# MECANISMO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA TORTURA URUGUAY

## TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN URUGUAY 2019-2020

Mirada desde un modelo preventivo de la tortura
y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo

«Nadie será sometido a torturas ni a penas
o tratos crueles, inhumanos o degradantes».

Artículo 5,
Declaración Universal de Derechos Humanos
de las Naciones Unidas.

Consejo Directivo de la Institución Nacional
de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo
Dr. Wilder Tayler (Presidente)
Dra. Mariana Blengio Valdés
Dra. María Josefina Plá
Dr. Juan Faroppa
Dra. Mariana Mota

Mecanismo Nacional de Prevención
Dr. Wilder Tayler (Director)
Maritza Ramos (Secretaria)

Equipo técnico interdisciplinario 2020:
Dr. Álvaro Colistro, Psic. Ariadna Cheroni, Dr. Daniel Díaz,
Lic. en Trabajo Social María José Doyenart, Dr. Daniel Fessler, Dra. Victoria
Iglesias, Lic. 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.

Colaboración del Departamento de Medicina Legal
y Ciencias Forenses de la Facultad de Medicina (2020):
Dra. Valeria Berón y Dra. Sylvia Gamero.
Redacción del informe

Redacción del informe
Equipo técnico de monitoreo de instituciones psiquiátricas del MNP:
Psic. Ariadna Cheroni, Dra. Victoria Iglesias, Lic. Soc. Laura Latorre,
Lic. en Trabajo Social Fernando Leguizamón, Dra. Alicia Saura.

Registro fotográfico
Equipo técnico interdisciplinario MNP (2019-2020)

Producción editorial:
ISBN digital: 978-9915-9339-0-0
ISBN papel: 978-9915-9316-9-2

Foto de portada:
Servicio de terapia electroconvulsiva
Hospital Vilardebó, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE
Fecha de captura: 16/08/2019. Registro fotográfico: equipo del MNP, 2019

# TABLA DE CONTENIDOS

**Resumen** ..... **7**
**1. Presentación** ..... **11**
**2. La ECT desde el enfoque de derechos humanos** ..... **15**
2.1. Modelo de la capacidad jurídica ..... 17
2.2. El consentimiento informado como garantía de derechos ..... 18
2.3. Capacidad de goce y ejercicio en la normativa nacional vigente ..... 27
2.4. Del sistema de sustitución de la voluntad al modelo de apoyo en la toma de decisiones ..... 29
**3. Panorama de la aplicación de ECT en Uruguay** ..... **33**
**4. Hallazgos del monitoreo** ..... **39**
4.1. Aspectos de la organización y procesos ..... 41
4.2. Aplicación de la terapia electroconvulsiva ..... 56
4.3. Consentimiento informado ..... 60
4.4. Aplicación de *ECT* a niñas, niños y adolescentes ..... 66
**5. Conclusiones** ..... **69**
**6. Recomendaciones** ..... **73**
6.1. A nivel normativo ..... 73
6.2. A nivel de las políticas de salud mental ..... 73
6.3. Referidas a la *ECT* como terapéutica habitual integrada en el catálogo de prestaciones del MSP ..... 74
**7. Bibliografía** ..... **75**
**8. Anexos** ..... **77**
Anexo I. Glosario de siglas ..... 77
Anexo II. Lista de instituciones psiquiátricas, visitas in situ y oficios emitidos ..... 78

# RESUMEN

La terapia electroconvulsiva (ECT, por sus siglas en inglés) es un procedimiento médico que, si se aplica sin las debidas garantías, puede configurar situaciones de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En cumplimiento de su mandato, el Mecanismo Nacional de Prevención (MNP) realizó el monitoreo del Hospital Vilardebó y del Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS),[1] con el objetivo de valorar la utilización de la ECT desde una perspectiva de derechos humanos.

## Hallazgos

A nivel nacional no se identificó la disponibilidad de guías clínicas aprobadas y publicadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) para la aplicación de ECT. El Hospital Vilardebó, CEREMOS y algunos centros departamentales de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) del interior del país reportaron la disponibilidad de protocolos de ECT.

La publicación más reciente de pautas de tratamiento de ECT data de 2004 y fue realizada por la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*: «Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización» (Casarotti, H. y cols., 2004). Ningún establecimiento presentó evidencia de la realización de evaluaciones relativas a la aplicación de ECT en los últimos años.

En referencia a la aplicación de ECT, los centros monitoreados y aquellos que reportaron información por oficio manifestaron realizarla en su forma modificada, utilizando anestésicos y relajantes musculares.

También informaron tener como requisito el consentimiento informado de los y las pacientes, dando cuenta del cumplimiento formal de este criterio.

---

1 Ambas unidades integran la red asistencial de ASSE y dependen de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables. En 2016, se unifican en CEREMOS las excolonias Etchepare y Santín Carlos Rossi.

Se observó que la mayoría de los consentimientos eran firmados por otras personas (familiares o directores de los establecimientos), lo que mostró poca incidencia y participación de los y las pacientes en la decisión terapéutica.

El Hospital Vilardebó reportó la administración de ECT a adolescentes varones de entre 15 y 17 años de edad, entre enero de 2018 y julio de 2020. CEREMOS, el Hospital de Durazno, el Hospital de Mercedes y el Hospital de Paysandú reportaron no realizar ECT a niñas, niños y adolescentes.

Finalmente, el Hospital Vilardebó fue el único centro que mostró tener un sistema automatizado de registro de información sobre ECT, desde el cual se realizaba el informe médico, se enviaba información a las historias clínicas, se generaba información estadística y se proveía información de gestión.

Durante el período de emergencia sanitaria, el Hospital Vilardebó y CEREMOS no realizaron ECT a pacientes externos. En el caso del Hospital Vilardebó, durante el brote epidemiológico ocurrido en la institución se continuó con la aplicación terapéutica a pacientes internos, incluyendo a aquellos positivos a covid-19. En este contexto, el Hospital Vilardebó estableció procedimientos específicos y el personal contó con el equipo de protección personal (EPP) necesario para la intervención.

El MNP considera necesario generar un ámbito específico de debate sobre la aplicación de la ECT, a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)[2] y otros estándares de derechos humanos, con la participación de los actores involucrados, incluido el personal de salud, la academia, personas usuarias de los servicios de salud mental, referentes de la sociedad civil y organizaciones de derechos humanos.

2 Uruguay ratificó la CDPD a través de la ley n.º 18.418, del 20 de noviembre de 2008.

A partir de los hallazgos presentados, el MNP establece como principales recomendaciones:

- Promover la elaboración y aprobación de una guía de prácticas clínicas y protocolo de ECT actualizada, de carácter nacional, por parte del MSP.
- Garantizar la aplicación efectiva del consentimiento informado, de acuerdo a la CDPD y a la normativa nacional vigente.
- Generar sistemas de información que permitan monitorear y evaluar la aplicación de la ECT en las políticas de salud mental a nivel nacional.

# 1. PRESENTACIÓN

De conformidad con el mandato que le otorga el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT), el MNP de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) presenta su informe *Terapia electroconvulsiva en Uruguay, 2019-2020*.

El MNP es parte de un sistema —establecido por Naciones Unidas— de visitas periódicas a los lugares de detención. La metodología de las visitas preventivas para la protección de la tortura y otros malos tratos se basa en la convicción de que la apertura y el acceso sin previo aviso a los lugares de privación de libertad atacan al secretismo (principal factor de riesgo), a la vez que tienen un carácter disuasivo.

Como expresó el relator especial de las Naciones Unidas sobre la tortura, Juan E. Méndez, las instituciones psiquiátricas forman parte de los contextos en los que las personas corren el riesgo de sufrir abusos que pueden constituir tortura u otras formas de malos tratos.[3]

Como parte del mandato, que alcanza a los «lugares de privación de libertad no convencionales», el MNP realiza el monitoreo sistemático de instituciones psiquiátricas.

Desde 2015 el MNP recabó testimonios de personas internadas, referidos a la utilización de ECT, y visitó la sala donde se aplicaba la técnica. En el Informe n.° 096/MNP/2017 sobre CEREMOS,[4] se señaló que pacientes con indicación de ECT habían manifestado percepciones e impactos negativos vinculados a esa técnica terapéutica. A su vez, se consignó la importancia de continuar el monitoreo del procedimiento de la ECT y focalizar en el análisis de esta técnica, que conlleva aspectos controversiales.

---

3 Informe del relator especial de la ONU sobre la tortura, Juan E. Méndez, documento de la ONU A/HRC/22/53, 1° de febrero de 2013, §15.

4 Informe sobre la situación del Centro de Rehabilitación Médica Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS), publicado el 22 de diciembre de 2017, disponible en ‹https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-sobre-la-situacion-del-centro-de-rehabilitacion-medica›.

La ECT es una práctica integrada al conjunto de la terapéutica habitual en el campo de la psiquiatría, aunque no existe consenso entre los psiquiatras. Hay concepciones diferentes sobre los padecimientos mentales y controversias sobre la propia terapéutica con ECT (Casarotti y cols., 2004).

Desde el punto de vista de los organismos de derechos humanos, la ECT ha sido cuestionada debido a la constatación, a nivel internacional, de su uso en forma no modificada (sin anestésicos ni relajantes musculares) en instituciones psiquiátricas. Esta forma de aplicación suele provocar dolor o sufrimiento y ocasionar secuelas, por lo que puede constituir situaciones de tortura y otros malos tratos. También son factores de riesgo la inexistencia de protocolos, la administración de la técnica sin consentimiento libre e informado y la aplicación en personas en condiciones de vulnerabilidad.

La prohibición de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes está expresamente señalada en la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT, por sus siglas en inglés), la CDPD y otros instrumentos de las Naciones Unidas.

Uruguay, como Estado parte de estos tratados, se comprometió a adoptar medidas legislativas, administrativas, judiciales y de otra índole para evitar que las personas sean sometidas a torturas y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.[5]

Se presenta en esta oportunidad un informe temático sobre las condiciones de aplicación de la ECT en base a la normativa de derechos humanos. El monitoreo tomó como referencia de evaluación los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definidos en *Quality Rights. Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS* (2012).

En primer lugar, el informe aborda el panorama general sobre la aplicación de la ECT en el marco de la normativa de derechos humanos. En segundo lugar, se presentan los hallazgos del monitoreo, hecho en 2019-2020, en el Hospital Vilardebó (Montevideo, hospital de referencia

5 El Estado uruguayo aceptó elevar al comité que supervisa la aplicación de la CDPD informes exhaustivos sobre las medidas que ha adoptado para el cumplimiento de sus obligaciones.

nacional), CEREMOS (San José) y las unidades ejecutoras departamentales de ASSE en Cerro Largo, Durazno, Paysandú, Rocha, Salto y Soriano.

Asimismo, según informó la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE, con fecha 4 de noviembre de 2020, en el resto de los departamentos las unidades ejecutoras no realizan ECT y derivan a los pacientes para su aplicación a nivel regional o, en su defecto, al Hospital Vilardebó. Finalmente, el informe ofrece recomendaciones orientadas a superar los riesgos observados y a alcanzar los estándares internacionales de derechos humanos.

# 2. LA ECT DESDE EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

La ECT es actualmente uno de los tratamientos psiquiátricos más controvertidos. Al respecto, el Comité contra la Tortura ha señalado la necesidad de realizar una vigilancia permanente de las instituciones psiquiátricas, a fin de que su aplicación reconozca la autonomía de los sujetos, los principios de beneficencia y de no dañar, no implique daños ni sufrimientos ni se aplique en condiciones inhumanas o degradantes.

El informe de la relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad Catalina Devandas-Aguilar incluye la terapia electroconvulsiva dentro de un conjunto de prácticas médicas que pueden constituir situaciones de tortura y otros malos tratos, en referencia al artículo 15 de la CDPD (A/HRC/43/41; 2019, p. 14).[6]

Por su parte, el relator especial del Consejo de Derechos Humanos en cuestiones de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak, señaló en referencia a la terapia electroconvulsiva:

> Se ha determinado que la utilización de descargas eléctricas en prisioneros constituye tortura o malos tratos.[7] La utilización de descargas

---

6 Artículo 15 de la CDPD: «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».

7 Véase E/CN.4/1986/15 párr. 119 y Amnistía Internacional: «Armas para los torturadores: tortura mediante la aplicación de descargas eléctricas y extensión de los aparatos de inmovilización», 1997, Índice AI: ACT 40/001/1997. Véase también CAT/C/75, párr. 143 y el Comité de Derechos Humanos, observaciones sobre la comunicación n.° 11/1977, Grille Motta c. el Uruguay, aprobada el 29 de julio de 1980 (CCPR/C/10/D/11/1977) y la

eléctricas o de terapia electroconvulsiva a fin de inducir convulsiones como forma de tratamiento para las personas con discapacidad mental e intelectual comenzó en la década de 1930.[8] El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes ha documentado casos de instituciones psiquiátricas en que se administraba terapia electroconvulsiva no modificada (es decir, sin anestesia, relajante muscular u oxígeno suplementario) para tratar discapacidades y que, incluso, se utilizaba a modo de castigo.[9]

El relator especial señala que la terapia no modificada puede provocar un fuerte dolor y sufrimiento y suele tener secuelas, como fracturas de huesos, de ligamentos y de la columna vertebral, discapacidad cognitiva y posible pérdida de memoria.[10] No puede considerarse una práctica médica aceptable y puede constituir tortura y malos tratos.[11] En su forma modificada, es fundamental que la terapia electroconvulsiva se administre solo con el consentimiento libre e informado de la persona interesada, y una vez que se le haya informado de los efectos secundarios y los riesgos que conlleva, como complicaciones cardíacas, confusión, pérdida de memoria e incluso muerte (A/63/175; 2008, pp. 16-17).[12]

---

comunicación n.°. 366/1989, Kanana c. el Zaire, aprobada el 2 de noviembre de 1993 (CCPR/C/49/d/366/1989).

8 M. V. Rudorfer, M. E. Henry, H. A. Sackeim, Electroconvulsive Therapy, Tasman, A. Kay y Lieberman (eds.) en Psychiatry, segunda edición, vol. 1, sec. VI, cap. 92 (Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2003).

9 Los informes del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura han documentado la administración de «terapia electroconvulsiva» en su forma no modificada en establecimientos psiquiátricos de Turquía. De un total de 15.877 sesiones de terapia administrada en Bakirkoy, solo en 512 (el 3,2 %) se usó la forma modificada. Véanse los documentos CPT/INF (2006) 30, párrs. 58 a 68 y CPT/INf (99) 2, párrs. 178 a 182.

10 Véase MDRI, *Behind Closed doors: Human Rights Abuses in the Psychiatric Facilities, Orphanages and Rehabilitation Centers of Turkey*, 2005, pp. 3 y 4.

11 Véanse las normas del CPT: op. cit., párrs. 39 a 41. La OMS y la OPS también han pedido que se ponga coto a esta práctica.

12 Véase el informe del relator especial, disponible en ‹https://undocs.org/es/A/63/175›.

En el mismo sentido, el relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes Juan E. Méndez, en su informe del 1 de febrero de 2013, exhortó a los Estados a:

> (...) imponer una prohibición absoluta de todas las intervenciones médicas forzadas y no consentidas en los casos de personas con discapacidad, incluida la psicocirugía, la terapia de electrochoque, la administración de medicamentos psicotrópicos como los neurolépticos, la inmovilización y el régimen de aislamiento, tanto a largo como a corto plazo, cuando no exista consentimiento. (A/HRC/22/53 p. 25)

El *Instrumento de calidad y derechos (Quality Rights)* de la OMS incluye la «protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (artículos 15 y 16 de la CDPD)» (OMS, 2012). De este tema se desglosa el siguiente estándar relativo a la ECT:

> No se debe abusar de la terapia electroconvulsiva, psicocirugía y otros procedimientos médicos que puedan tener efectos permanentes o irreversibles, sean estos realizados en el establecimiento o referidos a otro establecimiento y pueden ser administrados con el consentimiento libre e informado del usuario (OMS, 2012, p. 90).

## 2.1. Modelo de la capacidad jurídica

La CDPD introdujo un marco para la protección de las personas con discapacidad contra la tortura y otros malos tratos o abusos. En especial, para la discusión sobre la pertinencia de la aplicación de tratamientos médicos riesgosos e irreversibles sin el consentimiento de la persona. La relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad Catalina Devandas-Aguilar sintetiza este cambio conceptual que plantea la CDPD:

> La Convención representa un cambio de paradigma en el modo de percibir a las personas con discapacidad que supone abandonar el modelo médico en favor del modelo de derechos humanos respecto

> de la discapacidad. Si bien el primero reduce la discapacidad a un fenómeno médico de deficiencia, el segundo reconoce la discapacidad como una construcción social. (..) La Convención coloca el 'problema' de la discapacidad en la sociedad y no en la persona, al reconocer que las barreras sociales son los principales obstáculos para el disfrute de los derechos humanos por las personas con discapacidad (A/ HRC/43/41, p. 11).

La capacidad como derecho humano es una de las piedras angulares de este cambio de paradigma instituido por la CDPD, cuyos puntos centrales, siguiendo a Castro Valdez (CELS, 2019), son:

1. De la capacidad como atributo a la capacidad como derecho humano
2. De un modelo tutelar de incapacitación al principio de capacidad
3. De la sustitución en la toma de decisiones a la primacía de la autonomía
4. De la protección frente al peligro a la dignidad del riesgo
5. Del encierro como regla a la internación como excepción

En Uruguay, las normas que afectan de manera directa al ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con padecimientos mentales (discapacidad psicosocial) son la CDPD, la ley n.° 19.529 de Salud Mental (de fecha 24 de agosto de 2017) y el Código Civil.

Si bien la Ley de Salud Mental ha significado un importante avance, persiste un considerable rezago en la adaptación del ordenamiento jurídico nacional a la concepción que esta ley procura desarrollar. Resulta fundamental la revisión de las normas civiles, procesales y penales.

## 2.2. El consentimiento informado como garantía de derechos

El consentimiento informado es una herramienta fundamental en el ejercicio del derecho a la salud e implica el reconocimiento de la persona como sujeto de derecho. Promueve la autonomía, la libre determinación perso-

nal, la integridad y el bienestar de la persona, siempre que sea otorgado de forma voluntaria. Al mismo tiempo, garantiza la dignidad humana y, desde una perspectiva de derechos, se encuentra establecido en normativas nacionales e internacionales.

Con base en el avance de los instrumentos internacionales, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) reconoció el consentimiento informado como expresión de la autonomía de las personas en el ámbito de la salud. Destaca que ha significado un cambio de paradigma en la relación médico-paciente que deja atrás el modelo paternalista (en el que el médico era quien decidía lo más conveniente para la persona que debía someterse a un tratamiento en particular), avanzando hacia un proceso participativo con el paciente.[13]

Asimismo, la Corte IDH ha destacado la importancia y el carácter instrumental del consentimiento informado como garantía de derechos:

> el consentimiento informado es parte del elemento de la accesibilidad de la información (...) y, por tanto, del derecho a la salud (artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos). Por ello, el acceso a la información —contemplado en el artículo 13 de la CADH—, adquiere un carácter instrumental para garantizar y respetar el derecho a la salud.

En consecuencia, la Corte IDH sostiene que el derecho al acceso a la información constituye una garantía del derecho establecido en el artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH), posibilitando otros derechos relacionados, teniendo en cuenta cada caso en concreto.[14]

Por otra parte, la ausencia de consentimiento expreso para la realización de tratamientos médicos puede constituir, según el relator especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak, diferentes formas de

---

13 Corte IDH. Caso I.V. vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C n.°. 329.

14 Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C n.° 349.

violencia y abuso contra las personas con discapacidad. Cita, dentro de las intervenciones para «corregir o aliviar» una discapacidad, el electrochoque o la administración de fármacos psicotrópicos.

Asimismo, Nowak expresa preocupación respecto a que en varios casos «(...) esas intervenciones, cuando se practican en personas con discapacidad, pasen inadvertidas o se justifiquen y no se las considere una forma de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes».[15]

A su vez, Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, advirtió en 2017 sobre la asimetría de poder en la relación entre psiquiatra y personas usuarias de los servicios de salud mental, lo que podría promover una visión paternalista e incluso patriarcal, «(...) lo que desempodera a los usuarios y menoscaba su derecho a tomar decisiones sobre su salud, con lo que se crea un entorno en el que pueden producirse y se producen violaciones de los derechos humanos (...)».[16]

Por lo anterior, sugiere:

> (...) los Estados no deben permitir que el consentimiento sea otorgado por personas que sustituyan a las personas con discapacidad en la adopción de decisiones que afecten a su integridad física o mental; en su lugar se les debe proporcionar apoyo en todo momento para que tomen sus propias decisiones, en particular en situaciones de emergencia y crisis.[17]

En esta línea, el relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes Nils Melzer, en su informe presentado en julio de 2018, observó una situación de extrema vulnerabilidad respecto del ejercicio del derecho al consentimiento informado al tratamiento, como

---

15 A/63/175. Informe del relator especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Sr. Manfred Nowak, de conformidad con la resolución 62/148 de la Asamblea, pár. 40-41.

16 A/HRC/35/21. Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 28 de marzo de 2017.

17 *Ibídem*.

consecuencia de un desequilibrio de poder entre los médicos y pacientes, el que se veía profundizado a partir del estigma y la discriminación:

> Ese riesgo es especialmente elevado en el contexto del internamiento y tratamiento obligatorios de personas con discapacidad psicosocial, que a menudo son despojadas de su capacidad jurídica para tomar decisiones y no participan, o solo de forma insuficiente, en las decisiones que se adoptan con respecto a su tratamiento.[18]

En Uruguay, de acuerdo a la ley n.° 18.335 del 15 de agosto de 2008, sobre los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, todo procedimiento de atención médica debe ser acordado entre el paciente o su representante —luego de recibir información adecuada, suficiente y continua— y el profesional de salud.

En el mismo sentido, la ley n.° 19.529 de salud mental establece que debe requerirse «el consentimiento informado para la realización de las intervenciones biológicas y psicosociales propuestas en la estrategia terapéutica».[19]

En ambas leyes se establece que los profesionales intervinientes deberán brindar información suficiente, en lenguaje comprensible, para que la persona entienda la naturaleza del padecimiento mental, diagnóstico y tratamiento propuesto, beneficios esperados y posibles riesgos, eventualidad de hospitalización, condiciones y finalidad.

El decreto 274/010 del 16 de septiembre de 2010, reglamentario de la ley n.° 18.335, señala:[20] «el otorgamiento del consentimiento informado es un derecho del paciente y su obtención un deber del profesional de la salud» (artículo 16). El artículo 17 agrega que se debe dejar constancia en la historia clínica.

---

18 A/73/207, párr 67, p. 20. Septuagésimo tercer período de sesiones Asamblea General de ONU, tema 74 a) del programa provisional. Promoción y protección de los derechos humanos: Aplicación de los instrumentos de derechos humanos ‹https://undocs.org/es/A/73/207›.

19 Artículo 23 de la ley n.º 19529 (salud mental).

20 Decreto 274/010. Capítulo III «Consentimiento informado» (artículos 16 al 26).

En referencia al deber profesional, el Código de Ética Médica de Uruguay —aprobado por ley n.° 19.286 de fecha 25 de setiembre de 2014— establece la obligación de brindar información sobre la terapéutica a instrumentar, comunicando los riesgos y beneficios, así como de respetar la libre decisión del paciente, tanto en la aceptación como en el rechazo de los procedimientos propuestos.[21]

De igual modo, el Consejo Regional de Enfermería del MERCOSUR (CREM) establece como responsabilidad del personal de enfermería brindar información suficiente y adecuada al paciente y su familia, así como «respetar y reconocer el derecho de los pacientes a tomar sus propias decisiones en cuestiones relativas a su tratamiento y a su bienestar» (art.6).[22]

En cuanto al derecho del paciente, el consentimiento informado será otorgado personalmente por este, excepto en las situaciones establecidas en el artículo 24[23] del referido decreto. Dichas situaciones se

---

21 Código de Ética Médica, ley n.° 19.286, artículo 13 «Todo médico tiene el deber de: a) Dar una información completa, veraz y oportuna sobre las conductas diagnósticas o terapéuticas que se le propongan al paciente, incluyendo las alternativas disponibles en el medio. b) Comunicar los beneficios y los riesgos que ofrecen tales procedimientos, en un lenguaje comprensible, suficiente y adecuado para ese determinado paciente. c) En los casos excepcionales en que esa información pudiese ocasionar efectos nocivos en la salud física o psíquica del paciente, podrá limitarla o retrasarla. d) Respetar la libre decisión del paciente, incluido el rechazo de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto, en el marco de las normativas vigentes. En ese caso le informará sobre los riesgos o inconvenientes de su decisión. El médico podrá solicitar al paciente o a sus responsables, luego de la total y completa información del procedimiento propuesto, firmar un documento escrito en el que conste ese rechazo y, en caso de que no se lograra, dejar constancia en la historia clínica. e) Mantener informado al paciente de los cambios eventuales en el plan diagnóstico o terapéutico y, en caso de su traslado a otro servicio o centro asistencial, informarle de los motivos del mismo».

22 Ver Resolución 2 del Consejo Regional de enfermería del Mercosur. ‹https://pdfslide.tips/documents/codigo-de-etica-crem.html›.

23 Decreto 274/010, artículo 24: «El consentimiento informado será otorgado personalmente por el paciente, salvo en los siguientes casos:
a) Tratándose de niños, niñas y adolescentes no emancipados ni habilitados de edad, será otorgado por sus representantes legales. De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente, se propenderá a que las decisiones sobre la atención de su salud, incluyendo los métodos de prevención de la salud sexual, se adopten en concu-

darán cuando exista manifiesta imposibilidad de otorgar el consentimiento o que no se encuentren psíquicamente aptos para ello. Serán las situaciones en caso de:

1. Tratándose de niños, niñas y adolescentes no emancipados ni habilitados de edad, será otorgado por sus representantes legales (...). Sin embargo, de acuerdo a la edad del niño, niña o adolescentes se tenderá a que las decisiones sobre la atención de su salud se adop-

---

rrencia con sus padres u otros adultos de su confianza, debiendo respetarse en todos los casos la autonomía progresiva de los adolescentes. Sin perjuicio de lo previsto precedentemente, tratándose de adolescentes podrán efectuarse actos de atención a su salud con su consentimiento fundado y sin el consentimiento de los padres, tutores y otros responsables, si en función de su grado de madurez y evolución de sus facultades, el profesional de la salud actuante considera que el adolescente es suficientemente maduro para ejercer el derecho a consentir. En tal caso, se informará a los padres, tutores u otros responsables que se actúa de acuerdo al interés superior del adolescente. Fuera de las situaciones previstas en el artículo 22 del presente Decreto, de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y si no pudiera llegarse a un acuerdo con este o con sus padres o responsables en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 11 bis del Código de la Niñez y la Adolescencia (ley n.°17.823 de 7 de setiembre de 2004), en la redacción dada por el artículo 7 de la ley n.° 18.426 de 1° de diciembre de 2008. (...)

b) En los demás casos de incapacidad legal, será otorgado por los representantes legales respectivos.
c) Los pacientes legalmente capaces, pero en situación de manifiesta imposibilidad de otorgar el consentimiento o que no se encuentren psíquicamente aptos para ello, serán representados por su cónyuge o concubino o, en su defecto, por su pariente más próximo. A falta de familiares por consanguinidad o afinidad, el paciente, haciendo constar tal circunstancia, podrá comunicar con anticipación al servicio de salud el nombre de otra persona allegada que podrá representarlo para el otorgamiento del consentimiento informado.
d) Tratándose de pacientes en estado terminal de una patología incurable e irreversible que no hayan expresado su voluntad conforme al Artículo 2 de la Ley N.°18.473 y que se encuentren incapacitados de expresarla, la decisión de suspender los tratamientos o procedimientos que implica el ejercicio del derecho reconocido en el Artículo 1 de la citada Ley, deberá adoptarse siguiendo los procedimientos y requisitos que establece la misma».

ten en concurrencia con sus padres u otros adultos de su confianza, debiendo respetarse la autonomía progresiva de los adolescentes. En el caso de estos últimos, se podrá obtener su consentimiento fundado y sin el consentimiento de los padres, tutores y otros responsables, teniendo en cuenta el grado de madurez y evolución de sus facultades, informándose a los padres, tutores u otros responsables que se actúa de acuerdo al interés superior del adolescente.

2. En los demás casos de incapacidad legal, será otorgado por los representantes legales respectivos.
3. Los pacientes legalmente capaces pero en situación de manifiesta imposibilidad de otorgar el consentimiento, o que no se encuentren psíquicamente aptos para ello, serán representados por su cónyuge o concubino o, en su defecto, por su pariente más próximo.
4. En el caso de pacientes en estado terminal de una patología incurable e irreversible que no hayan expresado su voluntad conforme al artículo 2 de la ley n.° 18.473 y que se encuentren incapacitados de expresarla.

A su vez, en el artículo 22 menciona que en casos de urgencia o emergencia, de notoria fuerza mayor, que no permitan demora por existir un grave riesgo para la salud del paciente, se podrán realizar los procedimientos sin obtener previamente el consentimiento del paciente, dejando constancia precisa y fundada en su historia clínica.

Para la realización de intervenciones quirúrgicas, así como todo procedimiento invasivo, sea diagnóstico o terapéutico, se requiere que el consentimiento informado sea otorgado por escrito. Este deberá cumplir con los requisitos mínimos establecidos en los artículos 25 y 26 del referido decreto. El diagnóstico de padecimiento mental no debe ser entendido como una incapacidad para determinarse y debe aplicarse la presunción de que las personas que atraviesan por este tipo de padecimientos son capaces de expresar su voluntad, lo cual debe ser respetado por parte del personal de atención en salud mental y servicios sociales en general. Se debe brindar información completa y en un lenguaje comprensible sobre la situación terapéutica —y las posibles alternativas— para tomar decisiones relacionadas a su atención y tratamiento por sí o con el apoyo de familiares, referentes o representantes legales.

Con la aprobación de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN) y el Código de la Niñez y Adolescencia (CNA), el ordenamiento jurídico nacional reconoce la plena titularidad de los derechos de las personas menores de 18 años de edad. Como sujetos de derecho, las niñas, niños y adolescentes gozan del reconocimiento de su capacidad jurídica, de acuerdo a su autonomía progresiva y evolución de sus facultades, aspectos vinculados con el derecho a tomar decisiones y a ser escuchados en todos los asuntos de su interés.

Al respecto, el documento del grupo de trabajo del Consejo Nacional Consultivo de los Derechos del Niño y el Adolescente (CNCHDDNA), *Aportes a la reglamentación de la ley n.° 19.529 de salud mental*, expresa que el consentimiento libre e informado «(...) es una herramienta que permite garantizar la autonomía, autodeterminación y el respeto a los intereses de niños, niñas y adolescentes que reciben atención en salud mental e integral» y establece el requerimiento previo por parte del niño, niña o adolescente ante «(...) toda actuación profesional en el campo de la salud mental e integral en infancia y adolescencia, sea en el ámbito público o privado» (CNCHDDNA, 2018).[24]

De acuerdo a lo expresado en ese documento, el consentimiento se ha de fundamentar en un proceso interactivo de comunicación entre el niño, la niña o adolescente y el equipo de salud tratante, en el cual accede voluntariamente y sin coerción a sus tratamientos, brindando la autorización (o no) a intervenciones clínicas y psicosociales específicas.

El procedimiento de consentimiento ha de contar con información clara y comprensible, y tener en cuenta las condiciones particulares de cada niño, niña o adolescente. Se ha de explicar y describir el estado de salud, el impacto sobre la autonomía actual y futura, los beneficios esperados de los procesos terapéuticos, los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles, la existencia de procedimientos alternativos y sus riesgos. Y explicar las consecuencias previsibles de la no realización o interrupción de los tratamientos sugeridos (CNCHDDNA, 2018).

---

24 El CNCHDDNA presentó en noviembre de 2018 al Programa de Salud Mental del MSP y a la Comisión de reglamentación de la ley n.º 19.529 el *Documento del Grupo de Trabajo sobre aportes a la reglamentación de la ley n.° 19.529 de salud mental, para el CNCHDDNA*, donde discute los fundamentos y ejes orientadores hacia la reglamentación de dicha ley en referencia a niñas, niños y adolescentes.

Atendiendo al enfoque de ciclo vital, es importante que esta herramienta sea flexible y se considere el momento de desarrollo y la particular situación de vida y de sufrimiento mental que transita cada niño, niña o adolescente. Asimismo, es preciso considerar la posibilidad de que en el proceso de asistencia se requiera una revisión periódica del consentimiento que incluya la opinión de los niños, niñas y adolescentes, lo cual no puede conllevar al detrimento de la calidad de atención en su salud (CNCHDDNA, 2018).

Como lo expresó el MNP, en muchas oportunidades el proceso vinculado al consentimiento libre e informado no es llevado a la práctica en situaciones relacionadas con tratamientos de salud mental de niños, niñas y adolescentes:

> Otro aspecto motivo de preocupación del Mecanismo es que los niños, niñas y adolescentes llegan muchas veces a las clínicas psiquiátricas sin manejar información clara sobre a dónde van y las razones y el tiempo que deberán permanecer allí.
>
> Las intervenciones en salud mental de niños, niñas y adolescentes deben garantizar su derecho a gozar de una atención integral, que promueva el disfrute de una mejor calidad de vida, incluyendo el derecho a ser informados y a que su opinión sea escuchada y respetada en aquellos asuntos que les afecten, tal como lo establece el artículo 12 de la CDN.
>
> El concepto de consentimiento informado en personas menores de edad vehiculiza su derecho a ser oídas y respetadas, para lo cual se les debe brindar información adecuada y comprensible, acorde a su autonomía progresiva, y resulta fundamental que estén en conocimiento del contenido y la duración de las medidas a las que estarán sujetos. El hecho de que no se informe y consulte al niño, niña acerca de sus alternativas de tratamiento, y que ni siquiera se le comunique a dónde se decidió su traslado, vulnera el derecho a la información y participación en torno a las decisiones que afectan su vida, impactando a su vez, en general, en la forma de transitar su biografía en el sistema (MNP, 2017, p. 135).[25]

---

25 III Informe Anual del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura de la República Oriental del Uruguay 2016. El MNP en el Uruguay: puesta en funcionamiento y con-

## 2.3. Capacidad de goce y ejercicio en la normativa nacional vigente

La aceptación o negación a recibir una intervención médica implica el pleno ejercicio del derecho de acceso a la información, evaluar beneficios y riesgos, en definitiva, tomar decisiones. Por ende, el consentimiento informado oficia en salvaguarda del respeto de la autonomía de la persona y está íntimamente relacionado con el concepto de capacidad.

A los efectos de su estudio, la doctrina divide este concepto en *capacidad jurídica o de goce* y *capacidad de obrar o de ejercicio*. La capacidad jurídica, entendida como capacidad de goce de sus derechos, es intrínseca a la persona humana e implica la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones. Es la capacidad de obrar o capacidad de ejercicio (referente a que se puedan producir efectos jurídicos con actos realizados por sí mismas) la que divide a las personas en *capaces* e *incapaces* de obrar.

El ordenamiento nacional jurídico vigente establece que la capacidad de ejercicio exige que la persona tenga discernimiento. Su falta (constatada por parte del juez actuante) tendrá efectos jurídicos que afectan la capacidad de ejercicio de la persona, que podrá ser declarada incapaz.

El Código Civil uruguayo divide la figura de la incapacidad en absoluta y relativa. Son absolutamente incapaces, de acuerdo con el art. 1279, los «impúberes», los «dementes» y las personas «sordomudas» que no puedan darse a entender por escrito ni mediante lengua de señas, según lo establecido en la ley n.° 17.378, del 25 de julio de 2001 (la intervención del intérprete de lengua de señas es preceptiva para decidir la incapacidad).

Tendrán incapacidad relativa los «menores adultos» o que no han obtenido habilitación de edad para realizar determinados actos, lo cual implica el impedimento de realizar algunos actos o la limitación de sus efectos, en el caso de que se permita realizarlos (arts. 1280 y 1281).

Para que esas personas puedan gozar de sus derechos, se les debe asignar un curador, quien actuará como representante legal. Están sujetos a curaduría general los incapaces mayores de edad, los dementes, aunque tengan intervalos lúcidos y las personas sordomudas que no puedan darse

---

solidación. INDDHH, Montevideo, 2017.

a entender por escrito ni mediante lengua de señas. (art. 432).[26] Es de destacar que el juez, en cualquier estado del proceso de incapacidad, podrá nombrar a un curador interino a la persona y bienes (art. 436 Código Civil).

Respecto de las personas sobre quienes recae la curaduría, cabe señalar que el Código Civil establece:

- El marido es el curador legítimo de su mujer declarada incapaz y esta lo es de su marido (art. 441 del Código Civil).
- Los hijos mayores de edad son curadores de su padre o madre viudos o divorciados, declarados incapaces (art. 442 del Código Civil).
- Los padres son de derecho curadores de sus hijos legítimos o naturales reconocidos, solteros, viudos o divorciados que hayan sido declarados incapaces, que no tengan hijos mayores de edad, que puedan desempeñar la curaduría (art. 442 del Código Civil).
- Los directores de los asilos de incapaces mayores de edad son curadores legítimos de los asilados, mientras no tengan otro curador (art. 436 Código Civil).

## 2.4. Del sistema de sustitución de la voluntad al modelo de apoyo en la toma de decisiones

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha llamado a los Estados a adoptar una serie de medidas que aseguren la plena aplicación de la CDPD. En su observación general n.° 1 del año 2014[27] manifiesta que el artículo 12 requiere reemplazar los regímenes de *sustitución* en la adopción de decisiones por una *asistencia* en la toma de decisiones que respete la autonomía, voluntad y preferencia de la persona.[28]

---

26 Art. 432. Redacción dada por la ley n.º 17.535 de 21/08/2002 artículo 1.

27 CRPD/C/GC/1

28 CRPD/C/ESP/CO/1 párr. 25.

Entre estas medidas se encuentran:

- reconocer a las personas con discapacidad como personas ante la ley, con personalidad jurídica y capacidad jurídica en todos los aspectos de la vida;
- suprimir los mecanismos que permiten la adopción de decisiones sustitutivas;
- proporcionar a las personas con discapacidad el acceso a formas de apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica;
- celebrar consultas con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad.

Es de destacar que, en 2016, el referido Comité emitió una serie de observaciones y recomendaciones respecto del informe presentado por Uruguay (CRPD/C/URY/CO/1).[29] Señaló que la legislación uruguaya, en particular los artículos 37 y 80 de la Constitución de la República y el Código Civil, estaban en contradicción con la CDPD, dado que «discriminan y restringen la capacidad jurídica de las personas con discapacidad». Recomendó a Uruguay que «derogue toda disposición legal que limite parcial o totalmente la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y adopte medidas concretas para establecer un modelo de sistema de apoyo al proceso de toma de decisiones que respete la autonomía, voluntad y preferencias de las personas con discapacidad, que reemplace las formas de sustitución en la toma de decisiones».[30]

En el mismo sentido, la relatora especial Catalina Devandas-Aguilar ha recomendado a los Estados «reconocer, en la legislación interna, el derecho de las personas con discapacidad a otorgar su consentimiento libre e informado antes de todo procedimiento médico o científico y darles acceso al apoyo que puedan requerir para ejercer ese derecho» (A/HRC/43/41, 2020, p. 20).

---

29 Observaciones finales sobre el informe inicial de Uruguay, en el marco de la revisión sobre la implementación de la CDPD.

30 CRPD/C/URY/CO/1, párr. 26.

De este modo, se pone énfasis en el derecho de las personas con discapacidad a decidir sobre sus propias vidas, en todos aquellos asuntos en que puedan hacerlo, y da la posibilidad de gestionar apoyos cuando se requieran a fin de favorecer la autonomía, el derecho a recibir información comprensible y decidir y expresar libremente su conformidad con la participación en intervenciones médicas que tienen efectos irreversibles.

En el marco de la promulgación de la ley n.° 19.529, el MNP señaló la importancia de visualizar su incidencia en la totalidad del orden jurídico nacional vigente, identificó la necesidad de armonizar todo el sistema normativo vinculado a la salud mental y elaboró documentos que contribuyeran a la reflexión sobre el tipo de modificaciones que deben operarse específicamente sobre determinadas leyes y diferentes institutos y procesos judiciales para brindar la debida protección judicial a las personas en sufrimiento mental.

En este sentido, el MNP ha manifestado que la aplicación práctica de la presunción de capacidad, establecida en el artículo 3 literal I de la ley n.° 19.529, requiere que los operadores del sistema que intervienen en los diferentes procesos, ya sean jueces, técnicos o profesionales, reconozcan las capacidades desarrolladas por las personas que se encuentran afrontando un proceso de incapacidad. Por lo cual, la declaración de incapacidad debería recaer solo sobre aquellas capacidades afectadas y no necesariamente sobre la totalidad, y así debería consignarse en el Código Civil.[31]

Uno de los retos que enfrenta el Estado uruguayo deviene de la importancia que reviste la capacidad jurídica para el ejercicio de los derechos humanos y las vulneraciones de derechos que genera la violación del artículo 12 de la CDPD. En este sentido, por resolución presidencial n.° 893/015 de fecha 14/9/2015 se aprobó el Plan Nacional de Acceso a la Justicia y Protección Jurídica de las Personas en situación de Discapacidad para el período 2015-2020, el cual promovió la generación de mecanismos para

31 Análisis de contexto y monitoreo de instituciones psiquiátricas Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, Uruguay, 2018.

la transición desde un sistema de sustitución de la voluntad a un modelo de apoyos en la toma de decisiones.[32]

Entre otros aspectos, se trata de revertir la pérdida de derechos humanos de aquellos que han sido colocados bajo regímenes de tutela, revisar las falencias de los procedimientos establecidos y generar alternativas que posibiliten a las personas con discapacidades psicosociales el ejercicio de su voluntad.

Resulta, pues, de particular interés el monitoreo sobre la información que reciben los y las pacientes respecto del tratamiento en salud mental al que serán sometidos, la obligatoriedad de obtener su consentimiento informado, en qué condiciones y quiénes están autorizados en el caso de que la persona no pueda o esté impedida para otorgar ese consentimiento. Esta información resulta indispensable a los efectos de velar para que se den las garantías necesarias y evitar riesgos de vulneración de derechos humanos.

32 Ver resolución presidencial n.° 893/015 disponible en ‹http://www.impo.com.uy/bases/resoluciones-originales/893-2015#ANEXO›.

# 3. PANORAMA DE LA APLICACIÓN DE ECT EN URUGUAY

Equipo de aplicación de ECT
Hospital Vilardebó, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE
Fecha de captura: 08/09/2020. Registro fotográfico: equipo del MNP, 2020

La ECT consiste en el pasaje de una pequeña corriente eléctrica entre dos discos de metal (electrodos) que se aplican en la superficie del cuero cabelludo. Los dos electrodos pueden estar colocados de un mismo lado de la cabeza para ECT unilateral o de ambos lados de la frente, para ECT bilateral.

> La corriente eléctrica pasa entre los dos electrodos a través de parte del cerebro para estimularlo. La estimulación eléctrica induce una convulsión que generalmente dura entre 20 y 90 segundos.[33]

33 Hospital Vilardebó. Documento de Consentimiento Informado.

De este modo presenta el procedimiento de ECT el documento de consentimiento informado utilizado en el Hospital Vilardebó.

La ECT se ha utilizado en Uruguay desde 1939. Casarotti y cols. observan que «en Uruguay la ECT nunca dejó de aplicarse, aunque, al igual que en otros países, se notó una disminución del número de pacientes tratados de ese modo entre 1970 y 1990, incrementándose luego nuevamente» (Casarotti y cols., 2004, p. 10).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) no genera estadísticas sistemáticas nacionales sobre la aplicación de la ECT que den cuenta de la magnitud de su uso y de su evolución en el tiempo. Algunos estudios han presentado estimaciones propias. El más reciente establece que en 2015 la dimensión de la aplicación de la ECT en el área metropolitana del país alcanzaba a 10.000 sesiones anuales (Fielitz y cols., 2016). [34]

Si bien no hay normativa específica referente a la ECT, la «micronarcosis o terapia electroconvulsiva» está integrada al catálogo de prestaciones definidos por el MSP como uno de los procedimientos neuropsicológicos y neuropsiquiátricos entre los métodos terapéuticos y de rehabilitación.[35]

En Uruguay no hay guías clínicas específicas sobre ECT publicadas por el MSP. La última publicación de pautas de tratamiento identificada fue de 2004 y fue realizada por la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, donde se divulgó el artículo de Casarotti y cols. «Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización».[36] Allí se sintetiza la información disponible hasta ese momento.

---

34 Con base en las aproximaciones brindadas por los doctores José Otegui y Enrique Galeano.

35 El decreto 465/008 de 3 de octubre de 2008 aprobó —en el marco de los Programas Integrales de Salud y el Catálogo de Prestaciones definidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y actualizados más recientemente por la ordenanza n.°289 de 16 de abril de 2018— la inclusión de la micronarcosis o terapia electroconvulsiva dentro de los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación - Procedimientos neuropsicológicos y neuropsiquiátrico.

36 «Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización» Humberto Casarotti, José Otegui, Gabriel Savi, Pedro Zurmendi, Enrique Galeano y Ariel Gold. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 68, n.°1; pp. 7-41; julio de 2004. Disponible en ‹http://www.spu.org.uy/revista/jun2004/02_pautas.pdf›

La mencionada publicación presenta un panorama de la utilización de la ECT e introduce la controversia existente sobre su uso en la propia comunidad médico- psiquiátrica. Por otra parte, integra los criterios de indicación del tratamiento, efecto terapéutico, técnicas de aplicación (equipo técnico, equipamiento, medicación, procedimiento y régimen de tratamiento) y efectos adversos. A su vez, discute la aplicación en poblaciones especiales y analiza elementos de responsabilidad médica en la aplicación de esta técnica (Casarotti y cols., 2004).

> En cuanto al procedimiento, se establecen diferentes etapas: obtención del consentimiento informado, valoración médica y cardiológica previas, preparación del paciente —vigilancia del ayuno previo, vaciado de vejiga, control de signos vitales, determinación de eventuales riesgos—, determinación de los parámetros de estímulo y la ubicación de electrodos, administración del estímulo, monitoreo de la respuesta convulsiva, monitoreo cardiovascular, vigilancia del paciente en el período postictal inmediato y en el período de recuperación (Casarotti y cols. 2004, p. 17).
>
> En cuanto a las indicaciones clínicas, en dichas pautas se establece que existe evidencia de la eficacia de ECT y consenso sobre su uso a nivel internacional en: a) episodios depresivos del trastorno depresivo recurrente (particularmente en la depresión psicótica); b) episodios depresivos mixtos y maníacos del trastorno bipolar; c) formas de esquizofrenia catatónica y estupor catatónico no especificado; d) esquizofrenia paranoide; e) trastornos esquizoafectivos (Casarotti y cols., 2004, p. 12).

Consultadas al respecto, las autoridades de ASSE informaron que las principales indicaciones para el tratamiento con ECT se basan en la Task Force Electroconvulsibe Therapy de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

En 2009, un estudio descriptivo retrospectivo de revisión de historias clínicas de pacientes que recibieron ECT en 2006 en el Hospital Vilardebó —realizado por Margarita Wschebor y colaboradores—[37] observó que en

37 El estudio realizó una revisión de 323 historias clínicas de pacientes del Hospital Vilardebó que recibieron tratamiento de ECT en 2006. Analizó los principales indica-

todos los casos la ECT se aplicó en forma combinada con el tratamiento farmacológico. La respuesta favorable al tratamiento se observó en el 82,7 % de los pacientes y se registró en promedio a partir de la 4,5 sesión. La respuesta más favorable se presentó en los pacientes con episodios agudos.[38] El 13,3 % presentó complicaciones, de las cuales las más frecuentes fueron el *delirium* (7,9 %), las cardiovasculares y pleuropulmonares (2,5 %) y cefaleas (1,7 %). En la mitad de los casos que presentaron complicaciones se suspendió el tratamiento. En 2006, dos de los pacientes del estudio fallecieron. Al respecto los autores señalan que no se pudo atribuir la causa de estas muertes al tratamiento, ya que esa información no fue consignada en la historia (Wschebor, 2009, pp. 137-138).

En 2016, Pablo Fielitz y cols. realizaron un estudio con pacientes del Hospital Vilardebó diagnosticados con esquizofrenia, con el objetivo de «verificar si existe un intervalo libre de internación más prolongado en los pacientes esquizofrénicos que recibieron ECT en su primer episodio psicótico» (Fielitz, 2016, p. 27).[39] Las conclusiones del estudio señalan que no se pudieron registrar diferencias estadísticamente significativas entre la medias de días libres de internación entre pacientes que recibieron ECT

---

dores epidemiológicos y clínicos de los pacientes que recibieron ECT, caracterizó los tratamientos recibidos y la respuesta observada. Wschebor, Margarita; López Rega, Gabriela; Santos, Verónica; Brescia, Soledad; Romano, Sandra (2009) «Estudio de los pacientes que recibieron ECT en el Hospital Vilardebó en el año 2006». *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 2009; 73 (2): 131-142.

38 El estudio refiere que «los pacientes con episodios agudos (trastornos psicóticos agudos y transitorios, trastorno bipolar, episodios maníacos y episodios depresivos excluidos los enmarcados en trastorno bipolar) tienen una respuesta muy favorable, siendo esta menor en la población más numerosa, que es la de los pacientes con esquizofrenia» (Wschebor, 2009:136). En la discusión señala «hubo una respuesta a la ECT en el 96,2 % de las series de los pacientes que presentaron trastorno bipolar episodio maníaco, en el 95,8 % de los trastornos psicóticos agudos, en el 92,7 % de los episodios depresivos (como ya mencionamos excluidos los correspondientes a trastornos bipolares) y en el 84,4 % de las esquizofrenias» (Wschebor, 2009, p. 140).

39 Los autores plantean que «es frecuente en nuestro medio la creencia de que la realización de ECT en el primer episodio psicótico de los pacientes esquizofrénicos mejoraría el pronóstico y disminuiría los reingresos hospitalarios en los primeros años de la enfermedad», la cual no está fundada en evidencia científica (Fielitz; 2016, p. 27).

y los que no, aunque indican que dichos hallazgos no son concluyentes (Fielitz, 2016).

Finalmente, en referencia a las pautas que abordan la aplicación de la ECT en «poblaciones especiales», esto es, niñas, niños y adolescentes, la publicación de Casarotti y cols. señala que la edad no es una contraindicación y que las indicaciones tienen escasas variaciones respecto a los adultos. Incluye la referencia a un estudio retrospectivo realizado en 1995 por José Otegui y cols.[40] en el cual se revisaron las historias clínicas de 27 pacientes menores de 16 años que recibieron ECT entre octubre de 1988 y marzo de 1995 en hospitales privados de Montevideo. Los hallazgos del estudio refieren:

> (…) en total, 24 (88 %) de los 27 adolescentes mejoraron con ECT, 9 de ellos recayeron y, después de una nueva serie de ECT, 8 (89 %) mejoraron nuevamente. No se registraron complicaciones ni episodios confusionales que determinaron suspender el tratamiento (Casarotti y cols., 2004, p. 27).

Estas referencias dan cuenta del uso de la ECT en niñas, niños y adolescentes en Uruguay. Este es un punto de clara contradicción con estándares y criterios de referencia de la OMS, en los cuales, como ya se ha señalado, se establece que «no se administra la terapia electroconvulsiva a un menor de edad» (OMS, 2012, p. 90).

40 La mención corresponde al siguiente estudio citado por Casarotti y cols. en la referencia bibliográfica: Otegui J.T.; Lyford-Pike, A.; Zurmendi, P.; Savi, G.; Forés, D.; Castro, G. ECT in adolescents and children in private hospitals in Montevideo (Uruguay), Convuls Ther 1995; 11:73.

# 4. HALLAZGOS DEL MONITOREO

En 2019 y 2020 se realizó el monitoreo específico de los servicios de ECT con el objetivo de examinar los factores de riesgo y las situaciones en las cuales la aplicación de la ECT pudiera contribuir a que las personas internadas en instituciones psiquiátricas sufrieran tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes. El principal instrumento de monitoreo fueron las visitas no anunciadas a establecimientos. Asimismo, se solicitó información por oficio[41] y se realizó un análisis de la documentación disponible.

Las visitas *in situ* fueron hechas por un equipo integrado por profesionales de diversos campos disciplinares (medicina, derecho, psicología, trabajo social y sociología). Varias de estas visitas se realizaron con el acompañamiento de médicos/as del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la Facultad de Medicina de la UDELAR. Las visitas a CEREMOS se realizaron los días 22 de julio de 2019 y 18 de septiembre de 2020. Las visitas al Hospital Vilardebó se realizaron los días 16 de agosto de 2019 y 8 de agosto de 2020.

La metodología de monitoreo utilizada tomó como referencia los estándares e instrumentos definidos en el *Quality Rights. Instrumento de Calidad y Derechos* de la Organización Mundial de la Salud para establecimientos de salud mental y de apoyo social basados en la CDPD. [42] Del instrumento planteado por OMS se abordó el tema relativo a la «protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso» (arts. 15 y 16 de la CDPD).

---

41 El MNP envió los siguientes oficios: oficio n.°630/2020 del 12 de agosto de 2020, dirigido al director de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE; oficio n.°631/2020 dirigido a la dirección de CEREMOS, con fecha 12 de agosto de 2020 y su reiteración oficio n.° 640/2020 fechado el 7 de setiembre de 2020; oficio n.°632/2020 dirigido a la Dirección del Hospital Vilardebó con fecha 12 de agosto de 2020 y su reiteración oficio n.°639/2020 con fecha 7 de setiembre de 2020.

42 Organización Mundial de la Salud. Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. 2012.

Al respecto, la OMS define el estándar:

> No se debe abusar de la terapia electroconvulsiva, psicocirugía y otros procedimientos médicos que puedan tener efectos permanentes o irreversibles, sean estos realizados en el establecimiento o referidos a otro establecimiento, y pueden ser administrados solamente con el consentimiento libre e informado (OMS, 2012, p. 90).

Los criterios específicos de ECT para ese estándar son:

> a) No se administra ninguna terapia electroconvulsiva sin el consentimiento libre e informado de los usuarios; b) Existe disponibilidad y cumplimiento de guías clínicas claras, basadas en la evidencia, sobre cómo y cuándo la terapia electroconvulsiva puede o no ser administrada; c) Nunca se utiliza la terapia electroconvulsiva en su forma no modificada (es decir, sin un anestésico y un relajante muscular); y; d) Nunca se administra la terapia electroconvulsiva a un menor de edad[43] (OMS, 2012, p. 90).

Con base en el marco conceptual planteado, se indagaron los siguientes aspectos:

1. Aspectos de la organización y procesos (guías o protocolos, integración del equipo técnico, instalaciones, registro de información, estadísticas, estudios de evaluación, entre otros);
2. Aplicación de ECT (uso de anestésicos y relajantes musculares, indicaciones terapéuticas, procedimiento, etc.);
3. Consentimiento informado (aplicación, contenidos, firmantes, etc.);
4. Aplicación de ECT a niñas, niños y adolescentes.

---

43 El estudio no incluyó dos de los criterios considerados por la OMS para este estándar, en la medida que no aplicaban para el relevamiento de ECT: «No se lleva a cabo psicocirugía ni otros tratamientos irreversibles sin el consentimiento libre e informado del usuario y la aprobación de una comisión independiente. (...) No se llevan a cabo abortos ni esterilizaciones en los usuarios sin su consentimiento»(OMS, 2012, p. 90).

## 4.1. Aspectos de la organización y procesos

> ***Criterio***: *existe disponibilidad y cumplimiento de guías clínicas claras, basadas en la evidencia, sobre cómo y cuándo la terapia electroconvulsiva puede o no ser administrada* (OMS, 2012, p. 90).

### 4.1.1. Protocolo de terapia electroconvulsiva

De acuerdo a la información relevada, el MSP no ha publicado guías o protocolos referentes a la aplicación de ECT. No obstante, se mencionó el uso en la práctica médica de guías internacionales como referencia. En el caso de algunos establecimientos, se cuenta con protocolos institucionales de ECT.

El Hospital Vilardebó contaba con un protocolo denominado *Electroconvulsivoterapia (Cuidados de Enfermería)*, elaborado por el Departamento de Enfermería. Establecía las pautas a seguir por el equipo de enfermería en tres etapas diferenciadas del procedimiento. La primera corresponde a la etapa previa de coordinación, preparación y traslado; la segunda, a los procedimientos durante la aplicación de la ECT; y la tercera, referente al regreso a sala o lugar de origen.

Además del protocolo, el equipo de enfermería contaba con los siguientes documentos: a) «Guía de tareas: auxiliar de enfermería en servicio ECT»; b) «Departamento de Enfermería - tareas supervisora ECT», c) lista de verificación para coordinar la recepción del paciente y; d) lista de requisitos para la realización del tratamiento. Todos los documentos fueron presentados oportunamente por el equipo de enfermería durante la visita del 16 de agosto de 2019. Se verificó su existencia y disponibilidad. Contaban con una información completa, ordenada, sobre los diversos elementos a tener en consideración a la hora de mantener el cuidado de las personas que reciben ECT, siendo una herramienta de utilidad para transmitir los conocimientos y las buenas prácticas en el equipo de enfermería. El protocolo no incluía los cuidados diferenciales a tener presentes en la aplicación de ECT en poblaciones especiales, como embarazadas y personas menores de 18 años.

Los requisitos documentales (incluidos en la lista de verificación para coordinar) eran:[44] historia clínica o resumen; indicación de psiquiatra tratante del procedimiento y características del tratamiento (serie y frecuencia de las sesiones) y receta con la indicación; consentimiento informado del tratamiento firmado por familiar o tutor y registro de medicina general o cardiólogo autorizando la ECT.

Asimismo, los estudios previos solicitados eran: valoración previa general del paciente, electrocardiograma realizado en los útimos tres meses y paraclínica.[45]

En cuanto a los requisitos preliminares al tratamiento (incluidos en la lista de verificación) en el protocolo se establecía ayuno, no administrar anticonvulsivante la noche previa, higiene adecuada, control de signos vitales y acompañante responsable en el caso de pacientes ambulatorios.[46]

CEREMOS cuenta con un «Protocolo de acción firmado por la Dirección Técnica» aprobado en 2012, el cual especifica: A. Condiciones y evaluación previa al tratamiento y; B. Tratamiento de ECT. Asimismo, cuenta con «Pautas para el tratamiento de electroconvulsoterapia (ECT)» y el «Protocolo de acción frente a efectos secundarios firmado por la Dirección Técnica», los cuales fueron aprobados en 2019. Los tres documentos fueron confeccionados por el director técnico del servicio de ECT del centro.[47]

---

44 La lista de verificación incluía la compilación de datos generales: fecha de coordinación, usuario/a, edad, diagnóstico, antecedentes, servicio de derivación e indicación médica. Fuente: servicio ECT (micronarcosis), Hospital Vilardebó.

45 La paraclínica requerida era hemograma, ionograma, glicemia, TSH hecho en los últimos seis meses. Fuente: servicio ECT (micronarcosis), Hospital Vilardebó.

46 Para realizar el tratamiento: «Ayuno (sólido 8 horas y líquidos claros 3 horas), no administrar anticonvulsivante la noche previa, no fumar, buena higiene, retirar esmalte de uñas, prótesis dental (…), etc., no tener artículos de valor, micción previa, control de signos vitales, informar al servicio cualquier alteración a destacar, acompañamiento responsable (ambulatorio)». Fuente: servicio ECT (micronarcosis), Hospital Vilardebó.

47 Cabe destacar que el acceso a dichos documentos se obtuvo mediante la respuesta al oficio n.º 631/2020 INDDHH – MNP – SM. No fue posible acceder a ellos durante las visitas de monitoreo, si bien desde el servicio se informó de la existencia de las pautas del 2019.

Durante las visitas, se evidenció la existencia de pautas excluyentes para la aplicación de ECT: ayuno de ocho horas, valoración previa por médico general y cardiólogo, electrocardiograma y paraclínica. También debe estar registrado, por el psiquiatra tratante, el diagnóstico, indicaciones de la ECT y el consentimiento informado. Así consta en los protocolos mencionados.

Los hospitales de ASSE en Paysandú, Durazno, Melo (Cerro Largo), Rocha, Salto y Mercedes (Soriano)[48] reportaron que no contaban con protocolos médicos para la aplicación de la ECT. Sin embargo, tanto Durazno como Salto informaron como requisito previo que la persona fuera valorada por medicina general, cardiología y anestesista como mecanismo de control. Mientras, en Rocha,[49] Paysandú[50] y Mercedes[51] contaban con pautas establecidas y con un protocolo de procedimientos para enfermería.

En estos tres centros se establecen como requerimientos contar con ayuno de ocho horas, paraclínica, electrocardiograma, radiografía de tórax y valoración de cardiólogo y anestesista. A su vez, contaban con la descripción de las tareas que debía llevar a cabo el personal de enfermería de forma detallada y completa, lo cual permitía disminuir los posibles errores y riesgos de esta terapia.

En todos los centros citados, excepto los hospitales de Durazno y Melo, se realizaba el control de los signos vitales antes, durante y después. También el equipo de enfermería controlaba los efectos secundarios de la ECT. Este control continuo desde los momentos previos es indispensable para que el procedimiento sea seguro y para prevenir posibles complicaciones del tratamiento. A la vez, promueve una asistencia adecuada en todo momento.

---

48 Respuesta a oficio n.º 630/2020 INDDHH - MNP - SM.

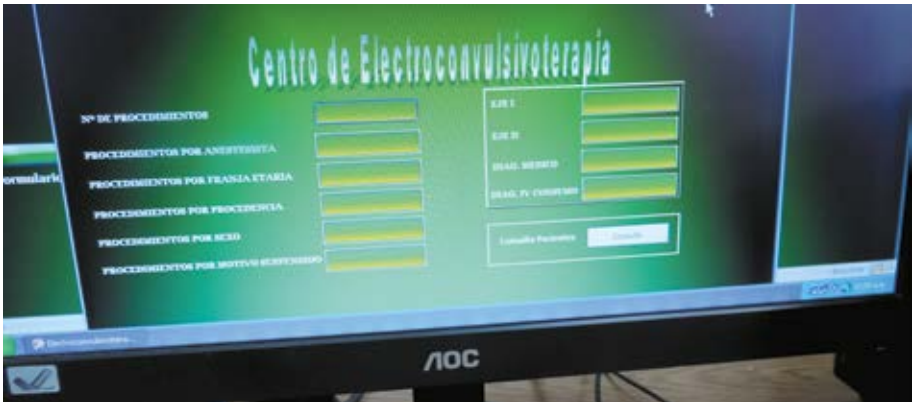
49 El Servicio de Salud Mental de ASSE del Hospital de Rocha presentó en respuesta al oficio n. ° 630/2020 de MNP un protocolo de actuación de enfermería con fecha de diciembre de 2013.

50 «Procedimiento documentado Electroconvulsoterapia» de enfermería, actualizado el 1 de noviembre de 2019, del Servicio de Salud Mental del Hospital Escuela del Litoral, «Don Luis Galán y Rocha».

51 «Protocolo de Atención de Enfermería en tratamiento de terapia electroconvulsiva», aprobado por la Dirección del Hospital de Mercedes y por la Dirección de Salud Mental de ASSE en 2019.

### 4.1.2. Registro de información

La aplicación de ECT en base a guías clínicas fundadas en evidencia científica es un requerimiento de calidad de la OMS. Según se relevó, el MSP no solicitaba a los centros monitoreados la compilación de datos específicos para la generación de estadísticas. De este modo, el relevamiento de datos se realiza a iniciativa de los centros.




Sistema de información del Centro de Electroconvulsivoterapia
Hospital Vilardebó, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE
Fecha de captura: 16/08/2019. Registro fotográfico: equipo del MNP, 2019

En el caso del Hospital Vilardebó, el servicio contaba con un sistema de registro de información de ECT desde el cual se realizaba el informe médico, se enviaba información a las historias clínicas, se generaba información estadística y se proveía información de gestión.

Según los datos estadísticos proporcionados por el Hospital Vilardebó, en el primer semestre de 2020 (1/1/2020 - 30/6/2020) se realizaron 1103 procedimientos, de los cuales el 49 % (540) fueron a mujeres y el 51 % (563) a varones. La distribución según franja etaria da cuenta de un 3,3 % (36) de procedimientos realizados a pacientes de entre 15 a 19 años; 52,9 % (584) a pacientes de entre 20 a 44 años; 38,3 % (423) de entre 45 y 64 años y un 5,5 % (60) a pacientes de 65 y más años.[52]

52 Información proporcionada por el Hospital Vilardebó con fecha 4 de noviembre de 2020, en respuesta a oficio n.°632/2020 de MNP.

En CEREMOS, el departamento de enfermería realizaba una compilación básica del listado de pacientes que han recibido ECT para el control de la aplicación de la terapéutica. CEREMOS informó que un total de 30 pacientes (ocho varones y 22 mujeres) recibieron ECT durante 2018; 35 en 2019 (13 varones y 22 mujeres) y 22 pacientes (ocho varones y 14 mujeres) durante el primer semestre de 2020.[53] El centro no contaba con un registro automatizado que permitiera un seguimiento estadístico de la aplicación de la técnica.

En el Hospital de Mercedes no se habían realizado procedimientos desde el año 2017 a la fecha de la respuesta del oficio, el 19 de agosto de 2020.

El servicio de salud mental del Hospital de Durazno informó que tres personas recibieron ECT entre 2018 y el primer semestre de 2020.[54]

El Servicio de Psiquiatría del Hospital de Paysandú informó que brindaba tratamiento de ECT a personas usuarias de la región («desde Rivera hasta Fray Bentos)». Diecinueve personas recibieron esta terapéutica entre 2018 y primer semestre de 2020.[55]

El Hospital Regional de Salto informó el total de pacientes que recibieron ECT: dos en 2018 (un varón y una mujer), ocho en 2019 (tres varones y cinco mujeres) y dos en el primer semestre de 2020 (un varón y una mujer).

Ninguno de los servicios ha registrado fallecimientos durante la aplicación de ECT ni en la evolución inmediata posterior en el período 2018-2020. No obstante, el Hospital Vilardebó informó que en 2019 un paciente presentó un evento adverso que requirió su traslado a otro centro, donde ocurrió el fallecimiento.[56]

---

53 Información proporcionada por CEREMOS con fecha 4 de noviembre de 2020, en respuesta al oficio n.° 631/2020.

54 En 2019 se hizo a un hombre y una mujer (ambos internados voluntariamente). En 2020, en el primer semestre, a uno solo (hospitalización involuntaria).

55 Según la información brindada, en 2018 se aplicó a siete personas (seis varones y una mujer), en 2019 también a siete personas (cuatro varones y tres mujeres) y en el primer semestre de 2020 a cinco personas (cuatro varones y una mujer).

56 Al respecto, el Hospital Vilardebó respondió con fecha 4 de noviembre de 2020 al oficio n.°632/2020 del MNP: «(…) si bien no hubo fallecimientos en el servicio, el año pasado ocurrió un evento adverso con un usuario que requirió su traslado a hospital general, falleciendo posteriormente».

Los servicios monitoreados no han recibido quejas o denuncias motivadas por el uso inadecuado de ECT durante 2018, 2019 y 2020.

Ninguno de los centros monitoreados presentó evidencia de la realización de algún tipo de evaluación sobre la aplicación de ECT en los últimos años.[57]

### 4.1.3. Infraestructura

Vista panorámica del sector de ECT; en primer plano se observa la sala de espera
Hospital Vilardebó, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE
Fecha de captura: 08/09/2020. Registro fotográfico: equipo del MNP, 2020

57 El Hospital Regional de Salto respondió «Sí» a la pregunta «¿Se ha realizado en los últimos años alguna evaluación de la aplicación de la ECT en la institución?». No obstante, no reportó ninguna referencia del estudio ni año de realización. Información proporcionada con fecha 20 de agosto de 2020 en respuesta al oficio n.°630/2020 del MNP.

El servicio de ECT del Hospital Vilardebó se realizaba en una habitación dividida por mamparas que delimitaban tres espacios. El primero, de recepción de pacientes, era un área reducida con unas 15 sillas, donde los y las pacientes permanecían mientras esperaban ser atendidos.

La sala principal tenía un espacio donde se ubicaban las cuatro camillas, los equipos para la aplicación de la ECT y para el monitoreo del paciente, tanques de oxígeno y recursos necesarios para una eventual ventilación mecánica. En la misma locación, sobre el lado opuesto, se encontraba el área administrativa de la enfermería. La habitación estaba en condiciones apropiadas de higiene, organización y mantenimiento edilicio general, pero el espacio era sumamente reducido para las cuatro camillas con las que contaba; apenas podía pasar una persona entre ellas.

A continuación, se ubicaba la zona de recuperación de los pacientes luego de la aplicación de la ECT. El área contaba con cuatro camillas, sillas y silla de ruedas, entre otros elementos del mobiliario.

Sala de aplicación de ECT
Hospital Vilardebó, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE
Fecha de captura: 22/07/2019. Registro fotográfico: equipo del MNP, 2019

Sala de recuperación de pacientes luego de la aplicación de la ECT
Hospital Vilardebó, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE
Fecha de captura: 22/07/2019. Registro fotográfico: equipo del MNP, 2019

El servicio de ECT de CEREMOS está ubicado en la enfermería del sector Santín Carlos Rossi. Al momento de la visita, el sector dedicado a la realización de la ECT contaba con dos espacios. Una primera habitación que funcionaba como dormitorio, con cuatro camas, en la cual se recibían antes de las 22:00 horas los pacientes que iban a recibir la terapia al día siguiente.

La habitación tenía una puerta reja, que el servicio de enfermería mantenía cerrada con candado durante la noche. La finalidad de esta medida era asegurar que las personas que iban a recibir tratamiento realizaran el ayuno previo requerido (ninguna ingesta de alimentos o agua). Es de notar que esta medida podría sustituirse con la presencia de personal que supervise a los y las pacientes durante el período de ayuno.

Los pacientes permanecen encerrados desde la noche anterior
a la aplicación de la terapia electroconvulsiva
Sala de ECT en la enfermería de CEREMOS,
Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE
Fecha de captura: 18/09/2020. Registro fotográfico: equipo del MNP, 2020

Este sector se encontraba a pocos metros de la sala donde se realizaba la ECT y es el mismo donde permanecían los y las pacientes mientras transitaban el período de recuperación posterior a la aplicación.

Sala de ECT en la enfermería de CEREMOS,
Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE
Fecha de captura: 18/09/2020. Registro fotográfico: equipo del MNP, 2020

> La sala destinada a la realización de la ECT tiene una camilla sin medidas de contención, tanques de oxígeno, máscaras de ambú[58] y el equipo eléctrico destinado a la realización de la ECT. También, la medicación utilizada para la realización de ECT: propofol cómo anestésico, succinilcolina como relajante muscular esquelético y atropina si se requiere ante complicaciones. Ante una emergencia, se cuenta con un carro de reanimación, que se encuentra a pocos metros, en la sala de enfermería. Respecto a la infraestructura del sector destinado a la realización de la ECT, la estructura edilicia y las condiciones de higiene son precarias.[59]

Según se informó, se proyecta trasladar la enfermería y el servicio de ECT a un área dentro del antiguo edificio de medicina quirúrgica (UMQ), en proceso de acondicionamiento. El sector fue visitado el 1 de junio de 2020.

Área proyectada para el traslado del servicio de ECT, sector Etchepare
CEREMOS, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE
Fecha de captura: 1/06/2020. Registro fotográfico: equipo del MNP, 2020

---

58 Marca comercial de un dispositivo médico utilizado para la ventilación manual de pacientes, compuesto por una mascarilla, una cámara de aire y una bolsa de reservorio.

59 Informe técnico del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses, elaborado a partir de la visita realizada a CEREMOS, el 18 de septiembre de 2020.

En referencia a los servicios del interior del país, el Hospital de Paysandú informó por oficio que el Servicio de Psiquiatría contaba con una sala de tres camas equipada para realizar la ECT, con recursos materiales para oxigenoterapia y eventual ventilación. En el caso del Hospital de Mercedes, se reportó que la técnica se aplicaba en el block quirúrgico.

En cuanto a los hospitales de Durazno y Melo, la información reportada no dice dónde se realizaban las aplicaciones. El Hospital de Salto informó que cuenta con una sala de salud mental equipada para la aplicación de la ECT con recursos materiales para el control y atención de algunas complicaciones.

El Hospital de Rocha respondió que cuentan con una sala para la realización de ECT, donde las sesiones son individuales (se espera que el paciente se recupere completamente para que se retire y luego se inicia un nuevo procedimiento). También establecen que poseen el equipo para el control de las personas durante y después de la maniobra, así como el material para una eventual ventilación.

En suma, en el caso de CEREMOS y el Hospital Vilardebó contaban con los recursos materiales y equipamientos mínimos necesarios para llevar a cabo la ECT. Sin embargo, se destaca la ausencia de cardiodesfibrilador en el servicio de ECT del Hospital Vilardebó.

En cuanto al local y espacios físicos, cumplían con las recomendaciones, es decir, que fueran áreas diferenciadas para cada momento del proceso (espera, aplicación y recuperación). No obstante, en el Hospital Vilardebó no se cumplían con las dimensiones adecuadas para las funciones de asistencia, particularmente para el desarrollo de las tareas de enfermería y del equipo de salud frente a una eventual situación de reanimación.

A su vez, en el caso del Hospital Vilardebó no se brindaban las condiciones ambientales aptas para el resguardo de la intimidad y privacidad, de acuerdo a los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental (art. 6 de la ley 19.529).

En CEREMOS, se cumplía con las condiciones de privacidad en la sala destinada a la aplicación de la ECT, pero las estructuras edilicias eran precarias y poco confortables. Se constató una carencia en el control y observación clínica de los y las pacientes durante el momento anterior y el posterior, por falta de personal para el cumplimiento de estas funciones. Para paliar esta situación se encerraba a los pacientes la noche previa (sala con rejas), como forma de certificar el cumplimiento del ayuno. Esto no

puede ser contemplado como medida terapéutica. La reclusión de estas personas, aun cuando refiere a un período breve y bajo la justificación de un tratamiento, puede consignarse como abuso, de acuerdo a los estándares internacionales (artículo 14, CDPD).

### 4.1.4. Equipo técnico

El servicio de la ECT del Hospital Vilardebó estaba integrado —al momento de la visita del 8 de setiembre de 2020— por una anestesista,[60] una licenciada en Enfermería y cuatro auxiliares de Enfermería. La licenciada de Enfermería era la responsable del servicio y lo integraba desde hacía más de veinte años.

El personal de enfermería realizaba los cuidados previos, el acompañamiento durante la aplicación y el seguimiento del paciente durante la recuperación. Su formación para la aplicación de la ECT se brindaba en el mismo servicio. La aplicación de ECT se realizaba sin participación de médico psiquiatra desde hacía más de diez años, según surge de las entrevistas. Estaba vacante el cargo de médico psiquiatra que coordinara el servicio. Dada esta situación, la licenciada en Enfermería mantenía la comunicación sobre la aplicación de ECT con los psiquiatras de las personas derivadas a la terapia.

En CEREMOS —al momento de la visita, el 22 de julio de 2020— el servicio de aplicación de la ECT estaba integrado por un médico psiquiatra (quien lo dirigía desde hacía quince años) y un enfermero que no contaba con una capacitación específica. No se contaba con médico anestesista. La aplicación de la anestesia y relajantes musculares la realizaba el psiquiatra. Los cuidados previos, el acompañamiento durante la aplicación y el seguimiento durante la recuperación era realizado por enfermería.

En términos formales, la ECT se encontraba disponible para la totalidad de pacientes alojados/as en CEREMOS que tuvieran indicación médica de aplicación de esa terapia. No obstante, en una visita de monitoreo regular al centro

60 El equipo de anestesistas estaba conformado por dos profesionales. Al momento de la visita (8 de septiembre) uno de ellos se encontraba en licencia médica por integrar la población considerada de riesgo ante la covid-19.

se constató que durante la licencia del psiquiatra del servicio no se contaba con personal suplente y, por tanto, no se realizaba ECT a ningún paciente.

El Hospital de Paysandú informó que para la realización del procedimiento contaba con un equipo compuesto de psiquiatra, anestesista y personal de enfermería, y que era un requisito excluyente contar con la totalidad del equipo.

El protocolo de enfermería presentado por el Hospital de Mercedes enuncia como recursos humanos la presencia de psiquiatría y enfermería, y se observa una enmienda con la palabra «anestesista», sin firma que lo ratifique.

De igual manera, Salto y Rocha informaron que el equipo cuenta con anestesista, psiquiatría y personal de enfermería. De la información brindada por los hospitales de Durazno y Melo no se desprende quiénes son los profesionales y técnicos que participan de la aplicación de la ECT.

En suma, se observaron dificultades en la integración completa de un equipo multidisciplinario para la indicación, realización y seguimiento de la ECT, tanto en el Hospital Vilardebó (por no contar con médico psiquiatra) como en CEREMOS (por no contar con anestesista).

Es de notar que las pautas de referencia presentadas por Casarotti y cols. señalan que «lo ideal es que la indicación, realización y seguimiento de la ECT sea un trabajo en equipo, en el cual los integrantes mantengan comunicación recíproca sobre la evolución del paciente. (...) En cuanto al equipo que realiza la ECT, debería estar conformado por un psiquiatra especializado en la fundamentación y aplicación de la técnica, un anestesista y una enfermera que también tengan entrenamiento específico» (Casarotti y cols. 2004, p. 16).

El procedimiento de la ETC tiene tres etapas (una previa, una durante y otra posterior a la aplicación). Cada integrante del equipo tiene una función específica y necesaria para que la actuación se desarrolle de forma segura y para prevenir los riesgos que implica esta técnica. La no conformación de un equipo de salud adecuado impide cumplir con las tareas de supervisión, anestesia, indicación y controles de forma cabal. La organización del servicio, la conformación, coordinación y comunicación en el equipo es una condición necesaria para brindar garantías a las personas que reciben ECT.

La fragilidad en los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre el personal de salud —que se evidencian en particular en el Hospital Vilardebó, ante la ausencia de psiquiatra en el equipo— debilitan la integralidad y continuidad del proceso asistencial en la aplicación de la ECT.

Asimismo, los servicios tenían dificultades con la previsión de suplencias, tanto en medicina como enfermería, por lo que se suspendía la realización del tratamiento durante estos períodos.

### 4.1.5. Situación durante la pandemia por covid-19

Durante el período de emergencia sanitaria por covid-19 comprendido entre mediados de marzo y mediados de junio, las sesiones de terapia electroconvulsiva fueron suspendidas, excepto ante situaciones de urgencia.[61]

A partir de la declaración de emergencia sanitaria y del brote epidemiológico por covid-19 ocurrido en el Hospital Vilardebó (desde el 6 de abril de 2020), el servicio de ECT de ese centro estableció un procedimiento de «actuación frente a un usuario con coordinación de ECT», el 17 de abril de 2020. En este se señalaba que, tanto para pacientes ambulatorios como para aquellos pertenecientes a otra institución, se exigía que no fueran personas positivas o sospechosas de covid-19.

A estos efectos, para el caso de pacientes externos se requería acompañamiento de familiar/tutor o de enfermería, protección personal de tapaboca y autorización del sector de *triage*. El paciente se trasladaba al servicio de ECT con gorro, zapatones, sobretúnica y guantes.

En el caso de usuarios/as internados en el Hospital Vilardebó, como criterio general para evitar el contacto entre pacientes se organizó la población de usuarios en grupos. Primero se realizaban las intervenciones a pacientes externos; en segundo lugar, a pacientes varones provenientes de salas. Les seguían pacientes mujeres y, por último, se realizaba la intervención a los pacientes covid-19 positivos, provenientes de las salas de aislamiento del propio hospital.

Para estos últimos el procedimiento consigna:

> Será trasladado de sala al portón de la salida del sector con tapaboca y zapatones, previo llamado por personal de ECT. Será esperado por

61 En comunicación del día 22 de abril con la Dirección de CEREMOS, se informó que hasta el momento no se había realizado ninguna sesión de terapia electroconvulsiva.

personal del servicio de ECT, donde le colocarán sobretúnica, gorro y guantes. El retorno será realizado por personal de ECT al portón, con previo llamado a sala.

Agrega: «La circulación comenzará con previa coordinación con vigilancia, evitando el contacto con otros usuarios».

Personal de enfermería con EPP, realizando la limpieza del área de aplicación de la ECT
Hospital Vilardebó, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE
Fecha de captura: 8/09/2020. Registro fotográfico: equipo del MNP, 2020

En el marco del brote epidemiológico del Hospital Vilardebó, y mientras hubo pacientes covid-19 positivos, se contó con el equipo de protección personal (EPP) necesario para realizar la intervención, incluyendo la utilización de lentes y tapabocas N95.

En la visita realizada el 8 de septiembre de 2020, se mantenía la disponibilidad y utilización de EPP, así como medidas de higiene y procedimiento de actuación en el marco de la pandemia por la covid-19.

En CEREMOS, durante los primeros meses de la emergencia sanitaria las sesiones de ECT fueron suspendidas, excepto en situaciones de urgencia. Al momento de la visita, el 18 de septiembre de 2020, ya se había vuelto al régimen normal.

## 4.2. Aplicación de la terapia electroconvulsiva

> ***Criterio***: *nunca se utiliza la terapia electroconvulsiva en su forma no modificada (es decir, sin un anestésico y un relajante muscular* (OMS, 2012, p. 90).

### 4.2.1. Indicación de ECT

La ECT es un tipo de terapéutica que requiere en todos los casos la indicación del médico psiquiatra que trata al paciente. Esta debe estar registrada en la historia clínica, incluyendo las características de las sesiones (número de sesiones, intervalo, tipo de estimulación, entre otras).

El Hospital Vilardebó funciona como referente de derivación a nivel nacional para la ECT, por lo cual recibe diariamente a pacientes externos, provenientes de diferentes departamentos del país y de otros centros de ASSE de Montevideo. La ECT se aplicaba siempre a partir de la indicación de un médico psiquiatra. Según detalló el centro, los principales diagnósticos de indicación de ECT eran esquizofrenia (F20), trastorno bipolar (F31) y trastornos psicóticos agudos –incluye posparto (F23).

En la visita del 8 de setiembre de 2020 se observó la presencia de «recetas médicas con la indicación del tratamiento de ECT, la frecuencia y la cantidad de sesiones, con la fecha de la solicitud y la firma del médico psiquiatra solicitante».[62] No obstante, al no contar el servicio de ECT con médico psiquiatra, no se realizaba una valoración de la indicación del especialista.

En CEREMOS, se informó que los principales diagnósticos para los cuales se aplicaba ECT referían a situaciones de «trastorno del humor» y «psicosis descompensadas». En respuesta a la consulta sobre las principales indicaciones de ECT, se señaló:

> Sobre la base diagnóstica de psicosis crónica, hay situaciones agudas relacionadas con ella en las cuales se indica este tratamiento: excita-

62 Informe técnico del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses, elaborado a partir de la visita realizada al Hospital Vilardebó el 8 de septiembre de 2020, donde

> ción psicomotora aguda con mala respuesta a la medicación, trastornos conductuales severos, con riesgo para sí mismos o a terceros. Exacerbación del cuadro delirante donde agrega elementos agudos. Oscilaciones del ánimo graves, tanto depresivas como maníacas. Alto riesgo de suicidio. Y en los cuadros de resistencia farmacológica con baja respuesta clínica o situaciones en donde los efectos colaterales de la medicación no permiten llegar a dosis plenas.[63]

También refirieron que el médico psiquiatra tratante indicaba el tratamiento detallando su frecuencia y periodicidad (en general, un total de entre seis y doce sesiones, con un intervalo entre ellas de 48 horas).

La aplicación de la ECT se realizaba en un marco global de tratamiento. Según el personal entrevistado, a nivel del conjunto del sistema de salud no se registraba otro apoyo que la custodia y la medicación. No había sostén psicoterapéutico. Los pacientes tenían pocas actividades y se producía una homogeneización en la atención que producía un «igualamiento hacia abajo». Para los pacientes con más dependencia, era necesario más personal.

Desde el punto de vista del personal técnico entrevistado, la aplicación de la ECT podría verse disminuida si el centro pudiera lograr la rehabilitación de las personas internas desde una perspectiva de inclusión social, con condiciones cotidianas de vida que apunten a impedir el deterioro progresivo de la salud mental, como producto de procesos de institucionalización prolongada.

---

se pudo analizar dos de las diecinueve historias clínicas de los pacientes agendados ese día para el procedimiento.

63 Información proporcionada por la Unidad de Trasparencia de ASSE el 4 de noviembre de 2020, en respuesta al oficio n.° 631/2020 de MNP.

Sala de aplicación de ECT en la enfermería del sector Santín Carlos Rossi
CEREMOS, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE
Fecha de captura: 18/09/2020. Registro fotográfico: equipo del MNP, 2020

En la información brindada en respuesta al oficio n.°630/2020 INDD-HH-MNP-SM, los servicios del Hospital de Cerro Largo, Hospital de Durazno, Hospital de Paysandú, Hospital de Rocha, Hospital de Soriano (Mercedes) y el Hospital de Salto incluyeron los principales diagnósticos e indicaciones realizados por los psiquiatras tratantes de cada persona. Estos deben estar registrados en la historia clínica de los y las pacientes, informaron.

### 4.2.2. Administración de la ECT en su forma modificada

Lo relevado da cuenta del cumplimiento del criterio de aplicación de ECT en su forma modificada. Tanto en el Hospital Vilardebó como en CEREMOS, según la evidencia constatada, la administración de la ECT se realizaba en

su forma modificada, con el uso de anestésicos y relajantes musculares, teniendo acceso y disponibilidad de fármacos. También había disponibilidad de fármacos para el manejo de los efectos adversos durante la aplicación. Los centros informaron que no realizaron aplicaciones de ECT a pacientes en su forma no modificada en el período 2018-2020 (sin anestésicos ni relajantes musculares).

En respuesta al oficio n.° 630/2020 INDDHH-MNP-SM, los servicios del Hospital de Paysandú, el Hospital de Mercedes y el Hospital de Durazno notificaron que la aplicación de ECT se realizaba en su forma modificada, es decir, con anestésicos y relajante muscular.

Anestésicos y relajantes musculares utilizados en la ECT.
Sala de ECT en la enfermería del sector Etchepare.
CEREMOS, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, ASSE
Fecha de captura: 18/09/2020. Registro fotográfico: equipo del MNP, 2020

En suma, la aplicación de ECT en los centros monitoreados era acorde al criterio de utilización en su forma modificada (con el uso de anestésico y relajante muscular) establecido por la OMS.

## 4.3. Consentimiento informado

> ***Criterio**: no se administra ninguna terapia electroconvulsiva sin el consentimiento libre e informado de los usuarios* (OMS, 2012, p. 90).

La valoración del consentimiento informado se realizó con base en el análisis del contenido de los formularios proporcionados por los centros, con la referencia del marco formal de exigibilidad de este derecho presente en la normativa (ley n.° 19.529 de salud mental y el decreto reglamentario 274/010 de la ley n.° 18.335).

En el Hospital Vilardebó se requiere formalmente la firma del consentimiento informado para la aplicación de cada tratamiento, el cual puede incluir un conjunto de sesiones de ECT. En este marco, según la información obtenida, se realizaba un análisis de la documentación con la cual llegaba el paciente comprobando la presencia del consentimiento informado firmado por el propio paciente, familiares o tutores.

Según señaló el personal de enfermería, en caso de pacientes que no contaban con consentimiento, la técnica no se realizaba. Para la obtención del consentimiento cuando no resultaba posible que el usuario lo firmara, se buscaba contactar familiares de referencia. Cuando esto no era posible, el equipo de trabajo social elaboraba un informe sobre la situación y el director del hospital, en su calidad de curador, daba el consentimiento.[64]

En el sector de ECT se verificó la coexistencia de dos modelos de documentos de consentimiento informado. El documento más extenso brindaba información sobre la ECT: procedimiento, mecanismo de acción, efectividad, seguridad y efectos secundarios de mayor y menor frecuencia, incluyendo el riesgo de fallecimiento por el tratamiento. También establecía la preparación y condiciones a cumplir antes de la aplicación.

---

64 Al respecto, el Hospital Vilardebó respondió con fecha 4 de noviembre de 2020 al oficio n.°632/2020 del MNP: «Cuando el usuario/a no se encuentra en condiciones de firmarlo, se trata de ubicar a un familiar, quien firma el consentimiento luego de aclarársele las dudas sobre el tratamiento. En caso de que los familiares no quieran hacerse cargo del/la usuario/a, el/la licenciado/a en Trabajo Social de la sala hace constar en la historia clínica este hecho y envía la historia clínica a Dirección, donde

El otro formulario, más breve, destinado a familiares responsables o tutor, refería que el médico tratante informó en lenguaje accesible y que la persona comprendió:

> el pronóstico, las opciones terapéuticas, los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico y de electroconvulsivoterapia (…), así como las eventuales complicaciones y obligaciones que pueden sobrevenir de los mismos. Asimismo, se informó (…) las consecuencias sobre la evolución de la enfermedad de no aplicarse estos tratamientos.[65]

Este formulario contaba también con un sector para registrar el rechazo al tratamiento.

Ambos documentos tenían un espacio para la firma de quien otorgaba el consentimiento y otro para la firma del médico psiquiatra que lo había solicitado.

En las historias clínicas se observó la presencia del formulario breve, ambos firmados por responsable del paciente y médico psiquiatra, pero en uno de los casos no se registró la fecha en que se solicitó.

La valoración conjunta de los dos documentos, incluyendo la información detallada sobre ECT, brindaba información veraz, en lenguaje claro, preciso y comprensible, sin atender a especificaciones técnicas que dificultaran la comprensión. El documento específico de ECT asumía la instancia presencial, en la cual el personal médico informaba al paciente, familiares o tutores sobre el procedimiento. Esta es una instancia clave para brindar información y asegurar la comprensión efectiva de beneficios y riesgos del procedimiento que permitan al paciente o familiares la toma de decisiones fundada. De todas formas, no es posible afirmar que ambos documentos fueran proporcionados en conjunto y por lo tanto que la información detallada en ellos fuera brindada en su totalidad.

---

un miembro del equipo de Gestión firmará el consentimiento informado, dada la prioridad para la mejora de la salud del/la usuario/a».

65 Informe técnico del Departamento de Medicina Legal y Ciencias Forenses, elaborado a partir de la visita realizada al Hospital Vilardebó el 8 de septiembre de 2020.

En CEREMOS, según señaló el personal, ante una indicación de ECT se requería formalmente la firma del consentimiento informado que, en este marco, era brindado en su totalidad por familiares del paciente o sus representantes legales.

El Cuadro 1 evidencia que la aplicación de ECT es decidida por otras personas, no por los pacientes. La Dirección de CEREMOS, en su calidad de representante legal o como curadora, es quien brinda el consentimiento informado en la mayoría de los casos.

El contacto con los familiares, en su calidad de curadores externos, se realizaba telefónicamente. En algunas ocasiones, el documento firmado se recababa vía fax. Esta tarea no siempre era realizada por el psiquiatra; mayoritariamente era cumplida por el equipo de trabajo social.[66]

**Cuadro 1**.
Otorgamiento del consentimiento informado para la realización de ECT

| **¿Quién brindó el consentimiento?** | **2018** | **2019** | **2020*** |
|---|---|---|---|
| Usuario/a que recibió ECT | 0 | 0 | 0 |
| Familiares de referencia | 0 | 0 | 0 |
| Curadores externos a la institución | 6 | 4 | 1 |
| Curadores internos (Dirección de la institución) | 7 | 8 | 5 |
| Representante legal (Dirección de la institución) | 17 | 23 | 16 |
| Psiquiatra tratante | 0 | 0 | 0 |
| Otro | 0 | 0 | 0 |
| **Total de pacientes que recibieron ECT** | **30** | **35** | **22** |

Período entre el 1 enero y el 30 de junio de 2020
Fuente: información brindada por CEREMOS en respuesta al oficio n.° 631/2020 de MNP

66 Al respecto, el centro señaló: «El consentimiento pasa primero por el departamento de asistente social para ver si el paciente tiene familiar directo o curador para que autorice el tratamiento y lo firme (es enviado por fax o por mail). En caso de no tener familiar directo o curador externo, el mismo es firmado por el director del hospital, en su condición de curador asignado, o por ser responsable legal del paciente en su condición de internado». Información proporcionada por CEREMOS en respuesta a oficio n.° 631/2020 de MNP de fecha 4 de noviembre de 2020.

Asimismo, no quedaba establecida cuál era la información proporcionada, al no haber un procedimiento estándar para recabar el consentimiento por vía telefónica y al no ser obtenido ese consentimiento por el profesional responsable de indicar o aplicar el tratamiento. En aquellas situaciones en que existía una declaración legal de incapacidad, la firma recabada era en algunos casos del director del hospital, en su calidad de representante legal.

En la visita del 18 de septiembre de 2020 se tuvo acceso a tres formularios de consentimiento informado, dos de ellos firmados por el director y otro por el familiar a cargo del paciente.

Al respecto, el informe presentado por las profesionales integrantes del equipo del Departamento de Medicina Legal plantea que, «si bien constaba la firma del psiquiatra tratante, con la fecha de indicación en los meses previos, no aportaban información acerca de la naturaleza y objetivos del procedimiento, riesgos y alternativas posibles disponibles. Además, autoriza al doctor a cargo a realizar «tratamiento y estudio que considere necesario», sin explicar cuáles ni su indicación. Por último, menciona que «se autoriza al referido técnico y a su equipo a disponer y proveer todo servicio adicional que estime necesario, incluyendo la administración de anestesia y medicación».[67] Por lo tanto, de la documentación aportada no surge que se brinden las garantías necesarias en el proceso de obtención de un consentimiento informado válido.

Los documentos en los cuales consta el consentimiento informado no se encontraban en las historias clínicas, requisito establecido en el artículo 17, decreto 274/010. A su vez, también faltaban las planillas de control (con las indicaciones exactas de la medicación administrada).

Para los hospitales de ASSE fuera de Montevideo, se realizó una evaluación de los datos obtenidos en la respuesta al oficio n.° 630/2020 INDDHH-MNP-SM y de los modelos de consentimiento que fueron adjuntados, sin perjuicio de que en las historias clínicas de cada paciente pueda existir un registro más detallado de los elementos que están ausentes en los formularios.

---

67 Respuesta al oficio n.° 630/2020 INDDHH-MNP-SM.

El Hospital de Paysandú informó mediante oficio que para toda realización de ECT el consentimiento informado era un requisito excluyente:

> (…) Casi siempre es completado por familiar referente responsable del paciente. El protocolo que se usa es general para todos los procedimientos terapéuticos dentro de la institución, vigente desde hace más de diez años, con la explicación específica de lo que es ECT al familiar o referente durante la charla explicativa entre médico tratante y paciente y su familia. En casi la totalidad de los casos no es el paciente quien ha firmado dicho consentimiento, por razones referentes a su estado clínico.

El modelo de documento del consentimiento informado genérico de la institución no fue adjuntado.

El Hospital de Durazno adjuntó el documento que utiliza para recabar el consentimiento informado, cuya firma es un requisito excluyente para la aplicación de ECT. Se observó que cuenta con una definición de la ECT imprecisa.[68] No hace referencia a las indicaciones ni detalla los riesgos y complicaciones del tratamiento. No brinda la información adecuada ni suficiente, ni tiene un espacio destinado a la identificación del profesional que lo solicitó.

En el caso del Hospital de Mercedes, se adjuntó el documento utilizado para recabar la firma del paciente o familiar, donde se da cuenta de lo siguiente:

> Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y el riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado.

68 Define la ECT como «una técnica de tratamiento de algunas enfermedades mentales», que «consiste en el pasaje de una corriente de cráneo (cabeza), la cual produce una descarga hipersincrónica en las neuronas (similar a una convulsión)».

No se adjuntó otro documento que brinde mayor información sobre el procedimiento, por lo cual no queda explícita la información que se brindaba a la persona al momento de decidir sobre el procedimiento.

Asimismo, contaba con un espacio para colocar los datos del paciente, familiar o representante legal que otorga el consentimiento, del médico que brindó la información y la fecha en que se realizó.

En el Hospital de Salto se informó que la totalidad de los pacientes que recibieron ECT en 2018, 2019 y el primer semestre de 2020 fueron hospitalizados en forma involuntaria y en la totalidad de los casos el consentimiento fue otorgado por familiares de referencia.

Adjuntó un modelo de consentimiento, donde se establece la definición, indicación general y principales riesgos y complicaciones. También cuenta con una parte para los datos del paciente o familiar, así como para los del médico que solicita la ECT.

El Hospital de Melo informó que los y las pacientes que recibieron ECT en 2018, 2019 y el primer semestre de 2020 ingresaron mediante hospitalización voluntaria y que en la totalidad de los casos el consentimiento fue otorgado por familiares de referencia. Asimismo, refieren que cuentan con un modelo de consentimiento informado específico para la ECT.[69]

Desde el Hospital de Rocha se informó que los y las pacientes que recibieron ECT en ese establecimiento habían ingresado mediante hospitalización voluntaria (período 2018-2019 y primer semestre 2020). El centro cuenta con un modelo de consentimiento informado (que adjunta). Este incluye un sector destinado a los datos de quien otorga el consentimiento (paciente o familiar) y del médico que lo solicita. Asimismo, incluye información detallada del procedimiento, tanto de la maniobra como de la indicación, de los controles y requisitos para su realización, los riesgos y efectos adversos (frecuentes y no frecuentes). La información brindada en el documento es detallada, completa e incluye los puntos necesarios. De todas formas, no hay una individualización del paciente que especifique diagnóstico, indicación, numero de sesiones, frecuencia, entre otros.

---

69 Cabe destacar que este no fue aportado en la respuesta al oficio n.° 630/2020 INDDHH-MNP-SM.

En suma, si bien las diferentes instituciones informaron sobre la realización de algún procedimiento de consentimiento informado, en la mayoría de los casos la información obtenida no evidenció el cumplimiento cabal de la normativa vigente (ley n.° 18.335 y su decreto 274/010, ley n.° 19.529 de salud mental).

Principalmente, se destacan insuficiencias en la calidad y cantidad de información brindada, así como la ausencia de riesgos personalizados al utilizar un formato genérico, la falta de identificación del profesional de salud actuante y de la fecha en que se obtuvo el consentimiento. Surge de la información recabada (en las instancias de monitoreo, así como de la documentación brindada por las autoridades a través de respuesta a oficio n.° 630/2020 INDDHH-MNP-SM) que en ninguno de los casos el consentimiento informado es firmado por el propio paciente. Es un familiar, curador o un representante legal quien otorga el consentimiento que habilita la utilización de la referida terapia.

## 4.4. Aplicación de *ECT* a niñas, niños y adolescentes

> ***Criterio***: *nunca se administra la terapia electroconvulsiva a un menor de edad* (OMS, 2012, p. 90).

El MNP compiló información que daba cuenta de la aplicación de ECT a niñas, niños y adolescentes. El Hospital Vilardebó fue el único centro de ASSE que reportó realizarla como se detalla en el siguiente cuadro.

El Hospital Vilardebó es el centro referente de ASSE para la internación en crisis de adolescentes a partir de 15 años, edad desde la cual se realiza la ECT. Las niñas, niños y adolescentes de hasta 14 años y 11 meses son atendidos por el Hospital Pereira Rossell.

En el cuadro precedente, puede observarse la realización ECT en adolescentes de 15 y más años en el período de 2018-2020. La terapéutica fue indicada en adolescentes varones con diagnóstico de esquizofrenia en cuatro casos y con retraso mental leve en un caso.

En el caso de adolescentes, el hospital requería el acompañamiento de padre, madre o tutores en el servicio. A su vez, los/as adolescentes

permanecían en salas separadas de los pacientes adultos, según informó el personal del servicio.

**Cuadro 2**. Aplicación de ECT a niñas, niños y adolescentes según centro

| **Centro** | **¿Existen situaciones en que se aplica ECT a pacientes menores de 18 años?** | **Cantidad de niñas, niños y adolescentes que recibieron ECT por año** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **2018** | **2019** | **2020** |
| Hospital Vilardebó | Sí | 2 | 1 | 2 |
| ceremos | No | 0 | 0 | 0 |
| Durazno | No | 0 | 0 | 0 |
| Paysandú | No | 0 | 0 | 0 |
| Soriano | No | 0 | 0 | 0 |
| Cerro Largo | No | 0 | 0 | 0 |
| Rocha | No | 0 | 0 | 0 |
| Salto | No | 0 | 0 | 0 |
| **Total** | | **2** | **1** | **2** |

Fuente: evidencia recabada durante las visitas *in situ* para el Hospital Vilardebó y CEREMOS. Los centros de Cerro Largo, Durazno, Paysandú, Rocha, Salto y Soriano brindaron la información en respuesta al oficio n° 630/2020 del MNP.

# 5. CONCLUSIONES

El presente estudio permitió visualizar que el campo de la salud mental es un terreno de convergencia de diferentes saberes disciplinares y arena de debate en la cual confluyen ideologías, cuerpos conceptuales, políticas y prácticas en las que operan determinaciones e intereses diversos.

El modelo de salud mental sustentado en los principios de dignidad y no discriminación, y basado en los principios de atención primaria en salud y enfoque comunitario, representa el máximo estándar en el abordaje de las problemáticas vinculadas al campo de la salud mental.

En el ámbito de las acciones, precisamente, la ECT es una de esas técnicas que deja expuestas las tensiones entre las distintas concepciones, saberes y sentires.

El Estado uruguayo debe cumplir con sus compromisos internacionales en materia de salud mental e implementar efectivamente la ley n.° 19.529, lo cual contribuirá a que las prácticas que pudieran resultar invasivas o restrictivas de derechos, entre ellas la terapia electroconvulsiva, sea utilizada únicamente como último recurso, dentro del abanico de abordajes en salud mental.

En Uruguay, la ECT es una terapéutica habitual integrada en el catálogo de prestaciones del MSP. En el sistema de ASSE, el principal centro de aplicación es el Hospital Vilardebó, que es el referente nacional en salud mental.

De la situación observada en los centros monitoreados, se presentan a continuación las conclusiones realizadas en base al análisis del estándar de derechos humanos publicado por la OMS:

> No se debe abusar de la terapia electroconvulsiva, psicocirugía y otros procedimientos médicos que puedan tener efectos permanentes o irreversibles, sean estos realizados en el establecimiento o referido a otro establecimiento, y pueden ser administrados solamente con el consentimiento libre e informado (OMS, 2012, p. 90).

En función del criterio «existe disponibilidad y cumplimiento de guías clínicas claras, basadas en la evidencia, sobre cómo y cuándo la terapia electroconvulsiva puede o no ser administrada» (OMS, 2012, p. 90), a nivel

nacional no existen guías clínicas referentes a la aplicación de ECT aprobadas y publicadas por el MSP. El Hospital Vilardebó, el Hospital de Paysandú y el Hospital de Mercedes reportaron la disponibilidad de protocolos de procedimientos de enfermería para la ECT. La publicación más reciente que da pautas de tratamiento de ECT data de 2004 y fue publicada por la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*: «Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización» (Casarotti, H. y cols., 2004). A su vez, ningún establecimiento monitoreado reportó la realización de evaluaciones de la aplicación de ECT en los últimos años.

En referencia al criterio «nunca se utiliza la terapia electroconvulsiva en su forma no modificada (es decir, sin un anestésico y un relajante muscular» (OMS, 2012, p. 90), se observó que todos los centros manifiestan realizar todas las aplicaciones de ECT en su forma modificada. Esta evidencia se constató en las visitas *in situ* en el caso del Hospital Vilardebó y de CEREMOS.

El MNP advierte sobre la ausencia de estudios que evalúen la aplicación de la ECT desde una postura crítica, en clave de derechos humanos, que integre los distintos saberes e incluya las opiniones y testimonios de usuarios/as de salud mental.

Respecto al criterio: «No se administra ninguna terapia electroconvulsiva sin el consentimiento libre e informado de los usuarios» (OMS, 2012, p. 90), la situación da cuenta de un cumplimiento formal en la mayoría de los establecimientos. Los centros señalaron que cumplen el procedimiento y algunos centros reportaron documentos modelos de consentimiento informado.

No obstante, los modelos de consentimiento varían en su contenido de una institución a otra y no siempre aparecen registrados en la historia clínica del paciente. En algunos consentimientos no se incluyen todos los requisitos estipulados por el artículo 25 del decreto n.° 274/010.

Como expresara el relator especial sobre la tortura, Juan E. Méndez, «(…) el pleno respeto de la capacidad jurídica de cada persona es un primer paso en la prevención de la tortura y los malos tratos» (Consejo de Derechos Humanos, 2013).

El MNP considera que es esencial que las personas usuarias de los servicios de salud mental sean reconocidas como sujetos de derecho y que reciban información completa y comprensible inherente a su situación, a los derechos que las asisten y a los procedimientos terapéuticos, incluyendo alternativas disponibles para su atención, tal cual lo establece

la normativa nacional, la ley n.° 19.529 de salud mental y su decreto reglamentario n.° 226/018. El consentimiento informado será otorgado por el o la paciente siempre que sea posible, en función de su condición mental. No obstante, se evidencia que las personas que reciben ECT pocas veces inciden en la decisión terapéutica. Se observa que en la mayoría de los casos son familiares o las direcciones de los establecimientos quienes brindan la autorización. Este tipo de prácticas pueden facilitar la sustitución en la toma de decisiones y proceder a la aplicación de tratamientos no consentidos, en especial en los casos de personas internadas.

Finalmente, se constató que no se cumple con el criterio «Nunca se administra la terapia electroconvulsiva a un menor de edad» (OMS, 2012, p. 90). En el sector público de ASSE, se reportaron cinco pacientes de entre 15 y 17 años a los que se les aplicó ECT en el período de 2018 a 2020 (enero-julio) en el Hospital Vilardebó.

Resulta necesaria una reflexión en torno a las implicaciones ético-práxicas que permita analizar cuáles son los modelos conceptuales e ideologías que fundamentan la práctica médica y la formulación de políticas públicas en salud.

# 6. RECOMENDACIONES

El MNP destaca el diálogo abierto y constructivo que mantuvo con autoridades de los centros monitoreados y agradece la información proporcionada en las visitas. Del análisis de la información recabada surgen áreas de preocupación que motivaron la realización de las siguientes recomendaciones:

## 6.1. A nivel normativo

1. Armonizar la legislación nacional con los avances normativos que dispone la CDPD.
2. Armonizar el cuerpo normativo nacional con la ley n.° 19.529 de salud mental, a efectos de que las garantías legales estén contenidas en las normas civiles, procesales y penales con el fin de brindar la debida protección judicial de los derechos de las personas con padecimientos mentales y otras vulnerabilidades psicosociales.
3. Avanzar hacia un modelo que paulatinamente evite la sustitución en la adopción de decisiones, en coherencia con las recomendaciones del Comité de CDPD, de manera de proporcionar a las personas con sufrimiento mental el acceso a formas de apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica.

## 6.2. A nivel de las políticas de salud mental

1. Promover la realización de estudios sobre la ECT desde una postura crítica, en clave de derechos humanos, que integre los distintos saberes, incluido el saber por la experiencia de las personas usuarias de los servicios de salud mental.
2. Generar sistemas de información y estudios de evaluación terapéutica sobre ECT que permitan conocer la magnitud y eficacia de su aplicación, de forma de basar las políticas de salud mental y prácticas profesionales en evidencia científica local.
3. Revisar la ECT en adolescentes, con el fin de erradicar su aplicación en personas menores de 18 años de edad.

4. Promover la coordinación de las instancias competentes para asegurar el funcionamiento de un mecanismo de consultas, solicitudes, quejas y peticiones cercanas y accesibles a las personas con sufrimientos mentales, en particular a aquellas que permanecen en encierro institucional en hospitales y clínicas psiquiátricas.

## 6.3. Referidas a la *ECT* como terapéutica habitual integrada en el catálogo de prestaciones del MSP

1. Asegurar la accesibilidad a todos los recursos terapéuticos integrales necesarios que favorezcan la excepcionalidad de la ECT.
2. Diseñar y aprobar una guía de prácticas clínicas y protocolo de ECT de carácter nacional, elaborada en el marco de un consenso amplio de colaboración entre actores involucrados, incluidas las personas usuarias de los servicios de atención en salud mental, el personal de salud, la academia y familiares y referentes de sociedad civil.
3. Brindar capacitación y espacios de consulta permanente al personal técnico y personal directivo (tomadores de decisiones de las instituciones de salud mental) responsable de los servicios relativos a la aplicación de ECT.
4. Disponer en los servicios de ECT de equipamiento y equipos técnicos completos (incluyendo psiquiatra, anestesista, licenciada/o y auxiliares en enfermería).
5. Adoptar medidas referentes a garantizar los derechos de los y las pacientes y deberes de los y las profesionales de la salud referentes a la aplicación efectiva del consentimiento informado, en acuerdo a la CDPD y a la normativa nacional vigente.
6. Uniformizar el modelo de consentimiento informado, de forma que cumpla con la normativa vigente.
7. Diseñar, impartir y difundir información comprensible, aceptable, asequible y de buena calidad, referida a la toma de decisiones y al consentimiento informado, para la realización de estrategias terapéuticas destinadas a las personas usuarias y a su entorno familiar, institucional y comunitario.

# 7. BIBLIOGRAFÍA


Asociación para la Prevención de la Tortura. (2016). *Simposio Jean-Jacques Gautier para los MNP 2016. El monitoreo de las instituciones psiquiátricas. Informe final.* Recuperado de https://www.apt.ch/sites/default/files/publications/report-jjg-symposium-2016-es.pdf.

Casarotti, H., Otegui, J., Savi, G., Zurmendi, P., Galeano, E., y Gold, A. (2004). Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68(1), 7-41. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/jun2004/02_pautas.pdf.

Fielitz, P., Moreira, A., De María, M., Gutiérrez, M., y Gómez, E. (2016). Electroconvulsoterapia en el primer episodio de esquizofrenia: impacto en la evolución. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 80(1), 26-32. Recuperado de ‹http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2016/09/03_TO_2.pdf›.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Quality Rights 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. Primera edición en inglés, 2012. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/es/

Organización Mundial de la Salud. (2015). «Quality Rights 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 revisión de documentos y observación». Primera edición en inglés, 2012. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/es/

Organización Mundial de la Salud. (2015). Quality Rights 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. Primera edición en inglés, 2012. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/es/.

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*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf.

Wschebor, M., López Rega, G., Santos, V., Brescia, S., y Romano, S. (2009). Estudio de los pacientes que recibieron ECT en el Hospital Vilardebó en el año 2006. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 73(2), 131-142.

# 8. ANEXOS

## Anexo I. Glosario de siglas

| | |
|---|---|
| APT | Asociación para la Prevención de la Tortura |
| CCT | Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes |
| CDPD | Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad |
| CEREMOS | Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial |
| ASSE | Administración de Servicios de Salud del Estado |
| ECT | Electro convulsivo terapia |
| MNP | Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura |
| MSP | Ministerio de Salud Pública |

# Anexo II. Lista de instituciones psiquiátricas, visitas in situ y oficios emitidos

| **Institución** | **Fechas de visitas in situ** | **Oficios** |
|---|---|---|
| Hospital Vilardebó - ASSE (Montevideo) | 22/07/2019 y 08/09/2020 | N.°632/2020. Al 22/10/2020 se recibió respuesta el 4/11 |
| CEREMOS (San José) - ASSE | 22/07/2019 y 18/09/2020 | N.°631/2020. Al 22/10/2020 se recibió respuesta el 4/11 |
| Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables - ASSE | | N. °630/2020. Se recibió respuesta del Hospital de Durazno, Hospital de Mercedes (Soriano) y del Hospital de Paysandú. Al 22/10/2020 no se había recibido aún respuesta desde la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables - ASSE |

La Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), creada por Ley 18.446 del 24 de diciembre de 2008, es un órgano estatal autónomo cuyo cometido es la defensa, promoción y protección, en toda su extensión, de los derechos humanos reconocidos por la Constitución de la República y el derecho internacional.

La Ley 18.446 asignó a la INDDHH las funciones del Mecanismo Nacional de Prevención, al que se refiere el Protocolo Facultativo de la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT), tratado internacional del que la República es parte.

Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo