales compensados no severos era de dos años. Este tiempo se redujo a 18 meses en la licitación que entró en vigencia el 1.º de setiembre de 2019. Se toma el tiempo previsto de dos años máximo, porque la información refiere a los niños, niñas y adolescentes internados hasta diciembre 2019, cuando regía la normativa anterior.

Para dar cumplimiento a la ley se requiere implementar políticas intersectoriales con énfasis en el primer nivel de atención, en la prevención y promoción, creación de dispositivos y espacios de cuidados de la salud mental. Asimismo, es necesario generar espacios de coordinación con el Poder Judicial que permitan construir respuestas integrales orientadas a evitar la internación o su seguimiento y revisión, y que aseguren que esta sea el último recurso y por el plazo más breve.

- **Implementar mecanismos que aseguren que todos los niños, niñas y adolescentes que sean internados en un centro de atención en salud mental posean la información necesaria y su opinión sea tomada en cuenta.** Dar cumplimiento a los procedimientos ya establecidos para la derivación a centros de atención especializada, dictados en el *Manual de procedimientos para el Sistema de Protección Integral 24 horas* (INAU, 2019a), que exigen que el niño, niña o adolescente y sus familiares sean partícipes de todo el proceso. Para esto es importante generar instancias de capacitación para el personal a cargo e implementar mecanismos de control que garanticen su cumplimiento.
- **Garantizar el consentimiento libre e informado para intervenciones biológicas y psicosociales.** Asegurar el consentimiento libre e informado de niños, niñas y adolescentes para la realización de las intervenciones biológicas y psicosociales propuestas en la estrategia terapéutica, según lo establece el artículo 23 de la Ley de Salud Mental. El consentimiento informado refiere al concepto de autonomía progresiva (artículos 5 de CDN y 8 del CNA), por lo tanto implica brindar información suficiente, continua y en lenguaje comprensible, así como tomar en consideración la opinión del niño, niña o adolescente. En aquellos casos en que el consentimiento no pueda ser dado válidamente, es fundamental la participación de los referentes familiares, por lo que cobran una importancia central los institutos de representación.

Abordar la salud mental desde una mirada integral, comunitaria, interdisciplinaria e intersectorial

La atención y rehabilitación en salud mental desde una mirada integral implica una intervención interdisciplinaria e intersectorial, que incluye acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social. Ello requiere no solo un equipo conformado por diferentes disciplinas, sino también un diseño de políticas y abordajes que permita superar el modelo médico hegemónico y promueva una salud mental en clave de derechos humanos.

Todos los centros cuentan con profesionales de diferentes disciplinas, como exige la licitación, pero son limitadas las experiencias de intervención interdisciplinaria. Los abordajes terapéuticos se centran en la patología y no en el desarrollo integral del niño, niña o adolescente, priorizando así una mirada biomédica.

Se constató que en general se utiliza el fármaco como primera respuesta de atención, como también múltiples fármacos y dosis en el límite superior. Se relevaron escasas situaciones de tratamientos alternativos o complementarios. Se destaca que en la segunda visita a uno de los centros se constató que se habían reducido las dosis de fármacos y aumentado las instancias de deporte y esparcimiento fuera del centro, lo que en pocos meses produjo notorios cambios positivos en los y las adolescentes que allí residían.

En el monitoreo efectuado se confirmó la superposición de cargos y tareas en los equipos de funcionarios y funcionarias de los centros. También se relevó una atención del cotidiano realizada en su gran mayoría por personal auxiliar de enfermería, quienes carecen de formación socioeducativa, lo que refuerza la mirada sanitaria. También se confirmaron debilidades en la formación en derechos humanos.

Las políticas de atención en salud mental a la infancia no cuentan con los recursos para contemplar las diversas dificultades y problemáticas familiares y/o socioeconómicas, por lo que no logran garantizar derechos fundamentales que permitan al núcleo familiar y/o redes afectivas sostener los cuidados y los procesos de integración del niño, niña o adolescente. De esta forma, se focaliza la atención en los individuos y se perpetúa la permanencia en los centros. Son escasas las experiencias de trabajo vinculado a la comunidad y

con los referentes afectivos. Los centros se ubican en su gran mayoría en Montevideo, lo que para muchos niños, niñas y adolescentes implica un cambio de inserción educativa, deportiva, así como una interrupción de los vínculos comunitarios y en muchos casos de los vínculos afectivos. Para generar un cambio se debe contar con nuevos dispositivos de abordaje territorial, de atención ambulatoria, capaces de brindar una atención oportuna y accesible, de atender las diversas problemáticas y de enfocar las acciones para lograr una matriz de protección social ajustada al cambio de paradigma que plantea la ley 19.529 de Salud Mental.

Transitar de un *modelo biomédico* a un modelo comunitario, como lo estipula la Ley de Salud Mental, requiere una transformación que involucra a todos los organismos públicos y privados. Esta transformación se debe instituir con estructuras alternativas y centros de rehabilitación e integración psicosocial que cuenten con recursos humanos y materiales acordes a este cambio en la atención en salud mental.

Para transitar hacia un modelo de atención en salud mental comunitario e integral para niños, niñas y adolescentes, el MNP identifica líneas de acción que los organismos públicos responsables pueden desarrollar:

- **Crear recursos y dispositivos comunitarios de atención en salud mental integral.** A partir de un modelo de promoción, prevención, atención y rehabilitación psicosocial, accesible para la totalidad de los niños, niñas y adolescentes, que integre a la salud aspectos culturales, recreativos, deportivos, educativos, de integración social que permitan contar con espacios de contención y expresión desde la perspectiva de derechos de la infancia.
- **Integrar a la comunidad a los niños, niñas y adolescentes residentes en los centros de salud mental.** Coordinar con otros organismos estatales y privados para favorecer el desarrollo y la participación de niñas, niños y adolescentes en espacios de atención comunitaria, no residencial y no específicos para la atención en salud mental, que incluyan actividades de recreación, deporte y cultura, como plazas de deportes, centros barriales, clubes de niños, centros juveniles, entre otros. En especial:
 - establecer espacios de coordinación entre ANEP e INAU para el fortalecimiento de las trayectorias de los niños, niñas y adolescen-

tes con padecimiento mental, a fin de asegurar su asistencia y participación, así como para promover estrategias de educación inclusiva para prevenir la exclusión y el estigma que sufren con frecuencia;

- profundizar los acuerdos entre INAU y los organismos públicos responsables (nacionales y departamentales) para asegurar la participación de los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección especial en los planes y programas destinados a deporte, recreación y cultura, de forma de asegurar la inclusión en plazas de deporte, clubes de niños, centros juveniles, usinas culturales, clubes deportivos, entre otros.
- **Generar un plan para el egreso sustentable de los niños, niñas y adolescentes de los centros de atención en salud mental.** El plan debe contener estrategias de integración y autonomía concretas y sustentables para la situación de vida de cada residente. Este plan debería tener el apoyo de programas educativos, de empleo, accesibilidad a la vivienda, a la atención en salud, etcétera, lo cual excede la posibilidad de intervención de los centros. El plan debe contar con el trabajo conjunto y articulado de los diferentes actores de la intersectorialidad e interinstitucionalidad en salud mental (artículo 11, ley 19.529, decreto 331/2019).
- **Integración de los referentes afectivos en procesos de intervención de los niños, niñas y adolescentes.** Incorporar en los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación a las familias y referentes afectivos de los niños, niñas y adolescentes desde un enfoque interdisciplinario e intersectorial.

Garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes sean informados y participen en las decisiones que les conciernen

En lo referente al derecho de participación, se constató que en general los niños, niñas y adolescentes no participan en las decisiones que les conciernen respecto a su tratamiento y recuperación, salud sexual y reproductiva,

planes de egreso e integración social. En cuanto al cotidiano, si bien se reconoce la realización de actividades grupales deliberativas en dos centros, aún son muchos los desafíos que persisten para propiciar instancias de decisión individualizadas⁶⁷ que promuevan y garanticen la participación de los niños, niñas y adolescentes.

El involucramiento de los niños, niñas y adolescentes brinda herramientas para la toma de decisiones de forma autónoma; la participación es una práctica institucional vertebral para hacer converger distintas voces, sobre todo la de las personas implicadas o sus familias. Este punto es uno de los nudos que habilitan (o frenan) la transición hacia un modelo de atención integral en salud mental, en especial en la atención de los niños, niñas y adolescentes.

En este marco, el MNP plantea líneas de acción a integrar en la práctica y abordaje de los centros de salud mental para niños, niñas y adolescentes:

- **Desarrollar estrategias que brinden acceso a los niños, niñas y adolescentes a toda la información sobre los aspectos que les conciernen y tener en cuenta su opinión.** Un aspecto fundamental para promover la participación activa de los niños, niñas y adolescentes es que accedan a información precisa, continua, en lenguaje comprensible sobre todos los aspectos que involucran su vida: requerimientos de atención médica, proyecto y plan de egreso, desarrollo de su vida cotidiana, etcétera. Como también que su opinión sea escuchada y tenida en cuenta para todos los aspectos de su vida.
- **Implementar prácticas que promuevan la participación activa de niños, niñas y adolescentes.** Es necesario implementar mecanismos y prácticas efectivos en los centros de atención en salud mental que garanticen la participación de los niños, niñas y adolescentes, así como la de sus referentes afectivos cuando sea por el bien superior del niño. Garantizar este derecho implica que puedan ser partícipes de las decisiones que involucran su cotidianidad en el centro, que su opinión sea tenida en cuenta en las decisiones que les conciernen y que puedan decidir sobre

los elementos que involucran la construcción de su identidad.

- **Integrar a los niños, niñas y adolescentes en el proyecto de centro y en el plan de intervención individual.** En el proyecto de intervención de los centros, así como en el plan de intervención individual, los niños, niñas y adolescentes deberían ser protagonistas activos a lo largo de todo el proceso e ir incorporando aspectos sanitarios, educativos, afectivos, vinculares, etcétera.

El desafío de transitar hacia un sistema de protección integral que integre la salud mental desde la perspectiva de derechos humanos

La puesta en práctica de la ley 19.529 de Salud Mental presenta especiales desafíos en el marco de la protección a la salud mental de niños, niñas y adolescentes. Se resalta la necesidad de contar con servicios especializados que garanticen el acceso a la educación, la salud, el cuidado, la recreación y la participación.

Los diferentes actores entrevistados reconocen que existe una fragmentación de los dispositivos de atención; principalmente identifican programas y acciones puntuales, que no coordinan ni apuntan a la construcción de una política en conjunto. Fragmentación que impacta de forma significativa en las poblaciones vulnerables, que no acceden o acceden de manera parcial a la escasa oferta pública que hay en la matriz de protección social con relación a la atención en salud mental.

Los niños, niñas y adolescentes que transitan por el sistema de protección especial requieren de la intervención de programas orientados a la reparación de las vulneraciones de derechos en procura del bienestar integral. Por ello, es necesario que accedan en forma prioritaria y diferencial a la atención en salud mental y física, en articulación con espacios de educación formal e informal, propuestas de deporte y recreación. Se requieren niveles de articulación interinstitucional e intersectorial y disponibilidad de recursos para que estos niños, niñas y adolescentes ingresen de manera prioritaria a los distintos programas que contribuyen a la integración comunitaria.

La construcción de un sistema de protección para las infancias y adolescencias que integre la salud men-

⁶⁷ Decisiones tales como la distribución de las camas y la asignación de cuarto, la ropa a utilizar, la alimentación, los horarios para la rutina diaria, actividades recreativas, entre otras.

tal desde una perspectiva de derechos requiere como punto de partida de las siguientes líneas de acción:

- **Garantizar y fortalecer el funcionamiento de la Comisión Intersectorial en Salud Mental y de la Comisión Asesora** (artículo 11, ley 19.529, decreto 331/2019), de modo que permita avanzar y dar cumplimiento a la implementación del Plan de Salud Mental 2020-2027. Se recomienda particularmente profundizar en la construcción de políticas de infancias y adolescencias que contemplen las problemáticas que se entrecruzan: violencia, abuso, consumo problemático de drogas, desafiliación educativa, pobreza, situación de calle, entre otras. Es sustantivo el diseño de políticas articuladas que permitan la integración y participación en el sistema educativo formal y no formal, en los espacios de deporte y de recreación, la participación en programas de formación profesional, el acceso a programas de atención al consumo problemático de drogas, el acceso especial a la vivienda, entre otros.
- **Generar las coordinaciones necesarias entre el Ministerio de Salud Pública e INAU para el desarrollo y consolidación de la política de salud mental para niños, niñas y adolescentes.** El Ministerio de Salud Pública, como rector y responsable de las políticas en salud mental, debe liderar el cambio de paradigma en la atención integral de la salud mental de las infancias y adolescencias. Para esto es indispensable trabajar en conjunto con el INAU, rector de las políticas de infancias y adolescencias, articulando con los prestadores de salud.
- **Proveer a la Comisión Nacional de Contralor de la atención de la Ley de Salud Mental los recursos humanos y económicos necesarios para desplegar su cometido en toda su profundidad y alcance.** En este mismo sentido sería sustantivo rever la capacidad vinculante de este mecanismo de contralor como forma de garantizar el proceso de reforma del modelo de atención y cambio de paradigma en salud mental.
- **Fortalecer las acciones desarrolladas por el Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y Adolescente con relación a salud mental,** a partir de su rol de coordinación e integración de las políticas sectoriales de atención a la niñez y adolescencia.

Referencias bibliográficas

- ACUÑA, R., y SÁNCHEZ, D. (2014, octubre). *Bases para el diseño de un Plan Integral de Salud Mental Uruguay*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78(2), 196-219. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/07_ASM_01.pdf
- ARGENTINA. (2010, noviembre 25). Ley n.º 26.657: Ley Nacional de Salud Mental. Recuperado de <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento224.pdf>
- ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA TORTURA E INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS. (2010). *El Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura: Manual para su implementación (Traducción al español: Ana Marcela Herrera; Relectura en español: Anna Claudia Gerez Czitrom)*. San José, Costa Rica: MR&G. Recuperado de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1534/protocolo-facultativo-de-la-convencion-2010.pdf>
- 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). *Monitoreo de instituciones psiquiátricas: Informe final sobre Simposio Jean-Jacques Gautier para los MNP 2016*.
- BREMERMANN, G. (2016). *Salud mental de niñas, niños y adolescentes desde una perspectiva de derechos: El circo social como herramienta de intervención artístico-cultural. (Tesis de maestría, Facultad de Psicología, Universidad de la República)*. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12008/8531>
- CARVAJAL ESCOBAR, Y. (2010, julio-diciembre). *Interdisciplinariedad: Desafío para la educación superior y la investigación*. *Revista Luna Azul*, 31. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/luaz/n31/n31a11.pdf>
- CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES. (2007). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno. Recuperado de <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/vidas-arrasadas-la-segregacion-de-las-personas-en-los-asilos-psiquiatricos-argentinos/>
- COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. (2013). *El derecho del niño y la niña a la familia: Cuidado alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas*. Recuperado de <https://www.oas.org/es/cidh/infancia/docs/pdf/informe-derecho-nino-a-familia.pdf>
- COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. (2017). *Garantía de derecho: Niñas, niños y adolescentes*. Recuperado de <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/nna-garantiaderechos.pdf>
- COMISIÓN INTERAMERICANA DE MUJERES, ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. (2010). *Mapeo de actores sociales: VIH y violencia contra las mujeres en Honduras. Comisión Interamericana de Mujeres*. Recuperado de [https://www.oas.org/es/cim/docs/MapeoHON\[Final\].pdf](https://www.oas.org/es/cim/docs/MapeoHON[Final].pdf)
- COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2009, julio 20). *El derecho del niño a ser escuchado (CRC/C/GC/12)*.
- COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2016, diciembre 6). *Observación general n.º 20 Sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia (CRC/C/GC/20*)*.
- CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICAS SOCIALES. (2016, noviembre). *Plan Nacional de Infancia y Adolescencia 2016-2020*. Montevideo: Mastergraf. Recuperado de <https://www.inau.gub.uy/institucional/documentos-institucionales>

- DE LEÓN, N. (coord.). (2013). *Salud mental en debate: Pasado, presente y futuro de las políticas públicas en salud mental*. Montevideo: Comisión Sectorial de Investigación Científica, Universidad de la República, Psicolibros-Waslala.
- FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES. (2015). *Informe técnico para el diseño del plan de trabajo para reorientación de programas de salud pública*. Santiago de Chile: FLACSO.
- FERRANDO, J. (1989). *Pensando en la educación popular*. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. (2008, mayo 20). *Estrategia de protección de la infancia del UNICEF*. Recuperado de [E/ICEF/2008/5/Rev.1](https://www.unicef.org/media/54796/file)
- FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. (2015). *UNICEF Procedure for ethical standards in research, evaluation, data collection and analysis*. Recuperado de <https://www.unicef.org/media/54796/file>
- INSTITUCIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2019). *Grupo de trabajo Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias: Informe final*. Montevideo. Recuperado de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/medicalizacion-patologizacion-infancias-adolescencias-informe-final>
- INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY Y FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. (2015). *Derecho a crecer en familia: Hacia un modelo alternativo a la internación*. Montevideo: Mastergraf. Recuperado de https://www.bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=136
- INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY. (2019a). *Manual de procedimientos para el sistema de protección integral de 24 horas*. Montevideo. Recuperado de <https://www.inau.gub.uy/institucional/documentos-institucionales>
- INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY. (2019b). *Informe de transición de gobierno período 2015-2020*. Montevideo. Recuperado de <https://www.inau.gub.uy/novedades/noticias/item/2868-informe-de-transicion-balance-de-gestion-2015-2020-logros-y-desafios>
- INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY. (2019c). *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_693726.pdf
- INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY. (2019d). *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 <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zrlTLYXmPbAJ:www.inau.gub.uy/llamados/llamados-a-concurso/download/5241/2102/16+&c-d=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=uy>
- INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY Y FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. (2019). *Comunicación privada con base en Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2021), entonces inédito*.
- Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Estudio de población y de capacidad de respuesta en sistema de protección 24 horas de INAU: Relevamiento de recursos humanos y de niños, niñas y adolescentes atendidos*.
- MARRADI, A., ARCHENTI, N., y PIOVANI, J. (2018). *Manual de metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA DE URUGUAY, INSTITUCIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2016, diciembre 8). *Informe API Los Robles (Informe n.º 069/MNP/2016)*. Montevideo: Institución Nacional de Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-api-robles-069mnp-2016>
- MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA DE URUGUAY, INSTITUCIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2019, agosto 21). *V Informe anual del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura: Uruguay 2018*. Montevideo: Institución Nacional de Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-2018-del-mecanismo-nacional-prevencion-tortura-mnp>
- MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA DE URUGUAY, INSTITUCIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2020). *VI Informe anual del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes–Uruguay 2019*. Montevideo: Institu-

- ción Nacional de Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/mnp-presenta-informe-anual-sobre-prevencion-tortura-otros-tratos-cruels>
- MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN, INSTITUCIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2020, setiembre 8). *Informe sobre el centro medio camino Larrañaga Montevideo (Informe n.º 122/MNP-SP/2020)*. Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. Recuperado de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-sobre-centro-medio-camino-larranaga-montevideo-informe-ndeg122>
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2011, junio). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2020, febrero 26). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. Recuperado de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado.pdf>
- MORLACHETTI, A. (2013). *Sistemas nacionales de protección integral de la infancia: Fundamentos jurídicos y estado de aplicación en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4040/S2012958_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OBSERVATORIO DE DERECHOS DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DEL URUGUAY, COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO URUGUAY. (2019, diciembre). *La infancia como prioridad: Información y diagnóstico en relación al estado de atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes. (Boletín informativo)*. Recuperado de <https://www.cd-nuruguay.org.uy/noticias/informe-atencion-en-salud-mental-de-ninos-ninas-y-adolescentes-en-uruguay/>
- ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS. (2010). *Mapeo de actores sociales: VIH y violencia contra las mujeres en Panamá*. Recuperado de [https://www.oas.org/es/cim/docs/MapeoPAN\[Final\].pdf](https://www.oas.org/es/cim/docs/MapeoPAN[Final].pdf)
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1984, diciembre 10). *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cat.aspx>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1990, setiembre 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. (2003, enero 9). *Protocolo facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes (a/res/57/199)*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/op-cat.aspx>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (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
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2010, febrero 24). *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños (A/RES/64/142)**.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2015, julio 30). *Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/70/213)*.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2016, abril 4). *Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/HRC/32/32)*.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2019a). *Examen Periódico Universal para Uruguay. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2019b, 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 MUNDIAL DE LA SALUD. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor. Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación: Sí a la atención, no a la exclusión*. Ginebra. Recuperado de <https://www.who.int/men->

tal_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2013). *Plan de acción sobre la Salud Mental 2013-2020*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=8EB06D2A26D4F931EBED030A4991F800?sequence=1

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2015). *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*. Herramienta de entrevista. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150398/9789241548410_interview_spa.pdf?sequence=3

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2018, marzo 30). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta (Nota descriptiva)*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

PEÑA VERA, T., y PIRELA MORILLO, J. (2007). *La complejidad del análisis documental*. *Información, Cultura y Sociedad*, 16, 55-81.

PIZARRO, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: Una mirada desde América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf

124

ROMANO, S. (2018). *Atención de la salud mental de la población usuaria de ASSE (Diagnóstico de situación en abril/2018)*. Montevideo: ASSE.

SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS, MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS. (2011). *Grupos en situación de vulnerabilidad y derechos humanos: Políticas públicas y compromisos internacionales*. Buenos Aires. Recuperado de http://www.jus.gob.ar/media/1129151/31-grupos_vulnerables.pdf

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA. (2019, diciembre). *Estudio de población y proyectos*. Montevideo.

SUBCOMITÉ PARA LA PREVENCIÓN DE LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES,

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2016, enero 26). *Enfoque del Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes respecto de los derechos de las personas institucionalizadas y bajo tratamiento médico sin consentimiento informado (CAT/OP/27/2)*.

TECHERA, A., y APUD, I. (2013). *Políticas de salud mental en Uruguay: Pasado, presente y Futuro*. En N. De León (coord.): *Salud mental en debate (25-35)*. Montevideo: Psicolibros-CSIC-UDELAR. https://psico.edu.uy/sites/default/files/2013-12_salud_mental_en_debate.pdf

URUGUAY. (2004, setiembre 14). *Ley n.º 17.823: 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 n.º 18.331: Ley de Protección de Datos Personales*. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008/29>

URUGUAY. (2008, diciembre 10). *Ley n.º 18.426: Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

URUGUAY. (2010, marzo 9). *Ley n.º 18.651: Ley de Protección Integral de Personas con Discapacidad*. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010/49>

URUGUAY. (2010, setiembre 16). *Decreto n.º 274/010: Reglamentación de la ley n.º 18.335 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. (2015, diciembre 8). *Ley n.º 19.353: Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados*. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>

URUGUAY. (2017, setiembre 19). *Ley n.º 19.529: Ley de Salud Mental*. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017/37>

Siglas

| | | | |
|----------|---|--------|--|
| ACIJ | Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia | FLACSO | Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales |
| ANEP | Administración Nacional de Educación Pública | GEDIS | Grupo de Estudios sobre Discapacidad |
| ANONG | Asociación Nacional de Organizaciones No Gubernamentales Orientadas al Desarrollo | IAE | intento de autoeliminación |
| APT | Asociación para la Prevención de la Tortura | IELSUR | Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay |
| ASSE | Administración de los Servicios de Salud del Estado | IIDH | Instituto Interamericano de Derechos Humanos |
| AUDEC | Asociación Uruguaya de Educación Católica | IIN | Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes |
| AYEX | Ayudas Extraordinarias | INAU | Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay |
| BPS | Banco de Previsión Social | INDDHH | Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo |
| CAINFO | Centro de Archivos y Acceso a la Información Pública | INISA | Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente |
| CATP | Comisión Asesora Técnica Permanente | LSM | Ley de Salud Mental |
| CDN | Convención sobre los Derechos del Niño | MEC | Ministerio de Educación y Cultura |
| CDNU | Comité de los Derechos del Niño Uruguay | MEF | Ministerio de Economía y Finanzas |
| CDPD | Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad | MIDES | Ministerio de Desarrollo Social |
| CECAP | Centros Educativos de Capacitación y Producción | MNP | Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes |
| CELS | Centro de Estudios Legales y Sociales | MSP | Ministerio de Salud Pública |
| CEPAL | Comisión Económica para América Latina y el Caribe | MTSS | Ministerio de Trabajo y Seguridad Social |
| CIDH | Corte Interamericana de Derechos Humanos | MVOTMA | Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente |
| CIE | Coordinación de Intervenciones Especializadas | NNA | niños, niñas y adolescentes |
| CNA | Código de la Niñez y Adolescencia | OMS | Organización Mundial de la Salud |
| CNCHDDNA | Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y Adolescente | ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| CODICEN | Consejo Directivo Central | OPCAT | Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes de Naciones Unidas (por su nombre en inglés) |
| CRC | Comité de los Derechos del Niño (por su nombre en inglés) | | |
| EPU | Examen Periódico Universal | | |

Encierro y salud mental de niñas, niños y adolescentes

| | |
|-----------|--|
| OPP | Oficina de Planeamiento y Presupuesto |
| OSC | organizaciones de la sociedad civil |
| PAI | planes de atención integral |
| PIE | Programa de Intervenciones Especializadas |
| PNSM | Plan Nacional de Salud Mental |
| PRONADIS | Programa Nacional de Discapacidad |
| RADEV | Regulación de la Atención a la Demanda de Especial Vulnerabilidad |
| RAP-METRO | Red de Atención Primaria Metropolitana |
| SIAS | Sistema de Información Integrada del Área Social |
| SIPI | Sistema de Información para la Infancia |
| SNIC | Sistema Nacional Integrado de Cuidados |
| SNIS | Sistema Nacional Integrado de Salud |
| SPA | sustancias psicoactivas |
| SPT | Subcomité para la Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas crueles, Inhumanos o Degradantes |
| TMG | trastorno mental grave |
| UCC | Uruguay Crece Contigo |
| UDELAR | Universidad de la República |
| UNESCO | Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (por su nombre en inglés) |

Glosario

acogimiento familiar. Otra de las modalidades de atención que provee el INAU para los niños, niñas y adolescentes que por diferentes circunstancias se encuentran privados del cuidado parental. El Programa de Acogimiento Familiar es un recurso de apoyo temporal con alcance nacional. Se propone asegurar el desarrollo en un nuevo entorno familiar, procurando estimular el respeto a la identidad y los vínculos afectivos de niños, niñas y adolescentes en la modalidad de familia amiga. <https://www.inau.gub.uy/familia/acogimiento-familiar>

aislamiento. «[S]ignifica mantener involuntariamente a una persona sola en un cuarto con llave o área de seguridad de la cual ella está físicamente impedida de salir» (OMS, 2012, p. 90).

atenuar el escalamiento. «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, 2012, p. 90).

centros de atención en episodios agudos. Centros que brindan atención integral en salud mental en modalidad residencial a niños/as y/o adolescentes que presentan episodios agudos. Según el INAU (2019c), se consideran episodios agudos: «IAE, crisis de excitación, intoxicaciones, episodios delirantes agudos, trastornos afectivos» (p. 28).

centros de atención integral de salud mental. Centros integrados al sistema de protección especial especializada del INAU que atienden a niños, niñas, adolescentes y adultos con trastornos mentales

compensados severos o no. A partir de la licitación de enero 2019 (INAU, 2019c), los centros que anteriormente se denominaban *centros medio camino* comienzan a denominarse *centros de atención integral en salud mental para niños, niñas y/o adolescentes con trastornos mentales compensados* y los *centros crónicos* se denominan actualmente *centros de atención integral en salud mental para niños, niñas y/o adolescentes con trastornos mentales severos*. En el documento también se refiere a centros de atención en salud mental.

centros de protección especial 24 horas. Cuando un/a juez/a dispone la separación, transitoria o definitiva, de un niño, niña o adolescente de su familia, el Estado debe garantizar su protección. Una de las modalidades de atención son los centros de protección especial, que son proyectos destinados a la protección en régimen de 24 horas para niños, niñas y adolescentes. (En el texto se los denomina *centro, establecimiento, centro de residencia*.)

centros de protección especial especializada de 24 horas/centros de protección especial especializada. Dentro de los centros de residencia 24 horas se identifican los centros de protección especial especializada que son aquellos que atienden las situaciones de discapacidad, salud mental y consumo problemático de drogas. (En el texto se los denomina *centro, establecimiento, centro de residencia, clínica*.)

contención. Según la OMS (2012), contención «significa el uso de un dispositivo mecánico o medicamentos para impedir que una persona se mueva» (p. 90). El protocolo de intervención en situaciones de precrisis, crisis y poscrisis de NNA en centros 24 horas del sistema de protección integral del INAU (2019d)

plantea que el objetivo de la contención es evitar que la persona se lastime o que dañe a otra persona de su entorno. Para adoptar las medidas de contención se debe tener en cuenta el estado emocional del niño, niña o adolescente y desplegar diferentes estrategias con un criterio de gradualidad de menor a mayor restricción. De acuerdo a esta graduación, se encuentran en primer orden las medidas psicoemocionales de contención, en segundo término las medidas farmacológicas y con mayor grado de restricción las medidas físicas de contención.

discapacidad. El artículo 1 de la CDPD (ONU, 2007) define a las personas con discapacidad como «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» (p. 4). Esta definición hace referencia a la característica individual de la persona y al efecto de la interacción entre la deficiencia individual y el entorno social y físico.

gatillantes de las crisis. «Entre los 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, 2015, p. 50).

instituciones asilares. La Ley de Salud Mental 19.529 establece en su artículo 37 el cierre de las estructuras o instituciones asilares o monovalentes, en el entendido de que causan daño a los usuarios de salud mental allí institucionalizados, por dejarlos aislados de la sociedad por un período prolongado, durante el cual tienden a cronificarse los padecimientos de salud mental. Se promueve la instalación de estructuras alternativas como centros de atención comunitaria, dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación o integración psicosocial. Se apunta a la instalación de establecimientos o dispositivos pequeños, integrados a la sociedad, donde el usuario de salud mental reciba tratamiento ambulatorio u otras propuestas de apoyo y continúe su vida en vínculo con su familia y redes sociales. De hecho, la ley impone la prohibición de la instalación de nuevos establecimientos asilares desde su

puesta en vigencia, con miras a tender a la desinstitutionalización de los usuarios de salud mental internados en las instituciones asilares ya existentes.

interdisciplina/interdisciplinariedad. «Posada define la interdisciplina como el segundo nivel de integración disciplinar, en el cual la cooperación entre disciplinas conlleva interacciones reales; es decir, reciprocidad en los intercambios y, por consiguiente, un enriquecimiento mutuo» (Carvajal, 2010, p. 159).

intersectorialidad. «[I]ntervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida» (FLACSO, 2015).

lugares de privación de libertad o encierro. En un sentido amplio, según el artículo 4 del OPCAT (2016), «por privación de libertad se entiende cualquier forma de detención o encarcelamiento o de custodia de una persona por orden de una autoridad judicial o administrativa o de otra autoridad pública, en una institución pública o privada de la cual no pueda salir libremente» (p. 2).

medicalización. Proceso por el cual cuestiones de la vida social son reducidas a una racionalidad que vincula las dificultades de adaptación a las normas sociales a determinismos orgánicos que se expresan como enfermedades del individuo (Fórum sobre Medicalização da Educação e Saúde, citado en INDDHH, 2019). Los «problemas que no son médicos» son definidos y tratados como «enfermedad» o «desorden». En tanto proceso social, es necesario entenderlo como un fenómeno bidireccional, por un lado la racionalidad médica «apropiándose» de fenómenos no médicos, y por el otro, sujetos individuales y/o colectivos que se «apropian de la medicina» (INDDHH, 2019).

medidas de contención. El uso de procedimientos preventivos, verbales, farmacológicos y/o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos parciales o totales de un paciente, a fin de controlar su actividad física y protegerlo de las lesiones que sobre sí mismo o sobre otras personas pudiera infligir.

medidas de contención farmacológica. Se aplican cuando la contención psicoemocional no alcanzó a estabilizar el estado emocional del niño, niña o adolescente. Se habilita la administración de fármacos con la finalidad de aliviar la sintomatología.

Solo pueden ser aplicadas con prescripción médica (INAU, 2019d).

medidas de contención física, medidas de contención mecánica. 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, 2019d).

medidas de contención psicoemocionales. Se basan en utilizar la palabra, el diálogo y la escucha como forma de disminuir y aliviar la tensión del niño, niña o adolescente. Constituyen medidas de protección y cuidado y no necesariamente deben ser indicadas o implementadas por un profesional de la salud (INAU, 2019d).

modalidad de atención. Refiere al ámbito de convivencia en que se encuentra el niño, niña o adolescente vinculado al sistema de protección. La atención puede ser brindada estando en un centro residencial, en situación de contexto familiar (sea su familia de origen, extensa, ampliada o ajena), en un proceso de autonomía o en alguna otra situación.

modelo biomédico. Modelo «centrado en la enfermedad, que utiliza un criterio restringido e individual para la prevención de los problemas de salud mental», que no incluye factores psicológicos y sociales (ONU, 2019b).

patologización. Vinculado a la medicalización, el proceso de patologización se expresa en la necesidad de diagnosticar o incluir en categorías diagnósticas todas las conductas que no forman parte de lo «esperado». A su vez, se significa a las personas que presentan tales conductas como problemáticas y se las coloca en el centro de las acciones, descontextualizadas de los factores familiares, sociales, económicos y culturales (INDDHH, 2019).

perfil de atención/tipo de centros/modalidades de proyectos/perfil de proyectos. Son las distintas propuestas de atención que brinda el INAU para contemplar las diferentes situaciones de los niños, niñas o adolescentes vinculados al Sistema de Protección. Si bien estas propuestas de atención ofrecen una residencia para la estadía de los menores

de edad (centros residenciales), puede haber casos en los que, aunque estén siendo atendidos por alguna de ellas, residan en algún tipo de ámbito familiar (atención en contexto familiar). En esos casos, el equipo técnico del centro vela por el cumplimiento de los derechos del niño, niña o adolescente y busca fortalecer las capacidades de cuidado.

proyecto de atención integral (PAI). Herramienta para el trabajo y registro único de la intervención socioeducativa del NNA, realizada conjuntamente con él y su familia. Se definen y realizan acciones orientadas a organizar óptimas condiciones para el cuidado y desarrollo de los NNA, de modo de favorecer su transición hacia la vida en familia y comunidad.

recuperación. «[L]a comprensión de sus capacidades y discapacidades de uno mismo, participación de una vida activa, autónoma personal, identidad social significativo y propósito de la vida y sentido positivo del ser. La “recuperación” no es sinónimo de curación» (OMS, 2012, p. 49).

rehabilitación. «[P]roceso total, caracterizado por la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, psicológicas, educativas y laborales, para adaptar o readaptar al individuo, que tiene por objeto lograr el más alto nivel posible de capacidad y de inclusión social de las personas con discapacidad, así como también las acciones que tiendan a eliminar las desventajas del medio en que se desenvuelven para el desarrollo de dicha capacidad» (Uruguay, 2010, artículo 4).

salud mental. «[E]stado 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 el mismo sentido, el relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras, destaca que «[S]in salud mental no hay salud. Una buena salud mental significa mucho más que la ausencia de enfermedades mentales. La concepción moderna de salud

mental abarca un buen bienestar emocional y social, y unas relaciones sanas y pacíficas entre los grupos y las personas, en las que exista un vínculo mutuo de confianza, tolerancia y respeto por la dignidad de cada uno» (ONU, 2015).

sistemas nacionales de protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes/sistema integral de protección a la infancia. Según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2017), «[l]os “sistemas nacionales de protección de los derechos de la niñez” deberían constituir el andamiaje fundamental y las estructuras operativas necesarias para la efectiva vigencia, protección y defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes sin los cuales los marcos normativos que reconocen estos derechos devienen inaplicables e inefectivos en la práctica, y los derechos irrealizables» (p. 18).

situación de vulnerabilidad, grupos en situación de vulnerabilidad. Inseguridad o riesgo que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico social de carácter traumático. También, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento (Pizarro, 2001).

En este documento se utiliza la expresión *situación de vulnerabilidad*, ya que denota un carácter dinámico y modificable de la situación para su transformación. «La expresión “grupos en situación de vulnerabilidad” se utiliza para designar a aquellos grupos de personas o sectores de la población que, por razones inherentes a su identidad o condición y por acción u omisión de los organismos del Estado, se ven privados del pleno goce y ejercicio de sus derechos fundamentales y de la atención y satisfacción de sus necesidades específicas» (Secretaría de Derechos Humanos, 2011, p. 11).

situaciones excepcionales graves. Aquellos episodios en que se pone en riesgo la integralidad de los niños, niñas y adolescentes o la de otras personas (INAU, 2019d).

tortura. La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (ONU, 1984) define en su artículo 1 que «se entenderá por el término “tortura” todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimien-

tos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a estas».

trastorno mental, padecimiento en salud mental, padecimiento psíquico. «Existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno». Definición incluida en la normativa nacional (Ley 19.529 de Salud Mental, artículo 2) para definir *trastorno mental*.

En este documento se utiliza también el concepto de *padecimiento* en salud mental, para dar cuenta del carácter dinámico de las situaciones de las personas que padecen problemas de salud mental. La Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada en la Argentina en el 2010, define en su artículo 1 que tiene por objeto el goce de los derechos humanos de «aquellas [personas] con padecimiento mental» (p. 9). La reglamentación avanza en la definición de padecimiento mental y establece que se refiere a «todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades» (p. 55).

trastornos mentales compensados. La licitación que está en vigencia (INAU, 2019c) para la atención de la salud mental de niñas, niños y adolescentes del sistema de protección especial especializado define como trastornos mentales compensados los siguientes perfiles de población:

«Niños portadores de trastornos generalizados del desarrollo, trastornos disruptivos y retardo mental

leve o moderado con trastornos conductuales o conductas psicóticas pudiendo estar asociadas a situaciones de calle, violencia, explotación sexual y consumo problemático de SPA» (INAU, 2019c, p. 25).

«Adolescentes portadores de trastornos psicóticos, borderlines, trastornos del humor, trastornos disruptivos severos, trastornos conductuales, con retardo mental leve o moderado, pudiendo estar asociadas a situaciones de calle, violencia, explotación sexual y consumo problemático de SPA» (INAU, 2019c, p. 27).

trastornos mentales severos compensados. La licitación que está en vigencia (INAU, 2019c) para la atención de salud mental de niñas, niños y adolescentes del sistema de protección especial especializado define como trastornos mentales severos compensados: «Trastornos psicóticos, borderlines graves con predominio de los elementos psicóticos, trastornos del humor, trastornos conductuales, trastornos disruptivos con o sin retardo mental» (INAU, 2019c, p. 30).

Anexos

Anexo I. Metodología del proyecto salud mental en infancias y adolescencias

El objetivo del proyecto «Salud mental y encierro en infancias y adolescencias» busca prevenir y dar cuenta de las vulneraciones de derechos detectadas en el monitoreo de los centros de atención en salud mental del sistema de protección 24 horas de INAU, con el fin de incidir en su transformación.

Dado el carácter abarcativo del objetivo general de esta propuesta, el proyecto se desarrolló en torno a distintas estrategias de trabajo que se desarrollaron y articularon en simultáneo. Un eje corresponde al monitoreo de los centros y el otro, a un proceso de investigación sobre el campo de la atención a la salud mental de niñas, niños y adolescentes en contextos de encierro.

Por un lado, el eje de monitoreo es parte de los cometidos del MNP: dar seguimiento al monitoreo de las clínicas de atención en salud mental del sistema de protección de niños, niñas y adolescentes, así como también del sistema de salud mental en el país. Por otro lado, el componente de investigación surge como oportunidad de generar conocimiento sobre esta área temática específica, apostando a que ambos ejes (monitoreo e investigación) se complementen y articulen de manera de aumentar las capacidades institucionales para dar seguimiento a estos centros de encierro y tener una mayor capacidad de comprensión del contexto analizado.

La decisión de que ambas estrategias se desplegaran en paralelo permitió una retroalimentación muy valiosa que complementa los objetivos de cada una, lo que fortalece el resultado final no solo en cuanto a la recolección de información, sino también en relación con el análisis de lo hallado. En ese marco, se desplegaron acciones de incidencia y seguimiento de recomendaciones ante situaciones de malos tratos relevadas en centros particulares, así como temáticas transversales

en la atención a la salud mental del sistema de protección que se podrían configurar en prácticas de violencia institucional.

El proyecto se desarrolló de setiembre de 2019 a setiembre de 2020; el relevamiento de información y monitoreo de los centros de salud mental se realizó en el período que va de setiembre de 2019 a abril de 2020; de mayo a julio se realizó el análisis de la información relevada, y en los últimos dos meses se elaboró el informe.

A continuación se presentan brevemente los objetivos y la metodología desplegada en cada eje y se profundiza dicho análisis en los capítulos que presentan los resultados obtenidos en los ejes monitoreo e investigación.

1. Sobre el eje de monitoreo

El objetivo general de esta estrategia es monitorear la calidad de los derechos humanos en los centros de atención de salud mental de niñas, niños y adolescentes del sistema de protección.

Como objetivos específicos se plantearon:

1. Monitorear las condiciones de protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso.
2. Valorar las garantías disponibles para el derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible.
3. Determinar el nivel de implementación de acciones que garantizan el derecho a la libertad de opinión en todo lo que concierne a la persona, así como su derecho a la libertad personal y la seguridad.

4. Evaluar las condiciones que garantizan el derecho a un nivel de vida adecuado.
5. Evaluar las condiciones que promueven el desarrollo de una vida independiente e incluida en la comunidad.

Se empleó para el monitoreo la herramienta de calidad propuesta por la OMS (2012) a fin de evaluar y mejorar la calidad de los establecimientos de salud mental y apoyo social. Este instrumento abarca cinco dimensiones que observan el nivel de cumplimiento de los estándares internacionales en materia de derechos humanos y salud mental, basados en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2007). Asimismo, se incorporó el enfoque de derechos de infancia, emanado de la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1990), en atención a la población residente en los centros monitoreados. A su vez, cada una de las cinco dimensiones de derecho se operacionaliza en una serie de criterios que permiten dar cuenta del nivel de cumplimiento de los estándares.¹

El cuadro A1.1 presenta las dimensiones de derecho que abarca el instrumento de monitoreo, con su correspondiente articulado en el instrumento internacional en el que se basa la herramienta (Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad) y, finalmente, repasa los estándares que se observan durante el proceso, a fin de dar cuenta del cumplimiento (o no) de los criterios mínimos para centros de atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes. Los estándares permiten hacer operativa una serie de criterios que orientan sobre qué observar en las visitas, durante las entrevistas y en la revisión documental.

Centros monitoreados

El monitoreo realizado en el marco de este proyecto abarcó:

- Diez (10) centros de atención integral de salud mental² para niños, niñas, adolescentes y adultos

1 Ver anexo 2, «Temas y estándares de evaluación».
 2 A partir de la licitación de enero de 2019 (INAU, 2019c), se cambia la denominación de los centros de atención en salud mental. Los centros que anteriormente se denominaban *centros medio camino* comienzan a nombrarse como *centros de atención integral en salud mental para niños, niñas y/o adolescentes con trastornos*

con trastornos mentales, severos o no compensados,³ de un total de 12 centros que tienen cupo para atender a 364 niños, niñas y adolescentes,⁴ lo que representa el 83 % del universo.

- Dos (2) centros de atención a episodios agudos para niños, niñas y adolescentes que cursan un episodio agudo, de un total de dos centros que atienden hasta 52 niños, niñas y adolescentes, lo que representa el 100 % del universo.

Si bien el proyecto preveía realizar un relevamiento de todos los centros de atención en salud mental del sistema de protección, quedaron dos centros sin monitorear (centros Resurgir y Gorriónes). De acuerdo al cronograma de visitas elaborado, dichos centros iban a ser visitados en abril de 2020. En ese momento en Uruguay se había decretado la emergencia sanitaria y se habían dispuesto una serie de medidas centradas en el aislamiento voluntario. En este marco, el MNP diseñó e implementó un proyecto de monitoreo al sistema de protección infantil y adolescente específico para este período y se cancelaron las visitas previstas en el marco del proyecto de salud mental e infancia teniendo como base el principio de no provocar un daño mayor.⁵ Asimismo, en dos centros (centros Bulevar y Piedra Alta) no se realizó la segunda visita prevista en la metodología (ver cuadro A1.1).

Si bien el contexto de emergencia sanitaria recortó el diseño metodológico previsto, los centros monitoreados son una representación estadísticamente robusta.

La delimitación de los centros de atención de salud mental del sistema de protección deja fuera de este es-

mentales compensados y los *centros crónicos* se denominan actualmente *centros de atención integral en salud mental para niños, niñas y/o adolescentes con trastornos mentales severos*.

3 En la última licitación para servicios de atención en salud mental (INAU, 2019c), se plantea que los centros de atención integral en salud mental están dirigidos a población con trastornos mentales compensados, ya sea severos o no. Mientras que los centros de atención a episodios agudos brindan atención a niños, niñas y adolescentes que presentan episodios agudos.
 4 Según respuesta al oficio 560/2019 (del 6 de setiembre de 2019), enviado por el MNP al directorio de INAU solicitando información sobre los centros de atención en salud mental, distribución, cupos y modalidad de contratación.
 5 Es importante señalar que los dos centros que no integraron el relevamiento del proyecto fueron monitoreados, junto con el resto de los centros de salud mental del sistema de protección, en el período de emergencia sanitaria. Ver informe sobre el sistema de protección de niños, niñas y adolescentes en tiempos de covid-19, disponible en <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/informe-sobre-sistema-proteccion-ninos-ninas-adolescentes-tiempos-covid-19>

CUADRO A1.1. Universo de centros de atención de salud mental en el sistema de protección y cobertura del monitoreo

| Modalidad de atención | Franja etaria de la población que atiende | Nombre del centro | Cupos disponibles | Fecha de visitas | |
|---|---|--------------------|-------------------|-------------------------|---------------|
| | | | | Primera | Segunda |
| Centro de atención en salud mental para población con trastornos compensados no severos | 5 a 12 años y 11 meses al ingreso | Los Gorriones | 12 | No se realizó monitoreo | |
| | | Bulevard | 36 | 6/2/2020 | - |
| | | Cenadis | 42 | 28/11/2019 | 14/2/2020 |
| | | Asencio Río Branco | 30 | 24/10/2019 | 27/02/2020(*) |
| | 13 a 17 años y 11 meses al ingreso | Maroñas | 54 | 15/11/2019 | 14/1/2020 |
| | | Carpei | 35 | 13/3/2020 | 29/5/2020 |
| | | Resurgir | 31 | No se realizó monitoreo | |
| | | La Posada | 25 | 4/10/2019 | 8/1/2020 |
| | | Piedra Alta | 12 | 21/2/2020 | - |
| | | Asencio Canelones | 32 | 19/9/2019 | 14/10/2019 |
| Larrañaga | 25 | 3/8/2019 | 9/10/2019 | | |
| Centro de atención en salud mental para población con trastornos compensados severos | No especifica franja etaria | Rumbos | 30 | 26/9/2019 | 16/1/2020 |
| Centros de atención de episodios agudos | 9 a 17 años y 11 meses al ingreso | API Los Robles | 40 | 17/10/2019 | 6/3/2020 |
| | | Carpei | 10 | 13/3/2020 | 29/5/2020 |
| Total de cupos | | | 414 | | |

(*) El día 03/01/2020 se realizó una segunda visita, que no se pudo desarrollar porque al momento del ingreso del MNP se informó que los niños y niñas iban a una salida recreativa fuera del establecimiento. Esta situación se había suscitado en la visita anterior, por lo tanto el equipo del MNP resolvió suspender y regresar en otra instancia. Esta se concretó el 27 de febrero de 2020.

Fuente: Elaboración propia con base en respuesta al oficio 560/2019 enviado por el MNP al directorio de INAU.

137

tudio la atención que se brinda en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, los hospitales departamentales y clínicas privadas. A su vez, dentro del sistema de protección de INAU, no se incluyen para este estudio los centros de atención y tratamiento del consumo problemático de drogas, así como tampoco los centros para personas en situación de discapacidad.

Características del monitoreo

El monitoreo de los centros de atención en salud mental para niños, niñas y adolescentes se realizó con un equipo interdisciplinario de técnicos (psicología, trabajo social, psiquiatría infantil, medicina, sociología, ciencia política y desarrollo) integrado por el equipo del MNP y consultores.

Se realizaron visitas sin previo aviso, de acuerdo a la metodología de monitoreo general del MNP, y se apli-

caron tres técnicas de recolección de información de acuerdo a lo establecido en el artículo 20 del OPCAT:⁶

1. Observación de los establecimientos. La recorrida por el centro implica una pauta de observación y el registro fotográfico del lugar. Se trató de un tipo de observación estructurada (Marradi, Archenti y Piovani, 2018) que intenta documentar sistemáticamente el espacio y recuperar alguna de sus dinámicas. En este caso, se recorre todo el centro, espacios de dormitorios, sanitarios, espacios comunes, espacios exteriores. Se solicita que abran todas las puertas y placares. Se realiza registro fotográfico de todos los espacios para dar cuenta de las condiciones edilicias y de la adecuación de los espacios (dormitorios, espacios comunes, sanitarios, espacios exteriores). Durante la observación se trata de relevar las condiciones edilicias; oler para identificar malos olores; tocar para cerciorarse de que la ropa de cama sea de calidad adecuada, que la temperatura del lugar sea confortable; escuchar los sonidos del establecimiento y probar la comida del lugar.
2. Entrevistas a funcionarios/as y residentes en el centro (cuadro A1.2). Las entrevistas son un instrumento muy valioso para la recolección de información y testimonios de primera mano. Es una técnica que permite establecer una interacción directa con la persona entrevistada y tener una aproximación a su discurso, experiencia y percepción (Marradi, Archenti y Piovani, 2018). También es una herramienta que, al ser cara a cara, permite identificar vacíos e incomodidades no necesariamente explicitados en el discurso.

hizo énfasis en un protocolo para resguardar la identidad de los niños, niñas y adolescentes entrevistados. Las entrevistas con niños, niñas y adolescentes fueron realizadas con previa explicación en profundidad del propósito de la entrevista y la recolección de la voluntad expresa de participar en ella.⁷

Cabe destacar que la situación de entrevista —en general, pero en particular con niños, niñas y adolescentes— es un momento clave del monitoreo. Se trata de una tarea sensible y delicada (APT, 2004), tanto por las condiciones de encierro como por las diferentes situaciones, por los distintos padecimientos de salud mental, así como por el grupo etario del que se trata. De acuerdo con su mandato, el MNP posee la facultad de entrevistarse de manera confidencial con las personas privadas de libertad, sin testigos. De esta manera, se espera generar la confianza indispensable para que las personas se sientan cómodas y puedan aportar información valiosa sobre su situación y la del establecimiento. En el caso de este proceso de monitoreo, los niños, niñas y adolescentes contaron con información oral sobre el proceso del que estaban siendo parte, así como también con material gráfico informativo sobre sus derechos y recursos institucionales a los que podían acudir en caso de ser necesario. Se los entrevistó de manera personal o, también, cuando fue solicitado, de manera grupal, priorizando que se sintieran a gusto. En ningún caso se habilitó la participación de personas adultas referentes del centro en las entrevistas a fin de cuidar que estas no afectaran el bienestar y comodidad del niño, niña o adolescente entrevistado ni el testimonio brindado.

En todos los casos, tanto las entrevistas como el tratamiento de la información a los efectos de este informe se efectuaron conforme a la ley 18.331 de Protección de Datos Personales y acción de habeas data. En cualquier procedimiento de recolección de datos e información es necesario contar con el con-

6 «Artículo 20. A fin de que los mecanismos nacionales de prevención puedan desempeñar su mandato, los Estados Partes en el presente Protocolo se comprometen a darles: a) Acceso a toda la información acerca del número de personas privadas de su libertad en lugares de detención según la definición del artículo 4 y sobre el número de lugares de detención y su emplazamiento; b) Acceso a toda la información relativa al trato de esas personas y a las condiciones de su detención; c) Acceso a todos los lugares de detención y a sus instalaciones y servicios; d) Posibilidad de entrevistarse con las personas privadas de su libertad, sin testigos, personalmente o con la asistencia de un intérprete en caso necesario, así como con cualquier otra persona que el Mecanismo Nacional de Prevención considere que pueda facilitar información pertinente; e) Libertad para seleccionar los lugares que deseen visitar y las personas a las que deseen entrevistar; f) El derecho a mantener contactos con el Subcomité para la Prevención, enviarle información y reunirse con él» (OPCAT, 2004).

7 La cantidad de entrevistas realizadas por establecimiento mantuvo las recomendaciones muestrales otorgadas por la herramienta de calidad de la oms.

CUADRO A1.2. Distribución de centros monitoreados y entrevistas realizadas

| Modalidades de atención | Centro | Cupo | Población residente el día de la 1.ª visita | Entrevistas niños, niñas y adolescentes | | Entrevistas dirección | Entrevista equipo técnico |
|---|--------------------|------|---|---|----|---|---|
| | | | | Cant. | % | | |
| Centros para niños y niñas con trastornos compensados no severos (centros medio camino) | Bulevar | 36 | 32 | 10 | 31 | Directora y coordinadora general | Psiquiatra, trabajadora social y psicólogo |
| | Cenadis | 42 | 42 | 17 | 40 | Directora y coordinadora general | Psiquiatra, trabajadora social y psicólogo |
| | Asencio Río Branco | 30 | 29 | 14 | 48 | Directora | Trabajadora social, psiquiatra infantil y maestra |
| Centros para adolescentes con trastornos compensados no severos (centros medio camino) | Maroñas | 54 | 54 | 15 | 28 | Directora, coordinador general | Psiquiatra infantil |
| | Carpei | 35 | 22 | 11 | 50 | Director, coordinadora operativa, gerente general | Trabajadora social |
| | La Posada | 25 | 25 | 15 | 60 | Directora técnica, coordinadora educativa y coordinador administrativo | Psiquiatra infantil y de adultos, trabajadora social, psicóloga, profesora de apoyo escolar y nurse |
| | Piedra Alta | 12 | 12 | 4 | 33 | Coordinadora general | No se encontraba ningún técnico |
| | Asencio Canelones | 32 | 32 | 13 | 41 | Directora, coordinadora operativa y coordinador administrativo | Psiquiatra infantil, trabajadora social, psicóloga, maestra y nurse |
| | Larrañaga | 25 | 26 | 10 | 38 | Director general, coordinadora general, coordinador administrativo y recursos humanas | Médico, psiquiatra, psicóloga, trabajadora social, maestra especializada |

| Modalidades de atención | Centro | Cupo | Población residente el día de la 1.ª visita | Entrevistas niños, niñas y adolescentes | | Entrevistas dirección | Entrevista equipo técnico |
|--|----------------|------------|---|---|-----------|--|---------------------------|
| | | | | Cant. | % | | |
| Centro para adolescentes con trastornos compensados severos (crónicos) | Rumbo | 30 | 27 | 15 | 56 | Directora | Psicólogo, psiquiatra |
| Centros para atención de episodios agudos | API Los Robles | 40 | 40 | 22 | 55 | Director, coordinador | Psiquiatra infantil |
| | Carpei | 10 | 12 | 7 | 58 | Directora, coordinadora operativa, gerente general | Trabajadora social |
| Totales | | 371 | 353 | 153 | 43 | 27 | 31 |

Fuente: Elaboración propia con base en registros de visitas de inspección del equipo del MNP.

sentimiento de la persona que los proveerá (la explicación detallada de cuáles son los propósitos de esa instancia y qué uso se hará de la información es parte de las garantías éticas que se brindan en procesos de levantamiento de información). UNICEF (2015) sostiene que las pautas para procedimientos vinculados a la recolección de datos con niños, niñas y adolescentes deben ajustarse a los estándares éticos previstos a nivel local (si los hubiera) y de la normativa internacional. En ese sentido, la CDN es un marco adecuado para priorizar que los niños, niñas y adolescentes puedan ser escuchados/as en temas que los afectan directamente y que puedan formar parte de procesos y decisiones que los afectan.

La decisión de entrevistar a niños, niñas y adolescentes descansa en el principio de autonomía progresiva, así como también en la posibilidad de ser escuchados y de ir desarrollando la capacidad de tomar decisiones sobre sí mismos. En ese sentido, el padecimiento mental no debe ser considerado un impedimento para expresar su voluntad y ser escuchado/a (CNCH-DDNA, 2018).

3. Revisión documental: consiste en la selección de los documentos a analizar y la identificación de aspectos e información registrados en ellos que se conside-

rarán y cómo estos serán empleados en un nuevo documento —resaltando la información más valiosa del documento analizado para el propósito del monitoreo, en este caso—. El análisis documental implica un conjunto de operaciones técnicas en el marco de una investigación o proceso de recolección de información para recoger información valiosa de distintos registros (Peña Vera y Pirela Morillo, 2007). Los documentos revisados en general refieren a la historia clínica y la carpeta social donde se encuentra algunas veces también el expediente judicial. La revisión documental estuvo a cargo del/la profesional correspondiente, según el tipo de registro que se estuviera explorando, con el objetivo de hacer un análisis responsable de cada documento (APT, 2004). Los registros analizados a los efectos de este monitoreo fueron: carpetas psicosociales, legajos, registros médicos y planes de atención individualizados (PAI). La revisión documental da cuenta de dos instancias: la primera, que se hace en el marco de la visita. En dicha visita se entrega un oficio de solicitud de información, que después los centros envían al MNP, que es la segunda instancia de análisis documental en base a la información enviada.

2. Sobre el eje de investigación

Como fue señalado, el componente de investigación se despliega con el fin de complementar el trabajo de monitoreo de los establecimientos, aportando una mirada del conjunto de los actores que intervienen en alguna parte del ciclo de la política pública (diseño, implementación, monitoreo y evaluación) de atención de la salud mental de niñas, niños y adolescentes. En ese marco, el objetivo del componente de investigación es aportar una mirada sobre el cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos, a partir del marco normativo nacional e internacional, y cómo este se traduce en políticas y acciones del sistema de protección de niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la salud mental.

Los objetivos específicos propuestos son:

1. Describir el marco jurídico nacional e internacional.
2. Caracterizar a los actores involucrados en la garantía de derechos y describir sus cometidos, responsabilidades, discursos, acciones y estrategias de intervención en la política de atención a la salud mental de niñas, niños y adolescentes que inciden en la privación de libertad.
3. Establecer las relaciones entre los actores involucrados y las articulaciones entre estos para el cumplimiento de sus cometidos como garantes de derechos.
4. Mapear el campo de las políticas públicas de atención a la salud mental de niños, niñas y adolescentes para identificar la institucionalidad que la compone y las características de la población atendida.

De acuerdo con los objetivos, el trabajo de investigación se organizó en torno a la combinación de tres estrategias:

1. Descripción del marco jurídico nacional e internacional: implicó la revisión de la normativa nacional e internacional para construir el espacio jurídico que regula la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes, así como también el contexto legal que da cuerpo a las políticas públicas en tanto dispositivos de atención (el qué y el cómo). Se revisaron documentos de tipo normativo (regulación nacional y del derecho internacional de los derechos huma-

nos), orientaciones de política pública, estrategias y planes institucionales para los actores gubernamentales y no gubernamentales relevantes.

2. Análisis de la voz de los actores: se identificaron los actores individuales y colectivos relevantes para la temática en estudio (Organización de Estados Americanos, 2010). Se trató de un ejercicio de composición del ámbito de atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes, en el que no solo se consideró a quienes prestan directamente servicios, sino que, en un sentido amplio, se incorporó también a quienes producen información y reflexiones sobre el tema y a quienes contribuyen al diseño, seguimiento y evaluación de las políticas públicas. Se buscó caracterizar los cometidos, discursos, acciones, estrategias de intervención y análisis de las relaciones que se establecen entre los actores involucrados y cómo estas afectan el cumplimiento de sus cometidos como garantes de derechos.

Se tomó como *unidad de análisis* a actores que intervienen en el proceso de atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes y las relaciones que entre ellos se establecen.

Los criterios de inclusión para las entrevistas (cuadro A1.3) a informantes claves fueron:

- Referentes de instituciones responsables del diseño y/o implementación de la política pública de prestación de atención en salud mental a niños, niñas y adolescentes.
- Referentes de instituciones que han problematizado, generado conocimiento y desarrollado acciones de incidencia en torno a la temática.

De acuerdo con estos criterios, fueron 9 las instituciones abarcadas y 17 las entrevistas realizadas a informantes calificados/as. Se realizaron entrevistas a organismos estatales (INAU, MIDES, MSP, ASSE, CNCHDDNA), Poder Judicial (Defensoría Pública), academia (Facultad de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Espacio Interdisciplinario) y sociedad civil.

CUADRO A1.3. Nombre, cargo e institución de entrevistados/as

| Institución | Cargo | Nombre |
|----------------|---|-------------------------------------|
| INAU | Presidenta del directorio del INAU | Marisa Lindner |
| INAU | Director del Programa de Intervenciones Especializadas | Marcelo Peleteiro |
| INAU | División Salud, referente de psiquiatría infantil | Mónica Silva |
| INAU | Director de Regulación de la Atención a la Demanda de Especial Vulnerabilidad (RADEV) | Álvaro Oliveira |
| MSP | Coordinadora del Área Adolescencia y Juventud | Silvia Graña |
| MSP | Área Programática Salud Mental | Gabriel Rossi |
| ASSE RAP-METRO | Coordinadora del Área de Salud Mental | Ana Monza |
| CNCHDDNA | Subsecretaria del MEC por el Consejo Nacional Consultivo Honorario de los Derechos del Niño y Adolescente | Edith Moraes |
| MIDES | Director del Área Infancia del Sistema Nacional Integrado de Cuidados | Gabriel Corbo |
| MIDES | Director Nacional de Políticas Sociales (DNPS) | Matías Rodríguez y Fernanda Ferrari |
| MIDES | Directora de PRONADIS | Begoña Grau |
| UDELAR | Investigadora G5 de la Facultad de Psicología | Alicia Muniz |
| UDELAR | Investigadora G5 de la Facultad de Ciencias Sociales | María Noel Míguez |
| UDELAR | Espacio Interdisciplinario. Grupo Salud Mental, comunidad y derechos humanos | Cecilia Silva y Lucía de Pena |
| OSC | Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna | Federico Gutiérrez, Nelson De León |
| OSC | Investigadora de CAINFO | Alejandra Umpiérrez |
| Poder Judicial | Defensoría Pública Especializada | Rossana Bianchi |

142

Fuente: Elaboración propia.

3. Análisis estadístico de datos secundarios: se analizaron las bases proporcionadas por el Sistema de Información para la Infancia (SIPI) del INAU con la finalidad de caracterizar a la población residente en centros de atención a la salud mental y sus trayectorias institucionales. Con el fin de tener una mejor comprensión del ámbito de injerencia en atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes, se revisó la información disponible en el marco del Sistema de Información Integrada del Área Social (SIIAS), que también se nutre de las estadísticas del instituto.

De forma complementaria, se revisó la información procesada del censo a la población que reside en centros 24 horas, realizado por INAU-UNICEF en 2019. Con el aprovechamiento de las bases disponibles, se buscó tener una mejor descripción de la población de niños, niñas y adolescentes atendida, así como también de la propia política pública. Este tipo de análisis adicional permite no solo ordenar los datos disponibles, sino también identificar los vacíos y necesidades de generación de información.

Considerando que el propósito principal de todo el proyecto (monitoreo e investigación) es analizar el grado de cumplimiento de los estándares de calidad y derechos humanos de la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes, la contribución específica del componente de investigación se ubica en identificar a los principales actores que intervienen en las políticas de atención, en qué marco lo hacen y cómo intervienen (con qué otros actores dialogan y/o coordinan acciones; qué desafíos se identifican en la atención en salud mental a niños, niñas y adolescentes y cuáles son los enfoques a través de los cuales se enmarca esa intervención).

El trabajo de investigación se complementa con el de monitoreo, en tanto ofrece un mapa más general de los diversos actores involucrados, que poseen distintos cometidos y responsabilidades en torno al abordaje de la salud mental de niños, niñas y adolescentes, y el marco normativo en el que lo hacen.

Anexo 2. Temas y estándares de evaluación

| Temas | Estándares | Marco normativo: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Convención de los Derechos del Niño |
|--|---|---|
| <p>TEMA 1 Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. El derecho de los y las residentes a estar libres de abuso verbal, mental, físico y sexual y de descuido físico y emocional. 2. El uso de métodos alternativos al aislamiento y contención para «atenuar el escalamiento». 3. Se garantiza que ninguna medida disciplinaria constituya tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes, ni incluya medidas de aislamiento e incomunicación, ni restrinja el contacto con los referentes afectivos. 4. Derecho a la intimidad y privacidad: construcción de subjetividad y uso de cámaras de videovigilancia. 5. Derecho al acceso a mecanismos de denuncia formales frente a eventuales vulneraciones con garantías de protección. | <p>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad</p> <p>Artículo 15. Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Artículo 16. Protección contra la explotación, la violencia y el abuso</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Convención sobre los Derechos del Niño</p> <p>Artículo 19</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Artículo 37 Los Estados Partes velarán por que: 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.</p> |

| Temas | Estándares | Marco normativo: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Convención de los Derechos del Niño |
|--|---|---|
| <p>TEMA 2 Derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad de establecimientos para el ingreso de niños, niñas y adolescentes que requieran una atención especializada en salud mental. 2. Se garantiza la atención a la salud física del más alto nivel posible. 3. La medicación psicotrópica está disponible, se usa adecuadamente y se informa a los niños, niñas y adolescentes sobre los tratamientos realizados. 4. Se garantizan el tratamiento, la rehabilitación psicosocial y planes integrales e individualizados con participación de los y las residentes. 5. Garantías de abordajes específicos en problemáticas identificadas en niñas, niños y adolescentes. 6. Se garantiza el abordaje de la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de infancia y adolescencia. 7. El establecimiento cuenta con personal calificado y ofrece servicios de salud mental de buena calidad. | <p>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad</p> <p>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.</p> <p>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 multidisciplinaria 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.</p> <p>Convención sobre los Derechos del Niño</p> <p>Artículo 23</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Artículo 24</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. |

| Temas | Estándares | Marco normativo: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Convención de los Derechos del Niño |
|---|---|--|
| | | <p>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.</p> |
| <p>TEMA 3 Derecho a la libertad y seguridad de la persona y a la libertad de opinión en todo lo que le concierne</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Existen mecanismos que garantizan que los niños, niñas y adolescentes sean informados y participen sobre los asuntos concernientes a su tratamiento. 2. Existen procedimientos y resguardos para evitar la detención y el tratamiento de niñas, niños y adolescentes sin el consentimiento libre e informado. | <p>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad</p> <p>Artículo 14. Libertad y seguridad de la persona</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás: <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Convención sobre los Derechos del Niño</p> <p>Artículo 12</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. |

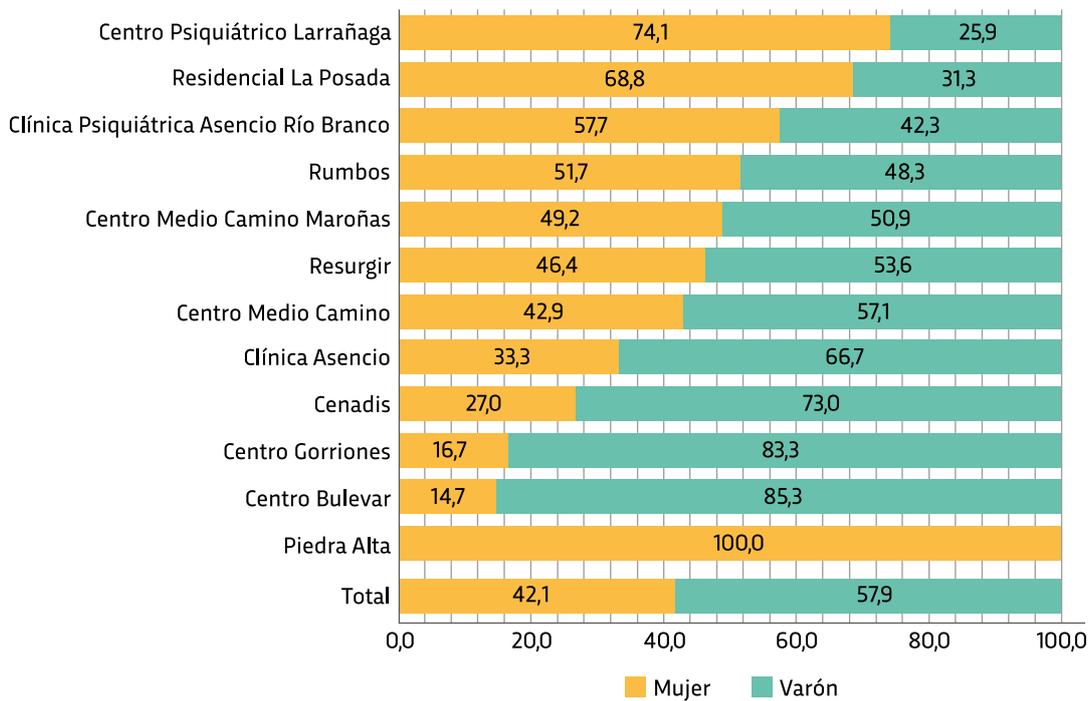
| Temas | Estándares | Marco normativo: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Convención de los Derechos del Niño |
|--|---|--|
| | | <p>Artículo 25 Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes 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.</p> <p>Artículo 37 Los Estados Partes velarán por que b) 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 solo como medida de último recurso y durante el período más breve que proceda.</p> |
| <p>TEMA 4 Derecho a un nivel de vida adecuado</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Los y las residentes acceden a una infraestructura adecuada, vestimenta y alimentación de calidad. 2. Apropriación del espacio y del cotidiano. | <p>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad</p> <p>Artículo 28. Nivel de vida adecuado y protección social</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Convención sobre los Derechos del Niño</p> <p>Artículo 27</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. |

| Temas | Estándares | Marco normativo: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Convención de los Derechos del Niño |
|--|--|---|
| | | <p>4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados.</p> |
| <p>TEMA 5 Derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se garantiza el acceso a la educación. 2. Disponibilidad de recursos y apoyos para garantizar el derecho a vivir en comunidad. | <p>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 esta; 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. <p>Convención sobre los Derechos del Niño</p> <p>Artículo 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. |

| Temas | Estándares | Marco normativo: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Convención de los Derechos del Niño |
|-------|------------|---|
| | | <p>Artículo 3</p> <p>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.</p> <p>Artículo 6</p> <p>1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.</p> |

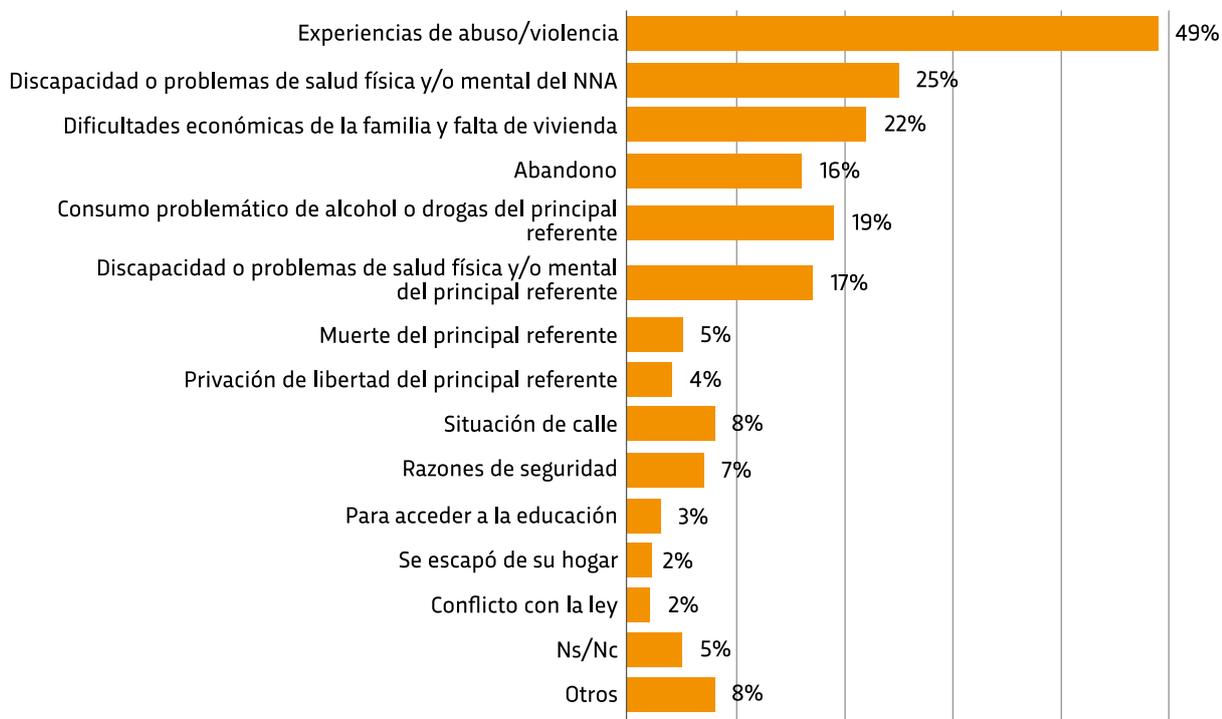
Anexo 3. Gráficos y cuadros estadísticos

GRÁFICO A3.1. Distribución de niños, niñas y adolescentes por centro, según sexo



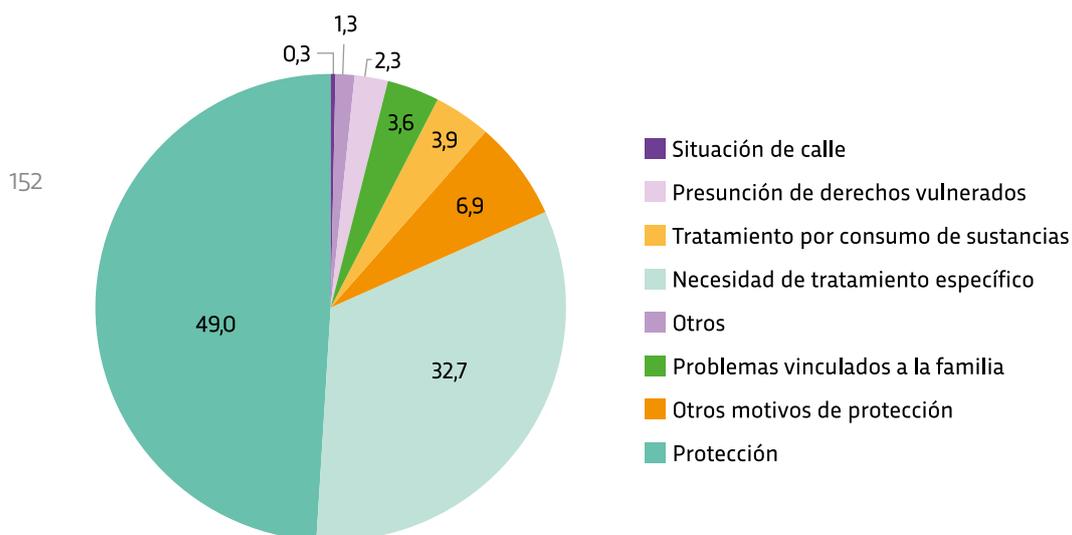
Fuente: Elaboración propia con base en datos de SIPI-INAU, diciembre 2019.

GRÁFICO A3.2. Razones de institucionalización de niños, niñas y adolescentes (respuestas múltiples)



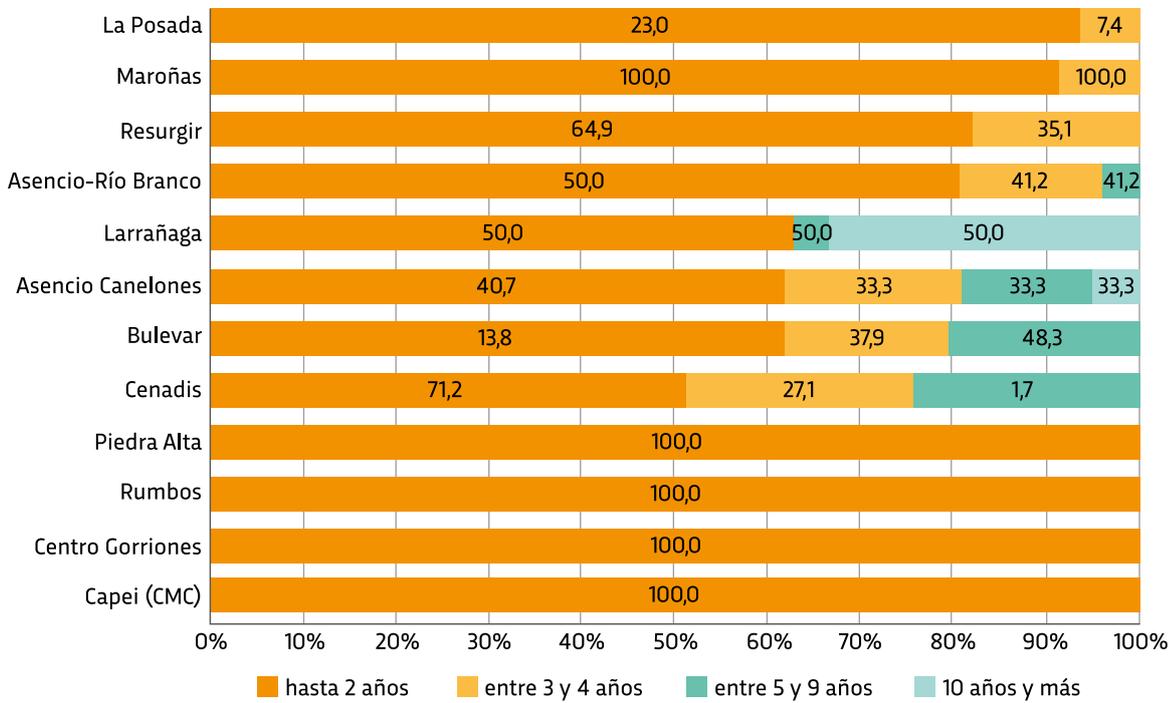
Fuente: Elaboración propia con base en el Censo INAU-UNICEF, 2019.

GRÁFICO A3.3. Diagnósticos para el ingreso al sistema de protección especial



Fuente: Elaboración propia con base en datos SIPI-INAU, diciembre de 2019.

GRÁFICO A3.4. Tiempo de permanencia en los centros de salud mental para trastornos mentales compensados, según centros



Fuente: Elaboración propia con base en datos de SIPI-INAU, diciembre de 2019.

