

Comentarios al Proyecto de Ley de Salud Mental remitido al Parlamento Nacional por el Poder Ejecutivo en diciembre de 2015

Autores

Montevideo, 17 de mayo de 2016

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay
Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia
Asociación de Psiquiatras del Interior
Cátedra de Psiquiatría de Facultad de Medicina (Udelar)
Cátedra de Psiquiatría Pediátrica (Udelar)

Las instituciones de psiquiatras antes mencionadas hemos analizado el Proyecto de Ley de Salud Mental que hoy nos concita y elaboramos esta breve presentación que expresa nuestra opinión en términos generales.

Generamos también otro documento más extenso en el cual realizamos un pormenorizado comentario de los artículos, el que adjuntamos para su consideración. En él profundizamos el análisis y sugerimos ciertos cambios fundamentando las propuestas.

Algunas de las apreciaciones que efectuamos refieren al campo de la salud mental en sentido amplio. Otras están más próximas a nuestra especialidad, al saber psiquiátrico específico que es una parte de dicho campo.

1) Consideramos que el mencionado Proyecto constituye un marco de referencia sólido y a la vez flexible para elaborar un Plan Nacional de Salud Mental que permita las acciones que se necesitan en dicha área. Por ello la evaluación que de él hacemos es en general positiva. Para fundamentar tal apreciación nos basamos en las siguientes puntualizaciones:

a) La elaboración del proyecto implicó la consulta a múltiples colectivos, ampliando la base democrática de su génesis.

b) Se enmarca en los principios del Sistema Nacional Integrado de Salud: universalidad, equidad, accesibilidad y calidad, que abarcan el ámbito público y el privado.

c) Reconoce la importancia de los aspectos biopsicosociales como *continuum* que incide en la salud y por tanto, en la salud mental.

d) Prevé la intersectorialidad y se sustenta en un enfoque amplio recomendado por organismos internacionales y llevado adelante en los países avanzados en el tema. Dicho enfoque supone que una asistencia en salud mental de calidad, eficaz, eficiente, oportuna y equitativa con medidas especiales para la protección de las personas con enfermedad mental implica —además del sistema sanitario— acciones de apoyo social en distintas áreas. Entre ellas destacamos el acceso al trabajo, la vivienda y la educación, una jurisprudencia adecuada, posibilidades de esparcimiento e integración social, y particularmente la lucha contra la estigmatización de las personas afectadas.

e) Está fuertemente enraizado en un cambio de paradigma fundado en que el sistema sea garante de los Derechos Humanos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) de la población.

f) Pone énfasis en la autonomía, privacidad y atención oportuna y continua para las personas portadoras de trastornos mentales y sus familias.

g) Rechaza la discriminación de aquellos individuos que han tenido o tienen patología psíquica y sostiene que esta no debe presumirse sino basarse en un diagnóstico.

h) Reafirma el consentimiento informado de los pacientes.

i) Incluye las adicciones como problema de salud mental.

j) Mandata la elaboración de un Plan Nacional de Salud Mental, generando con ello la oportunidad de un cambio metodológico apropiado para implementar políticas de salud que definan objetivos, metas, financiamiento, evaluación y monitoreo.

k) Dispone transformaciones estructurales que sustentan el cambio de modelo:

–Propone una continuidad en la atención de la salud mental, enfatiza las instancias de prevención y promoción, define patrones de organización de las prestaciones y toma en cuenta la rehabilitación desde el principio del proceso.

–Expresa la necesidad de niveles, ámbitos y redes articuladas para proporcionar la atención más adecuada en cada caso, y equipos interdisciplinarios para diferentes tareas.

–Plantea diversas modalidades de hospitalización (tiempo completo, parcial, domiciliaria, en sala general o especializada) y prevé garantías y controles para todos los casos.

–Incluye el cierre progresivo de las instituciones asilares, no autorizando el ingreso de pacientes a las existentes, y propone estructuras alternativas adaptadas a cada individuo y situación sociofamiliar.

l) Crea la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental con potestades para vigilar y supervisar el sistema de atención en diversas instancias, y la ubica dentro del Ministerio de Salud Pública.

2) Señalamos algunos aspectos con los que no acordamos:

a) Las disposiciones relativas al cambio de modelo de atención no establecen plazos para su efectivización ni directivas específicas para su implementación, lo que creemos inconveniente. Estos aspectos deberían estar contemplados en la ley.

b) No se establecen disposiciones para algunas de las poblaciones más vulnerables (infancia, adolescencia, adultos mayores, personas privadas de libertad), lo cual no permite objetivar claramente sus necesidades.

c) Proponemos que la hospitalización no tendrá límite prefijado de tiempo, tal como hace mucho reivindicamos los psiquiatras en tanto discrimina a nuestros pacientes. Pero plantea que esto debe irse instaurando en forma acorde a las posibilidades de las instituciones, lo que no creemos adecuado: tal derecho debería regir desde que la ley entre en vigencia.

d) Consideramos que la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tendría que incluir un psiquiatra de adultos y un psiquiatra pediátrico, cuya designación debería ser consensuada entre las instituciones que representan a los colectivos de dichas profesiones.

e) El proyecto omite toda mención acerca de la psicoterapia. Esta disciplina tiene gran importancia en diversas áreas de la salud mental. Sin embargo no existe en el país normativa estatal respecto a quién puede ejercerla ni qué formación debe tener. Sería importante incluir en la ley lineamientos generales y plazos para su reglamentación.

3) Respecto al Plan Nacional de Salud Mental:

Más allá del texto definitivo de la ley que se vote, esta implicará al Poder Ejecutivo la elaboración de un Plan Nacional de Salud Mental para avanzar progresivamente hacia una atención de mayor calidad.

Para la ejecución de tal plan es determinante la voluntad del estamento político en cuanto a la asignación de recursos económicos que aseguren las estructuras necesarias, la continuidad de la atención y la capacitación de personal idóneo para llevarlas adelante. Por ello mencionamos específicamente este aspecto.

Sin más, saludamos a los señores legisladores y quedamos a disposición para colaborar en lo que estimen necesario.

Este documento se ha realizado sobre el articulado del Proyecto de ley de Salud Mental.

Los agregados o cambios propuestos están entre corchetes y el texto que se sugiere eliminar está tachado.

Los argumentos que fundamentan los cambios se encuentran en las notas al margen.

PROYECTO DE LEY

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1 (Objeto). La presente ley tiene por objeto [garantizar]^I ~~reglamentar, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud,~~ el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2 (Definición). A los efectos de la presente ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

La protección de la salud mental ~~abarea~~ [incluye] acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas, y particularmente de aquellas con trastorno mental.

Artículo 3 (Principios rectores). Son principios rectores de la protección de la salud mental, concebida como inseparable de la protección integral de la salud:

a) La promoción, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

b) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista de la atención.

c) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios.

d) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.

e) La calidad integral del proceso asistencial que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.

~~f) El reconocimiento de la persona en su integralidad y singularidad biopsicosocial.~~ [Reconocer a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular.]

g) El logro de las mejores condiciones posibles para la preservación, mejoramiento e inserción social de la persona.

~~h) La presunción de que el estado de la persona con trastorno mental es modificable.^{II}~~

~~i) La presunción de la existencia de capacidad y de la ausencia de riesgo para la persona y para terceros.^{III}~~

j) La vinculación de la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable.

k) Los demás principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, determinados en los artículos 3 y 4 de la Ley N.º 18.211 de 5 de diciembre de 2007, que sean aplicables.

Artículo 4 (Principio de no discriminación). No se presumirá trastorno mental en base exclusiva a:

a) Estatus político, socio-económico o pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.

b) Solicitudes familiares o laborales.

I. La garantía del derecho a la protección de la salud mental no es competencia exclusiva del SNIS, sino de todo el sistema de protección social y más. Por lo cual consideramos que este artículo no debería restringirlo solo a la atención de la salud.

II. Consideramos que la factibilidad de modificación de un estado de salud es el resultado de una evaluación técnica y no una presunción *a priori*. La recuperación de la salud es el resultado de la atención.

III. La evaluación de la capacidad/discapacidad es necesaria para poder brindar los apoyos que permitan a la persona acceder a condiciones de igualdad frente a otras personas que no tengan las mismas dificultades. La presunción de capacidad invisibiliza la necesidad de apoyo, por lo que excluye a quien tiene un trastorno mental de la posibilidad de acceso a la atención de sus necesidades. Con respecto al riesgo desde el punto de vista estadístico no hay mayor frecuencia de actos violentos en la población con trastornos mentales que en la que no tiene trastornos mentales. Sin embargo, en situación de crisis puede haber una alteración en la valoración de la realidad y un estado emocional que aumente la probabilidad de conductas riesgosas para sí o para terceros.

c) Falta de conformidad o adecuación con los valores prevalentes en la comunidad en que vive la persona.

d) Orientación sexual o identidad de género.

e) Mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

f) Otras características que no estén relacionadas con un diagnóstico profesional basado en la problemática individual, social y cultural de la persona.

Artículo 5 (Consumo problemático de sustancias psicoactivas). El consumo problemático de sustancias psicoactivas, legales o ilegales, será abordado en el marco de las políticas de salud mental, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

CAPÍTULO II

DERECHOS

Artículo 6 (Derechos). La persona con trastorno mental tiene derecho a:

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

b) Ser ~~percibida~~¹ y atendida desde su singularidad, con respeto a su diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología, religión.

c) Ser reconocida siempre como sujeto de derecho, con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión sobre la misma y su salud.

d) Recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.

e) Ser tratada con la alternativa terapéutica indicada para su situación, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

f) Recibir información completa y comprensible inherente [a su situación,]^{II} a los derechos que la asisten y a los procedimientos terapéuticos incluyendo, en su caso, alternativas para su atención.

g) Tomar por sí o con la participación de familiares, allegados o representantes legales, decisiones relacionadas con su atención y tratamiento.

h) Solicitar cambio de profesionales o de equipo tratante.

i) Estar acompañada, durante y después del tratamiento, por sus familiares, otros afectos o quien la persona con trastorno mental designe, [siempre que no existan contraindicaciones].^{III}

j) Acceder a medidas que le permitan lograr la mayor autonomía, así como a las que promuevan su ~~re inserción~~ [integración e inclusión]^{IV} familiar, laboral [y social] ~~comunitaria~~. ~~La promoción del trabajo constituye un derecho y un recurso terapéutico.~~^V

k) Acceder por sí o a través de sus representantes legales, a su historia clínica.

l) En caso de requerir permanencia en régimen de hospitalización, a ejercer sus derechos y obligaciones como cualquier otra persona usuaria de los servicios de salud del prestador [correspondiente] ~~de servicios de salud.~~^{VI}

m) Que las condiciones de su hospitalización sean supervisadas periódicamente por la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, que crea el artículo 39 de la presente ley.

n) Ser protegida de todo tipo de explotación, estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante.

o) Ejercer su derecho a la comunicación y acceder a actividades culturales [y recreativas].

p) Ser atendida en un ambiente apto, con resguardo de su intimidad y privacidad.

q) Que se preserve su identidad y a no ser identificada o discriminada por un padecimiento mental actual o pasado.

r) No ser objeto de investigaciones clínicas ni de tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente [de acuerdo con la normativa vigente].

s) No ser sometida a trabajos forzados y recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados.

I. Se plantea quitar el término percepción, pues no es posible reglamentar la percepción que es un fenómeno subjetivo. El objeto de las normas es regular las acciones.

II. Informar a la persona sobre lo que le sucede, en forma comprensible, es parte de sus derechos y puede incluirse en la estrategia terapéutica (psicoeducación).

III. Existen situaciones clínicas, familiares y sociales que pueden hacer necesaria una indicación técnica que limite el contacto con algunas personas.

IV. No en todos los casos se trata de una reinserción; muchas personas no accedieron a una inserción adecuada en las áreas mencionadas.

V. El trabajo no tiene un estatus aparte que otras formas de inclusión y participación social. Sugerimos esta modificación porque pensamos que otorga claridad.

VI. Sugerimos esta modificación porque pensamos que otorga claridad.

- t) Contar con el beneficio de una asistencia letrada cuando se compruebe que la misma es necesaria para la protección de su persona y/o bienes. Si fueran objeto de una acción judicial, deberá ser sometida a un procedimiento adecuado a sus condiciones físicas y mentales.
- u) Los demás inherentes a la persona humana.

Artículo 10 (Investigación). Se promoverá la investigación en salud mental.

Toda investigación que se desarrolle en el campo de la salud mental que involucre a seres humanos deberá ajustarse estrictamente a la normativa vigente nacional e internacional a la que adhiera el país.

CAPÍTULO III

AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Artículo 7 (Rectoría). Compete al Ministerio de Salud Pública la aplicación de la presente ley, a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud mental^I públicos y privados.

Artículo 8 (Plan Nacional de Salud Mental). El Ministerio de Salud Pública, a través del área que designe al efecto, elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental de acuerdo a lo establecido en la presente ley.

Artículo 9 (Formación profesional). El Ministerio de Salud Pública desarrollará recomendaciones dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en la atención de la salud mental, para que sus actividades educativas se ajusten a los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos y salud mental, [y en la calidad de la atención].^{II}

[También reglamentará en un plazo no mayor de dos años luego de promulgada la presente ley el ejercicio de las psicoterapias, estableciendo cuáles son las profesiones habilitadas para brindar tales tratamientos y qué requisitos se exigirá a dichos profesionales para acreditar su formación como psicoterapeutas.]^{III}

Asimismo, promoverá instancias de capacitación y actualización para profesionales en base a los mismos criterios.

CAPÍTULO IV

INTERINSTITUCIONALIDAD

Artículo 11 (Coordinación). El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura y otros organismos competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y/o 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. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización.

Las acciones que se implementen contemplarán mecanismos de participación social, en particular de las organizaciones de personas con trastorno mental y de las de sus familiares.

Artículo 12 (Capacitación e inserción laboral). Las políticas de trabajo de las personas con trastorno mental incluirán:

- a) La inserción laboral de calidad y ajustada al perfil y posibilidades de sostenibilidad de la persona;
- b) Facilidades para el ejercicio de una actividad remunerada;
- c) Fomento de emprendimientos autónomos, cooperativas de trabajo y similares;
- d) Cursos específicos de formación laboral y profesional con certificaciones válidas en el

I. Consideramos que no es adecuado restringir a los servicios especializados la atención de la salud mental, dado que esta es un componente inseparable de la salud integral.

II. Nos interesa destacar que la calidad de la atención es un derecho insoslayable.

III. La psicoterapia, reconocida por su eficacia, efectividad y eficiencia, es utilizada ampliamente en nuestro país en el área de la salud mental. Tanto es así que el Ministerio de Salud Pública exige a todos los prestadores de salud que la ofrezcan a gran parte de los usuarios desde que se puso en marcha el plan de prestaciones de 2011. Es un tratamiento, se funda en indicaciones realizadas en función de diagnósticos, y como tal debe basarse en evidencias y ser administrado por personas con formación específica. Sin embargo, no existe en Uruguay normativa estatal que estipule quién puede ejercer tal terapéutica ni qué formación debe tener, de modo de garantizar la calidad de la prestación. Es decir, uno de los instrumentos terapéuticos más importantes en el área de la salud mental actualmente puede ser ejercido por personas sin formación, y no hay reglamentación ni control por parte del Estado.

I. Sugerencia para destacar la importancia de la población infantil y adolescente.

II. Sugerencia para destacar la importancia de la población infantil y adolescente.

III. El cambio de modelo requiere la configuración de un sistema en red en el que se inscriban los mecanismos de referencia y contrarreferencia.

IV. La estrategia de atención primaria de salud jerarquiza el primer nivel y destaca la importancia de la articulación entre niveles.

V. La definición de procesos asistenciales integrales es una herramienta fundamental del cambio de modelo de atención.

VI. Sugerimos cambiar el orden y proponemos comenzar por la frase de capacitación, pues creemos que resulta más comprensible.

VII. La rehabilitación no se restringe a acciones puntuales, sino que integra un plan, programa o estrategia longitudinal de abordaje de la situación clínica y psicosocial con la persona afectada desde el inicio del tratamiento.

mercado de trabajo abierto; talleres de sensibilización para los trabajadores en general y especiales para los de empleos con apoyo y/o trabajo protegido, entre otras.

Se estimulará el reintegro al lugar de trabajo de las personas que hayan tenido trastorno mental, promoviendo el ajuste razonable de las actividades para favorecer la reincorporación.

Artículo 13 (Acceso a vivienda). Se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda en apoyo a la integración a la comunidad y promoción de la autonomía de las personas con trastorno mental severo, que incluya:

a) Programas que contemplen una gama de modalidades residenciales, con dispositivos habitacionales que contengan diferentes propuestas entre máxima protección o autonomía.

b) Fortalecimiento de las estrategias del sistema a través de equipos interdisciplinarios de apoyo y referencia.

c) Promoción de la creación de cooperativas de vivienda que integren personas con trastorno mental.

Se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.

[d] La inclusión de aquellas familias con niños/as o adolescentes portadores de trastornos mentales deberá ser contemplada en las distintas modalidades y programas que se implementen para el acceso a la vivienda.]^I

Artículo 14 (Inclusión educativa y cultural). El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos competentes, velará porque se favorezca la inserción educativa de las personas con trastorno mental y promoverá y facilitará el acceso de ellas a todas las actividades y expresiones culturales.

[En particular en el caso de niños/as y adolescentes, deberá protegerse el derecho a la educación a lo largo de todo el ciclo educativo, contemplando las necesidades específicas de acuerdo con la severidad de su trastorno y las condiciones sociofamiliares y culturales.]^{II}

CAPÍTULO V

ABORDAJE

Artículo 15 (Integralidad de las prestaciones). Las prestaciones de salud mental que apruebe el Ministerio de Salud Pública formarán parte de los programas integrales de salud para su aplicación en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 16 (Niveles de atención). La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública [definirá los tipos de dispositivos que deben conformar la red de servicios,] establecerá las competencias de cada uno de ellos,^{III} y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona. En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental.

Artículo 17 (Ámbito de atención). El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, [coordinando desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario.^{IV} Esta atención se realizará] en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientada a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

Artículo 18 (Redes territoriales). Se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental.

Artículo 19 (Equipos interdisciplinarios). Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de equipos interdisciplinarios, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con

competencia en la materia, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes permanentes del proceso asistencial.

[Los equipos básicos y los equipos especializados en salud mental trabajarán con criterios de calidad basados en procesos asistenciales integrados.]^V

Artículo 20 (Salud y capacitación de recursos humanos). Los trabajadores que integren los equipos asistenciales de salud mental accederán a la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que atraviesan el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas.^{VI}

Artículo 21 (Rehabilitación). Las [estrategias y programas] acciones de rehabilitación estarán orienta[do]s^{VII} al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adapta[do]s a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión [educativa,] social, laboral y cultural [a lo largo del ciclo vital].^{VIII}

Artículo 22 (Residencias asistidas). Se establecerán programas de [dispositivos residenciales con apoyo]^{IX} residencias asistidas para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, [adecuando el tipo de dispositivos a la adquisición progresiva de niveles de]^X diversos niveles según la autonomía progresiva de la persona, [asegurando el tránsito de lo sanitario a lo social].^{XI}

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] todo tipo de intervenciones, 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 niños/as y adolescentes con trastornos mentales se requerirá el consentimiento informado del padre, madre o tutor y de acuerdo con la edad y condición mental del sujeto, se solicitará su consentimiento].^{XII}

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.

El consentimiento informado se hará constar en la historia clínica, al igual que la ausencia de él en los casos en que lo autorice la normativa aplicable.

Artículo 24 (Hospitalización). La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo, deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y/o social de la persona y será lo más breve posible.

Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos [con fundamentos técnicos,]^{XIII} interdisciplinarios reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en [unidades especializadas en psiquiatría ubicadas en]^{XIV} hospital o sanatorio general [y en el caso de niños/as 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

VIII. Sugerencia para considerar a la población infantil, adolescente y adultos mayores.

IX. Los tipos de dispositivos residenciales con apoyos abarca una amplia gama de propuestas y emplea el concepto propuesto por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

X. El cambio propuesto jerarquiza la progresiva adquisición de autonomía a través del proceso de rehabilitación.

XI. Las estructuras de rehabilitación con objetivos de inclusión no corresponden únicamente al área de la salud, sino que deben incluir dispositivos sociosanitarios y sociales.

XII. Propuesta para incluir a la población infantil y adolescente.

XIII. Nos interesa resaltar la importancia de que las decisiones técnicas se fundamenten en evidencia y en guías clínicas validadas. Establecer en la ley lo interdisciplinario como requisito no asegura que la decisión sea la más adecuada para la persona. Descentra de la situación de la persona para poner la mirada en los profesionales de la salud.

XIV. La atención de personas con trastornos mentales requiere ámbitos con condiciones edilicias y ambientales específicas (sala de estar, de psicoterapia, recreación, espacios abiertos) y de equipo técnico multidisciplinario capacitado

el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas.

Artículo 25 (Extensión de la cobertura). La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura, cualquiera que sea la edad de la persona usuaria, [rigiendo la presente disposición a partir de la entrada en vigencia de esta ley].^I El Poder Ejecutivo establecerá los plazos para su implementación en el Sistema Nacional Integrado de Salud pudiendo prever una instrumentación gradual de lo dispuesto precedentemente.

Artículo 26 (Modalidades de hospitalización). Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria, [para lo cual se dispondrá la creación de dispositivos y normativas necesarios].^{II}

Artículo 27 (Requisitos previos). Toda indicación de hospitalización deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico.

b) Obtención del consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, tramitado según lo dispuesto en el artículo 23 de la presente ley.

Artículo 28 (Hospitalización voluntaria). Cuando profesionalmente se determine la conveniencia de tratar a la persona con trastorno mental a través de hospitalización, se alentará su ingreso voluntario, brindándole oportunidad de elección entre posibles alternativas.

La persona hospitalizada voluntariamente podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, al momento de gestionar el consentimiento informado para la hospitalización, se le debe hacer saber a la persona que los profesionales intervinientes podrán impedir su externación si se dieran las condiciones

para una hospitalización involuntaria que se establecen en el artículo 30 de la presente ley.

Artículo 29 (Deber de notificación). El Director Técnico del prestador de salud a cargo deberá comunicar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental las hospitalizaciones voluntarias que se prolonguen por más de 45 (cuarenta y cinco) días corridos, dentro de las 72 (setenta y dos) horas de vencido dicho plazo.

Artículo 30 (Hospitalización involuntaria). La persona sólo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando:

a) Por un trastorno mental presente, exista riesgo grave de daño inmediato o inminente para la persona o para terceros.

b) Cuando el trastorno mental sea severo, esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo pueda aplicarse mediante la hospitalización.

Artículo 31 (Formalidades para hospitalización involuntaria). La hospitalización involuntaria de una persona con trastorno mental sólo podrá tener fines terapéuticos y se ajustará a las siguientes formalidades:

a) Declaración firmada por el familiar más cercano, allegado o representante legal si lo hubiera, solicitando su hospitalización y expresando su conformidad con la misma.

Si no hubiera familiar, allegado ni representante legal, o habiéndolos se negaran a consentir la hospitalización y se dieran los supuestos del artículo 30 de la presente ley, se podrá realizar cumpliendo únicamente con el dictamen profesional a que refiere el inciso siguiente del presente artículo.

b) Dictamen profesional del servicio de salud que realice la hospitalización, determinando la existencia de los supuestos establecidos en el artículo 30 de la presente ley, firmado por dos profesionales médicos que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser

I. El límite de la cobertura actualmente existente es una discriminación hacia las personas con trastornos mentales que requieren hospitalización, que son justamente las más graves y en condiciones de mayor vulnerabilidad, por lo que es inaceptable que una ley de DD. HH. y salud mental no defina plazos para terminar con esta inequidad.

II. La diversificación de modalidades de hospitalización en muchos casos requiere la adecuación normativa en las instituciones, y en otros casos —por ejemplo, hospitalización diurna— es necesario contar con estructuras específicas como son los hospitales de día.

especialista en psiquiatría. En el abordaje terapéutico posterior deberá intervenir un equipo interdisciplinario.

c) Informe sobre las instancias previas implementadas, si las hubiere.

Artículo 32 (Carga de la notificación). Toda hospitalización involuntaria deberá ser notificada por el Director Técnico del prestador a cargo, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez competente dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes, con los fundamentos que sustenten la misma y las constancias a que refiere el artículo 31 de la presente ley.

La Comisión y el juez podrán requerir, en caso de considerarlo necesario, información ampliatoria a los profesionales tratantes o indicar peritajes externos que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a confirmar los supuestos que justifiquen la medida.

Artículo 33 (Hospitalización por orden judicial). El juez competente podrá disponer una hospitalización involuntaria cuando cuente con informe médico que la justifique.

El juez podrá, en cualquier momento, pedir al prestador a cargo de la hospitalización información sobre el curso del proceso asistencial, a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de la medida.

Cuando el prestador entienda que están dadas las condiciones para el alta y externación de la persona, su Director Técnico deberá notificarlo a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez. El juez deberá expedirse al respecto en un plazo no mayor a 3 (tres) días hábiles a contar desde el día siguiente al de la notificación.

Artículo 34 (Hospitalización de niños y adolescentes). El juez sólo podrá disponer la hospitalización involuntaria de niños y adolescentes de conformidad con lo dispuesto por el artículo 121 de la Ley N.º 17.823 de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 323 la Ley N.º 19.149 de 24 de octubre de 2013.

Artículo 35 (Notificación de hospitalización por orden judicial). En todos los casos de hospitalizaciones por orden judicial, el Director Técnico del prestador a cargo deberá notificar, dentro de las primeras 24 (veinticuatro) horas de realizadas, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental.

Artículo 36 (Alta, externación y permisos de salida). El alta, externación y permisos de salida son facultad del equipo tratante, sin perjuicio de los derechos de la persona hospitalizada voluntariamente y de las competencias del juez respecto de hospitalizaciones ordenadas por él.

Artículo 37 (Desinstitucionalización). Se impulsará la des institucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas. Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, casas u hogares asistidos y / o de medio camino y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y, en general, cualquier otra restricción y/o privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.

Artículo 38 (Establecimientos asilares y monovalentes). Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados, [desde la entrada en vigencia de la presente ley]¹ en los plazos que establezca la reglamentación. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, de acuerdo a los que establezca la reglamentación.

Queda igualmente prohibida, a partir de la vigencia de la presente ley, la internación de

1. No abrir nuevas estructuras no es producto de un proceso que requiera tiempo. Las nuevas estructuras que se creen deberán responder a las disposiciones de esta ley.

personas con trastorno mental en los establecimientos asilares existentes. [El desarrollo de la red de estructuras alternativas se debe iniciar desde la entrada en vigencia de esta ley. El plan de salud mental establecerá plazos y acciones para el cierre definitivo de los establecimientos asilares y la transformación de estructuras monovalentes].¹

I. Es importante establecer plazos para asegurar la implementación. En este proceso de desinstitucionalización es clave la apertura de estructuras alternativas.

II. Las situaciones que requieran hospitalización son las de enfermedad.

III. Con el cambio de modelo de atención y el desarrollo de la red de nuevas estructuras, la hospitalización será solamente una de las modalidades de atención, por lo que asegurar la protección y garantía de derechos debe incluir la evaluación de todas las instituciones y tipos de dispositivos involucrados en el proceso de atención.

IV. Entre las competencias asignadas a la INDDHH por la ley que la creó está la garantía de derechos de toda la población y es un eje estratégico el trabajo sobre DD. HH. y sm; por lo tanto, consideramos relevante reforzar esta área de competencia con la creación de la figura propuesta y la coordinación con la Comisión de contralor.

CAPÍTULO VI

ÓRGANO DE CONTRALOR

Artículo 39 (Creación). Créase la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con los cometidos que le atribuye la presente ley.

Artículo 40 (Cometidos). Son cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

a) Controlar, en todo el territorio nacional, el cumplimiento de la presente ley, particularmente en lo que refiere al resguardo del ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.

b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de las personas hospitalizadas por razones de salud [enfermedad]^{II} mental y en dispositivos residenciales, públicos y privados, incluyendo las de las sujetas a procedimientos judiciales derivadas a cualquiera de ellos.

c) Requerir a las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud, información que permita evaluar las condiciones en que se realiza la atención en salud mental.

d) Controlar que las hospitalizaciones no se prolonguen más allá del tiempo mínimo necesario para cumplir con los objetivos terapéuticos y que las involuntarias se encuentren debidamente justificadas.

e) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad e inimputabilidad y durante la vigencia de dichas declaraciones.

f) Visitar e inspeccionar periódicamente los establecimientos públicos y privados donde se realicen hospitalizaciones [y otras formas de atención]^{III} de personas con trastorno mental, en los términos que establezca la reglamentación.

g) Recibir y dar trámite a las denuncias respecto del funcionamiento de los servicios de salud mental realizadas por usuarios, sus familiares, los demás actores involucrados en el proceso asistencial y terceros.

h) Requerir la intervención judicial ante situaciones del proceso asistencial que no se ajusten a las disposiciones de la presente ley y su reglamentación.

i) Hacer recomendaciones al Ministerio de Salud Pública y participar en las instancias de discusión sobre normativa aplicable a la atención de la salud mental.

j) Informar al Ministerio de Salud Pública, con la periodicidad que determine la reglamentación, sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.

k) Llevar un registro sistematizado de sus actuaciones en cumplimiento de la presente ley, que incluya los resultados de las mismas.

l) [A efectos de coordinar las acciones necesarias para la garantía de Derechos en referencia a Salud Mental] ~~En coordinación~~ con la Institución Nacional de Derechos Humanos, [se designará en esta una relatoría para DD. HH. y Salud Mental. Entre las acciones a coordinar se jerarquiza la difusión] ~~difundir~~ en la comunidad, con la mayor amplitud posible, [de] información sobre las normas aplicables a la atención en salud mental, particularmente las que refieren a los derechos humanos de las personas con trastorno mental, así como sobre los dispositivos para la protección de los mismos a nivel nacional e internacional.^{IV}

m) Dictar su reglamento interno de funcionamiento.

n) Los demás que le encomiende el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 41 (Integración). La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental [será remunerada por fondos dispuestos por ley] ~~tendrá carácter honorario,~~^I y 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 la presidirá.

b) Tres miembros representantes de la Universidad de la República designados uno de ellos 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 ellos estén vinculados a la temática de la presente ley.

[c) Un psiquiatra de adultos y un psiquiatra pediátrico, cuya designación resulte del consenso entre las instituciones que representan a los colectivos de dichas profesiones.]^{II}

c) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los trabajadores de la salud mental.

d) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental.

e) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los familiares de las personas con trastorno mental. Por cada representante titular, se designará un alterno.

Artículo 42 (Descentralización). Los cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tienen alcance nacional. Para su efectiva ejecución en ese ámbito contará con el apoyo de las Direcciones Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública. La reglamentación determinará su forma de relacionamiento. Asimismo, la Comisión fomentará la articulación en el territorio con otras instancias participativas del ámbito sanitario y social, particularmente de aquellas que incluyan a organizaciones de trabajadores de la salud mental, de usuarios de los respectivos servicios y de sus familiares.

Artículo 43 (Duración del mandato). La duración del mandato de los representantes titulares y alternos será de [3 (tres)] ~~2 (dos)~~ años, contados a partir de la fecha en que asuman sus respectivos cargos, [reglamentando

los cambios en la integración de modo que permanezcan la mitad de los integrantes para asegurar la continuidad del funcionamiento].^{III}

Artículo 44 (Quórum). Para sesionar, la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental requerirá la presencia de [siete] ~~cinco~~ de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del cuerpo. En caso de empate, el voto del Presidente se computará doble.

Artículo 45 (Competencia del presidente). Compete al Presidente de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

a) Presidir las sesiones de la Comisión.

b) Ejecutar las resoluciones de la Comisión.

c) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Comisión, dando cuenta de ellas a la misma en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad, será necesario el voto de por lo menos [ocho] ~~seis~~ de los miembros de la Comisión.

d) Representar al organismo y suscribir todos los actos en que intervenga el mismo.

e) Las demás tareas que le sean encargadas por la Comisión.

CAPÍTULO VII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 46 (Derogaciones). Derógase la Ley N.º 9.581 de 8 de agosto de 1936 y demás disposiciones que se opongan a lo establecido en la presente ley.

I. Dadas la importancia y la carga horaria y de dedicación de la tarea propuesta, consideramos que deben ser cargos remunerados.

II. Dadas las competencias asignadas por esta ley a la Comisión de Contralor consideramos imprescindible la presencia de estas profesiones, cuya función específica es la atención de las personas con trastornos mentales.

III. Interesa que los cambios no afecten la forma de trabajo y la continuidad de los procesos.