Institución Nacional
de Derechos Humanos
y Defensoría del Pueblo

Monitoreo de las salas de salud mental en hospitales generales de ASSE

Análisis desde la perspectiva de la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Informe Nº 143
7 de febrero de 2024

Mecanismo Nacional de Prevención (MNP)
Monitoreo de centros de atención a la salud mental

Índice

Resumen ejecutivo ……2

Introducción ……3

Hallazgos ……6

1. Derecho al goce de una salud física y mental ……6
2. Derecho a un nivel de vida adecuado ……11
3. Derecho al ejercicio de la capacidad jurídica ……14
4. Derecho a la protección contra la tortura ……16

Conclusiones ……19

Resumen ejecutivo

En cumplimiento de su mandato, el MNP de la INDDHH presenta el siguiente informe referido a las salas de salud mental en los hospitales generales, con el propósito de observar aquellas situaciones que puedan constituir un riesgo de vulneración de derechos y prevenir de esta forma la tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Se realizaron un total de 17 visitas no anunciadas entre noviembre de 2021 y octubre de 2023, a las salas de salud mental de los hospitales de Florida, Mercedes (Soriano), Paysandú, Rocha, San Carlos (Maldonado), San José, Salto y en Montevideo, los hospitales Maciel y Pasteur, servicios dependientes de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Como **aspectos positivos,** se reconocen los **esfuerzos realizados en favor del desarrollo del modelo comunitario de atención y la descentralización de los servicios de salud mental**. En particular, la implementación de las salas de salud mental en el contexto de hospitales generales, como unidades de corta estadía.

En términos globales, **las salas cuentan con una adecuada planta física, cumplen con los requisitos sanitarios, de higiene y alimentación. Cuentan con personal calificado, disponen de planes individuales de tratamiento y cuentan con medicación psiquiátrica**. Algunas salas han realizado avances importantes en la protocolización de las acciones del servicio. Se destaca la existencia, en algunas salas, de estrategias y equipos de seguimiento al egreso de la hospitalización.

En referencia a los **desafíos existentes**, se señala como prioritario **asegurar el respeto del ejercicio de la capacidad jurídica y la promoción de la participación activa de las personas usuarias sobre todas las decisiones que involucran su vida y el tratamiento de su salud**. En este sentido, es preciso brindar información completa y comprensible sobre los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud; brindar asesoramiento y apoyo; y evitar sustituir la voluntad de la persona recabando su consentimiento libre e informado.

Respecto de las situaciones de **hospitalización involuntaria, es preciso que los servicios controlen el cumplimiento de los requisitos legales y den seguimiento a estos casos, a fin de que éstas sean conformes a la ley 19.529 de salud mental**. A su vez, se aborden los desafíos al momento del egreso, a fin de evitar la prolongación de la hospitalización por problemas sociales.

En referencia a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (art. 4, OPCAT) se recomienda, adoptar medidas preventivas tales como: capacitación del personal, vigilancia del lugar, información a las personas usuarias sobre sus derechos y los mecanismos para la presentación de quejas y denuncias o para realizar peticiones, facilitar el acceso a representantes legales, entre otras.

Introducción

En el marco del mandato y facultades[1] establecidos por el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes[2] (OPCAT por sus siglas en inglés), el MNP realiza el monitoreo[3] de instituciones psiquiátricas desde 2017, e inició en 2021 el monitoreo de las salas de salud mental en los hospitales generales de ASSE.

Las salas de salud mental constituyen dispositivos especializados de hospitalización de corta estadía, que integran la red de atención de salud mental y atienden a la población de 15 y más años[4]. Estos dispositivos se proponen brindar tratamientos intensivos, integrales e interdisciplinarios, en un entorno de alta continencia. **Estas salas constituyen unidades cerradas, de las cuales las personas usuarias no pueden salir libremente**, sino que requieren, para conformar el egreso de la autorización médica, una orden judicial, o bien, en forma excepcional, mediante la presentación de una solicitud individual (contra alta médica). En este sentido, **constituyen lugares de privación de libertad[5] en los términos establecidos por el OPCAT y forman parte del monitoreo del MNP[6].**

El monitoreo se realizó teniendo presente la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CCT)[7], la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), entre otros instrumentos internacionales de derechos humanos, que constituyen el marco central para examinar las condiciones de vida y trato de las personas usuarias de las salas de salud mental.

La ley 19529 de Salud Mental[8], la ley 18335 de Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud[9] y el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027[10] establecen las orientaciones a fin de garantizar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas residentes en el país, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)[11]. **Estas disposiciones promueven un modelo de atención de salud mental comunitaria, un enfoque integral de la atención y derechos**

---

[1] OPCAT, art. 19: "Los mecanismos nacionales de prevención tendrán como mínimo las siguientes facultades: a) Examinar periódicamente el trato de las personas privadas de su libertad en lugares de detención, según la definición del artículo 4, con miras a fortalecer, si fuera necesario, su protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; b) Hacer recomendaciones a las autoridades competentes con objeto de mejorar el trato y las condiciones de las personas privadas de su libertad y de prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, tomando en consideración las normas pertinentes de las Naciones Unidas; c) Hacer propuestas y observaciones acerca de la legislación vigente o de los proyectos de ley en la materia".

[2] El OPCAT fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 9 de enero de 2003 (Resolución 57/199). Entró en vigor el 22 de junio de 2006. Fue ratificado por Uruguay por ley 17914 del 21 de octubre de 2005, obligándose a la instalación del MNP.

[3] IIDH, APT (2010) "El Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura Manual para su Implementación". San José.

[4] La Ordenanza 1488 del 7 de noviembre de 2019 del Ministerio de Salud Pública define dichos dispositivos en los siguientes términos. Unidad de corta estadía: "Dispositivo sanitario hospitalario especializado en salud mental para la atención intensiva durante períodos de agudeza que no pueden ser resueltos en la red de servicios de salud mental ambulatorios. Ubicada en hospital o sanatorio general".

[5] El artículo 4 del OPCAT establece: "(...) A los efectos del presente Protocolo, por privación de libertad se entiende cualquier forma de detención o encarcelamiento o de custodia de una persona por orden de una autoridad judicial o administrativa o de otra autoridad pública, en una institución pública o privada de la cual no pueda salir libremente".

[6] Uruguay estableció el MNP por el artículo 83 de la ley 18446 de creación de la INDDHH.

[7] Ratificado por ley 15798 de fecha 27 de diciembre de 1985.

[8] Ley 19529 de 24 de agosto de 2017 de Salud Mental.

[9] La ley 18335 de 15 de agosto de 2008 referente a los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud.

[10] Ministerio de Salud Pública, Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027.

[11] Ley 18211 de 5 de diciembre de 2007 del Sistema Nacional Integrado de Salud.

humanos, centrando en la inclusión y participación de las personas usuarias en la comunidad.[12]. Este modelo de atención establece la hospitalización como un recurso de carácter restringido, por el menor tiempo posible y que sólo puede estar fundada en criterios terapéuticos, en particular para situaciones agudas (art. 24, ley 19529). A su vez, prevé el desarrollo de una red de dispositivos articulados que garanticen la integralidad y continuidad del proceso de atención, centrado en la trayectoria vital de la persona (art.16, ley 19529).

Se establece que los dispositivos que integren la red de atención en salud mental "(...) no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales" (art. 37, ley 19529)[13].

El monitoreo de salas de salud mental en hospitales generales, presentado en este informe, **tuvo como objetivo examinar las condiciones de vida, atención y trato a las personas usuarias de los servicios con el propósito de identificar factores de riesgo de vulneración de derechos y prevenir actos de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes**.

El marco de referencia para realizar el examen de las condiciones de vida y trato de las personas usuarias de las salas de salud mental se conformó con los instrumentos internacionales de derechos humanos y la normativa nacional, en especial las antes referidas. A su vez, como marco operativo se tomaron como referencia los estándares de calidad del Instrumento de Calidad y Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[14].

A partir del umbral fijado por la CDPD, los estándares establecidos por dicho Instrumento permitieron observar los riesgos de vulneración de derechos con el fin de prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en acuerdo a la CCT. De esta forma se examinan: 1. El derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible; 2. El derecho a un nivel de vida adecuado; 3. El derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona; y 4. Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso[15].

---

[12] La ley y el Plan Nacional de Salud Mental promueven la transformación del modelo asilar y centrado en el hospital psiquiátrico monovalente, al modelo comunitario de atención en salud mental. La ley define la organización de la atención en salud mental por niveles de complejidad, con base en la estrategia de atención primaria en salud, y prioriza el primer nivel.

[13] No obstante los avances en la implementación de la ley de salud mental, la mayor parte de las plazas del prestador público ASSE son de hospitalización en las instituciones asilares y monovalentes.
Al 31 de diciembre de 2022, Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS) disponía de un total de 552 plazas y se encontraban internadas un total de 488 personas (168 mujeres y 320 varones); en tanto, el Hospital Vilardebó contaba con un total de 326 plazas más otras contratadas en clínicas psiquiátricas privadas, y se encontraban hospitalizadas un total de 291 personas (103 mujeres y 188 varones), de las cuales 42 personas se alojaban en servicios contratado.

[14] 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.

[15] Dado las características de las salas como unidades de corta estadía, no se valoró el tema 5 del Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS, referente al derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (artículo 19, CDPD). Los aspectos referentes al egreso, tales como la coordinación con otros niveles de dispositivos de salud mental, el apoyo para el acceso a la vivienda o la vinculación con la red de apoyo familiar u otros referentes afectivos, se valora en el estándar 2.3. referente al "(…) tratamiento, rehabilitación psicosocial y

En base a la metodología del MNP[16][17][18], el monitoreo se basa en la realización de visitas no anunciadas a los establecimientos, planificadas y efectuadas por un equipo técnico del MNP de la INDDHH. Como técnicas de recolección de información se utilizaron: la observación del establecimiento y su registro fotográfico; la entrevista a las autoridades, el personal del centro y las personas privadas de su libertad; y la revisión documental de materiales recabados durante la visita o solicitados por vía administrativa mediante oficio[19]. Se realizaron un total de 17 visitas no anunciadas entre noviembre de 2021 y octubre de 2023, a nueve salas de salud mental en los hospitales de: Florida, Maciel (Montevideo), Mercedes (Soriano), Pasteur (Montevideo), Paysandú, Rocha, Salto, San Carlos (Maldonado), y San José.

Cuadro 1. Lista de visitas de monitoreo a salas de salud mental. 2021- 2023.

	Sala de salud mental	Departamento	Fecha
1	Hospital de Mercedes	Soriano	22/11/2021; 16/2/2023
2	Hospital de San Carlos	Maldonado	3/5/2022; 13/7/2023; 12/10/2023
3	Hospital de Salto	Salto	17/6/2022; 21/9/2023
4	Hospital de Florida	Florida	28/9/2022; 14/3/2023; 1/6/2023
5	Hospital de San José	San José	18/10/2022; 15/2/2023; 18/5/2023
6	Hospital Pasteur	Montevideo	4/8/2023
7	Hospital Maciel	Montevideo	15/8/2023
8	Hospital de Paysandú	Paysandú	20/9/2023
9	Hospital de Rocha	Rocha	11/10/2023

Fuente: Registros del MNP

enlaces a redes de apoyo (…)". En este mismo sentido, no se relevó el estándar 1.7 "(…) los usuarios pueden disfrutar de una vida social y personal plenas y seguir participando en la vida y actividades comunitarias".

[16] ACNUDH (2018). *Prevención de la tortura. Guía práctica. Serie de capacitación profesional n.° 21. El Papel de los Mecanismos Nacionales de Prevención*. Nueva York y Ginebra.

[17] APT (2018). *Simposio Jean-Jacques Guautier para los MNP 2016. El Monitoreo de las instituciones psiquiátricas. Informe final*. Ginebra.

[18] APT, Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2010). *El Protocolo Facultativo de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura. Manual para su Implementación*. San José de Costa Rica.

[19] OPCAT, art. 20: "A fin de que los mecanismos nacionales de prevención puedan desempeñar su mandato, los Estados Partes en el presente Protocolo se comprometen a darles: a) Acceso a toda la información acerca del número de personas privadas de su libertad en lugares de detención según la definición del artículo 4 y sobre el número de lugares de detención y su emplazamiento; b) Acceso a toda la información relativa al trato de esas personas y a las condiciones de su detención; c) Acceso a todos los lugares de detención y a sus instalaciones y servicios; d) Posibilidad de entrevistarse con las personas privadas de su libertad, sin testigos, personalmente o con la asistencia de un intérprete en caso necesario, así como con cualquier otra persona que el mecanismo nacional de prevención considere que pueda facilitar información pertinente; e) Libertad para seleccionar los lugares que deseen visitar y las personas a las que deseen entrevistar; f) El derecho a mantener contactos con el Subcomité para la Prevención, enviarle información y reunirse con él".

Hallazgos

1. Derecho al goce de salud física y mental

Las salas de salud mental resultan accesibles para todas las personas usuarias de ASSE[20]. Los ingresos se realizan previa valoración en la emergencia del hospital.

Cuadro 2. Perfil de ingreso y plazas de las salas de salud mental, ASSE.

Sala	Varones	Mujeres	Total	¿Ingresan adolescentes?	¿Ingresan personas privadas de libertad?
Florida	sin determinar	sin determinar	8	Sí	No
Maciel	4	4	8	Sí	No
Mercedes	8	8	16	Sí	Sí
Pasteur	4	4	8	Sí	No
Paysandú	6	6	14*	Sí	Sí
Rocha	7	7	14	Sí	Sí
Salto	9	9	18	Sí	Sí
San Carlos	12	12	24**	Sí	Sí
San José	sin determinar	sin determinar	8	Solo INAU	No

Fuente: datos proporcionados al MNP al momento de las visitas de monitoreo.
Notas: *2 plazas eran habitaciones individuales, utilizadas como apartados, las cuales se utilizaban en forma indistinta por varones o mujeres. **Los datos corresponden a la visita del 12/10/23. En las visitas previas la sala tenía un total de 16 plazas, 8 de varones y 8 de mujeres. Además, en visitas previas se informó que no ingresaban personas privadas de libertad.

El cuadro 2 presenta la disponibilidad de plazas y perfil de las personas usuarias de las salas monitoreadas. En este sentido, se constataron salas de 8 plazas, en los hospitales de Florida, Maciel, Pasteur y San José. Por otra parte, las salas que disponen entre 14 y 18 plazas, están ubicadas en los hospitales de Mercedes, Paysandú, Rocha y Salto. Finalmente, la sala con mayor capacidad locativa es la de San Carlos, con un total de 24 plazas. Es de observar que esto responde a un reciente incremento de las plazas de 16 a 24, que se registró entre julio y octubre de 2023. Varias salas han recibido consultas o lineamientos desde las autoridades orientados a la ampliación de número de plazas, por lo cual, se prevén movimientos en esta dirección.

Los principales motivos de ingreso son: intentos de autoeliminación (IAE), descompensaciones agudas de patologías crónicas, tratamiento de desintoxicación de drogas y trastornos de alimentación, entre otros. Algunas salas solo ingresan situaciones de baja complejidad, derivando los casos de mayor

[20] Estándar 2.1. "Los establecimientos están disponibles para todo aquel que requiera tratamiento y apoyo". OMS, 2013:85.

complejidad al Hospital Vilardebó[21].

La mayoría de las salas brinda atención a adolescentes de 15 y más años, en sectores no diferenciados de la población adulta. Algunas salas señalaron que priorizan la internación de adolescentes en las salas generales del hospital y en algún caso, pautaron que sólo se internan adolescentes derivados del Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU)[22]. Un número reducido de salas cuenta con habitaciones separadas para las personas usuarias adolescentes, que brindan algún espacio privado. En cambio, **en varias salas las personas adultas y adolescentes comparten los dormitorios**. La permanencia de acompañantes durante todo el tiempo de internación es un requisito de todas las salas, no obstante, en algunas estas condiciones no estaban garantizadas[23] [24]. A su vez, **no brindan un plan de intervención integral específico para esta franja etaria**.

Las salas de Mercedes, Paysandú, Rocha, Salto y San Carlos permitían la hospitalización de personas derivadas de unidades penitenciarias, las cuales permanecen con su custodia. Algunos servicios indicaron que **no permiten la permanencia con grilletes**[25] [26]. No obstante, **esto suele señalarse como un motivo de tensión con las competencias de la guardia policial**, en tanto esta última refiere la imposición de medidas de seguridad de parte de su superior. en acuerdo a la Ley de Procedimiento Policial[27].

Las salas de Florida, Montevideo y San José -todas de tamaño reducido- no reciben personas privadas de libertad, debido a que, según se informó, no cuentan con sectores de seguridad y no permiten el acompañamiento policial. Estos casos son derivados al Hospital Vilardebó y en particular, los varones, se derivan al dispositivo específico ubicado en la ex cárcel central.

---

[21] Este es el caso de las salas del hospital Pasteur y Maciel, en las cuales se ingresan sólo personas usuarias en situaciones agudas de salud mental, primeros episodios, con patologías de baja complejidad o patologías médicas concomitantes

[22] En la sala del hospital de San José, sólo se hospitalizan adolescentes derivados del Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay (INAU) en la sala de salud mental, en tanto, los demás casos se internan en las salas generales a fin de asegurar el acompañamiento.

[23] En el caso del hospital Maciel, según la información recabada, el acompañamiento por parte de un familiar u otro referente del adolescente no está garantizado, debido a la capacidad de alojamiento de la sala.

[24] En varias salas se planteó que el acompañamiento del INAU era provisto por empresas privadas contratadas a tal fin.

[25] Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela). Aprobadas por la Asamblea General, resolución 70/175, anexo, el 17 de diciembre de 2015.

[26] Las Reglas Mandela, en referencia a los instrumentos de coerción física, señalan (Reglas 47-49) que *"(...) Se prohibirá el empleo de cadenas, grilletes y otros instrumentos de coerción física que por su naturaleza sean degradantes o causen dolor" y establecen como principios para emplear instrumentos de coerción física "únicamente cuando ninguna otra forma menor de control resulte eficaz frente a los riesgos que entrañaría la libre movilidad; (...) b) optar por el menos invasivo (...) aplicarlo únicamente durante el tiempo necesario, y retirarlos lo antes posible una vez que desaparezcan los riesgos (...)".*

[27] Ley 18315 de fecha 5/7/2008. Artículo 80 *(Medidas de seguridad policiales).- Las medidas de seguridad respecto a una persona detenida en centro asistencial deberán disponerse por el superior a cargo del operativo de conformidad con la autoridad del centro asistencial, sin perjuicio de lo establecido por el artículo 84 de la presente ley. El personal policial está obligado a brindar a la persona detenida un trato adecuado y respetuoso de su dignidad. En ningún caso se mantendrán esposadas a mujeres detenidas en el trabajo de parto ni en el momento del mismo.*

Cuadro 3. Integración del equipo de las salas de salud mental, ASSE.

	Psiquia-tra	Lic.en-fermería	Aux.en-fermería	Psicolo-gía	Trabajo Social	Acom. terapéuti co	Aux. servicio	Seguri-dad
Florida	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Maciel	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Mercedes	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Pasteur	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Paysandú	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Rocha	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No
Salto	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
San Carlos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
San José	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí

Fuente: Registros del MNP, datos proporcionados al momento de las visitas de monitoreo (Ver fechas en el Cuadro 1 pág. 5).

Todas las salas contaban con un equipo básico[28] integrado por psiquiatra, licenciados/as en enfermería, auxiliares de enfermería y auxiliares de servicio. No obstante, según lo informado, en **varios casos el número de recursos de enfermería era insuficiente y enfrentaban dificultades para mantener la cobertura del personal**, ya que tenían personas certificadas o no se habían cubierto todos los cargos[29]. En la mayoría de las salas, según se informó, el personal de enfermería no contaba con medidas de cuidado de equipo o apoyo psicoterapéutico. **Tampoco el servicio les brindaba actualización o capacitación específica en salud mental y derechos humanos**[30].

La participación del personal de psicología y trabajo social difiere entre las unidades. En las salas de San José y Florida, no cuentan con cargos propios, por lo que las intervenciones sólo se efectúan como interconsultas y de forma excepcional. En algunas salas se planteó que estaba previsto el ingreso de cargos de psicología y operadores terapéuticos para el tratamiento de personas con uso problemático de drogas. En las salas de los hospitales Maciel[31], Pasteur[32], Paysandú, Rocha[33] y San Carlos[34] se realizan

[28] Estándar 2.2. "*El establecimiento cuenta con personal calificado y ofrece servicios de salud mental de buena calidad*". OMS, 2013:86.

[29] En particular, en algunas salas del interior, esto determinaba que no se respetaran los días libres y licencias del personal, incluso manteniendo licencias atrasadas de varios años, según se informó. El personal se encontraba sobrecargado y exhausto.

[30] Al respecto, se recabó la necesidad de formación en psicopatología, medicación psiquiátrica, intervención en crisis y en general, manejo de las personas usuarias con diferentes condiciones de salud mental.

[31] El servicio del Hospital Maciel funciona como lugar de práctica universitaria, en el cual participan residentes y estudiantes de posgrado de psiquiatría, estudiantes de psicología y de posgrado en psicoanálisis.

[32] En el Hospital Pasteur, según se informó, el servicio cuenta con un equipo interdisciplinario. En forma permanente en sala se encuentra un/a lic. en enfermería, dos auxiliares de enfermería por turno, un auxiliar de servicio (empresa contratada) y un conserje (empresa contratada). Además el equipo está integrado por personal técnico en psiquiatría, psicología, trabajo social y medicina intensiva.

[33] La sala de salud mental del Hospital de Rocha, es un servicio de práctica de salud mental del último año de la licenciatura de enfermería del Centro Universitario de la Regional Este (CURE) de UdelaR, por lo que se contaba con estudiantes en el horario de 8 a 12 horas y de 13 a 15 horas. Además, de lunes a miércoles realizaba prácticas una psicóloga estudiante de posgrado.

[34] En la sala de San Carlos, el servicio funciona como centro de práctica. Al momento de la visita (12/10/23), se encontraban presentes 2 estudiantes residentes de psicología, quienes estaban a cargo de los profesionales en psicología y un estudiante de postgrado.

prácticas de formación universitaria de grado y posgrado en psiquiatría, psicología y enfermería, entre otros perfiles profesionales.

La atención de medicina general u otras especialidades médicas, así como de licenciado/a en nutrición, se realiza en general mediante **interconsulta** en el hospital[35]. Con la sola excepción de las salas de los hospitales Maciel y Rocha, todas las salas contaban con un guardia de seguridad por turno, provisto por una empresa tercerizada.

El abordaje terapéutico[36] **varía en función de la integración del equipo de salud**. **Todas las salas realizan tratamiento psico-farmacológico**. Salvo en San José y Florida[37], en el resto de las salas se realizan intervenciones de psicología y trabajo social, en general, a nivel individual. La sala del Hospital Maciel es la única que cuenta con acompañante terapéutico y talleristas para el trabajo en sala[38]. Las personas usuarias, según lo informado, cuentan con planes de tratamiento individualizados.

En varios servicios no se organizaban actividades terapéuticas o recreativas en el espacio de sala, al menos en forma sistemática. Según relataron las personas usuarias las actividades se reducían a la rutina cotidiana.

La medicación psiquiátrica en general se encontraba disponible[39]. No obstante, varias salas reportaron faltantes ocasionales durante 2023, incluso de fármacos esenciales[40]. **Las personas usuarias entrevistadas informaron, por lo general, que conocían la medicación que tomaban y que les habían explicado sobre su tratamiento**. En el caso de que la persona no quisiera tomar la medicación, no se le obligaba, según se informó. Sin embargo, en una de las salas un usuario manifestó que mientras no quiso tomar la medicación permaneció en la sala de seguridad.

En cuanto a la medicación al alta, todas las salas informaron que la persona llevaba consigo la medicación para dos semanas aproximadamente hasta la siguiente consulta, y se coordina con la familia o el centro de egreso para su administración. No obstante, los centros plantearon las **dificultades que enfrentan las personas usuarias que no tienen referentes** que apoyen la administración del tratamiento farmacológico. Al respecto, las salas de Florida[41] y Paysandú[42]

[35] Algunas salas cuentan con medicina intensiva, como es el caso del Hospital Pasteur.

[36] Estándar 2.3. "El tratamiento, la rehabilitación psicosocial y los enlaces a redes de apoyo y otros servicios son elementos de un plan de "recuperación" conducido por el usuario, y contribuyen a su capacidad para vivir con independencia en la comunidad". OMS, 2013:86.

[37] Si bien, estas salas, disponen de algunas propuestas recreativas (juegos de mesa, materiales de dibujo, televisión y una sala destinada al esparcimiento), no existen actividades terapéuticas destinadas a la recuperación o recreación de las personas usuarias.

[38] Salvo Las experiencias de talleres eran aisladas, salvo en el Hospital Maciel, y no estaban definidas actividades recreativas formales.

[39] Estándar 2.4. "La medicación psicotrópica está disponible, es asequible y se usa apropiadamente". OMS, 2013:87.

[40] En estas situaciones, el personal realizaba los reclamos y se solucionaban las faltantes, o bien se solicitaba el auxilio de otro centro. En algunas situaciones también se reportó la entrega de la receta a familiares de la persona usuaria para que adquieran el medicamento. En cuanto a la medicación especial, que no forma parte del vademecum, algunas salas informaron que realizan la gestión de compra con anticipación y en general al mes ya está disponible.

[41] En el caso de la sala de Florida, cuando las personas usuarias que no tienen familiares que se hagan cargo de la medicación, estas permanecen en el servicio ambulatorio de la policlínica ubicada en el mismo Hospital. Al momento de la visita, según se informó, el servicio tenía unas 15 personas en régimen ambulatorio, lo cual incrementa la demanda de tareas de enfermería, en especial durante el fin de semana cuando la policlínica estaba cerrada.

[42] En Paysandú, en el caso de que la persona no tuviera una red de contención o un lugar a dónde ir, y a los efectos de que pueda sostener el tratamiento, se le brindaba la posibilidad de acceder a lo que llaman "hospital de día". Esta modalidad permite que la persona en el horario de 9 a 15 hs, acceda al desayuno, almuerzo, medicación y descanso.

buscaban estrategias para dar continuidad al tratamiento, funcionando de acuerdo a lo manifestado como "hospitales de día". En cambio, otras salas, en estos casos, no entregan medicación al egreso[43].

En todas las salas, al egreso de cada persona se la vincula con otros servicios de la red de salud mental. En general, se trata de la coordinación con el servicio de policlínica de salud mental del mismo hospital, para lo cual se deja establecida la fecha de la próxima consulta de control a realizarse a los 10 o 15 días del egreso.

En el caso de las personas en tratamiento por el uso problemático de drogas, las salas establecen coordinaciones con los dispositivos Ciudadela de la Red Nacional de Atención en Drogas (RENADRO), para el posterior seguimiento en comunidad o a los efectos de su derivación a los centros de tratamiento (Chanaes, Casa Abierta, Jagüel o el Portal Amarillo). En algunas salas, referentes del dispositivo Ciudadela realizan intervenciones durante el periodo de hospitalización[44]. En el caso de la sala de Rocha, informaron que derivan a una comunidad terapéutica en Velázquez y a Beraca [45].

La mayoría de las salas cuentan con registros electrónicos de las historias clínicas, en el sistema de ASSE. En algunas salas se conservan historias en papel.

[43] En el caso de la sala del Hospital Maciel, no entregan medicación al egreso cuando no pueden coordinar con referentes familiares o institucionales, y no puedan asegurar la adherencia al tratamiento.

[44] Por ejemplo, en la sala de San José un equipo de Ciudadela concurre a la sala dos veces a la semana, según se informó, y se entrevista con las personas usuarias. En el caso que se requiera, realiza los trámites para su derivación a un dispositivo especializado para el tratamiento de drogas (en ese caso, el Portal Amarillo).

[45] En la sala de Rocha se informó que recientemente, se aprobaron 5 plazas para ASSE en una comunidad terapéutica en Velázquez, pero resultan insuficientes dado que muchas de las personas usuarias no cuentan con apoyo familiar ni lugar de residencia, entre otros problemas sociales. Se informa que luego del período de desintoxicación que se realiza en sala, la derivación a dispositivos de RENADRO tiene demoras, por lo que las personas usuarias se cansan de la espera y egresan sin la derivación. También realizan derivaciones a Beraca, de mayores de 18 años, aunque en este caso no se trata de centros de rehabilitación.

2. Derecho a un nivel de vida adecuado

La infraestructura edilicia[46]**, en la mayoría de las salas, se encontraba en buenas condiciones físicas o requería reparaciones menores**[47]. **Como excepción,** en **la sala del hospital de Florida**, si bien fue remodelada hace pocos años, la infraestructura se encontraba muy deteriorada. Había roturas en la mampostería de las paredes de yeso, las cuales en las diferentes visitas no habían sido reparadas. La fragilidad de las paredes permitió su fácil rotura al ser golpeadas por las personas usuarias durante los momentos de crisis, lo cual constituye un riesgo de lesión para sí o para terceros. El servicio señaló que habían realizado las solicitudes y gestiones necesarias para efectivizar las obras, y que por diversos motivos se postergaron las tareas de mantenimiento y ejecución de las reparaciones. Otras salas también enfrentaban problemas vinculados al mantenimiento y reparación de averías, aunque en estos casos eran menores.

En varios casos, parte de la infraestructura no era accesible para personas con discapacidad física.

Finalmente, **la mayoría de las salas disponían de medidas de seguridad contra incendios, no obstante, varias de ellas no tenían habilitación de bomberos**. En particular, la sala del hospital Maciel no tenía siquiera extintores y en Rocha se identificaron riesgos en caso de evacuación[48].

En general los dormitorios[49] **tenían suficiente espacio y se encontraban separados entre hombres y mujeres**. Varias salas tenían dormitorios semi-privados[50], otras con cuatro camas[51] y en el caso de las salas Paysandú y San Carlos había dormitorios de cinco y más camas[52]. **Con la sola excepción de la sala de aislamiento del hospital de Rocha, la cual no tenía cama, sólo un colchón en el suelo, en ningún otro caso se observó personas durmiendo en el suelo, en corredores u otros espacios inadecuados**. Los dormitorios contaban con buena iluminación, ventilación natural y equipos de calefacción-refrigeración, aunque en algunas salas algunos de los equipos de aire acondicionado no funcionaban. En todas las salas existía mobiliario adecuado donde las personas usuarias podían colocar sus pertenencias. La ropa de cama era provista y lavada por el establecimiento.

La infraestructura de los baños[53] **(inodoros, piletas y duchas) de las salas, en general, se encontraba en buenas condiciones de funcionamiento e higiene y, de acuerdo a lo informado por los usuarios,**

---

[46] Estándar 1.1. "La infraestructura se encuentra en buenas condiciones físicas." OMS, 2013:83.

[47] En las salas de Paysandú y Rocha la infraestructura edilicia era antigua y sólo en parte había sido remodelada, no obstante, presentaba un buen aspecto y los baños se encontraban en funcionamiento.

[48] En la visita realizada el 11/10/2023 a la sala de Rocha, se observó que contaba con extintores, no obstante, no tienen habilitación de bomberos. El día previo a la visita, ocurrió un incendio que fue aplacado. Si bien el incidente, según lo relatado, se resolvió sin perjuicios mayores, las personas usuarias manifestaron su temor e inquietud frente al humo y a la imposibilidad de salir en forma inmediata. Cada ala tiene una única salida, la cual se encuentra cerrada en forma permanente y solo se abre desde afuera.

[49] Estándar 1.1. "Los dormitorios son confortables y resguardan suficientemente la privacidad de los usuarios" OMS, 2013:83.
El Decreto 416/002, art. 58.4. referente a los dormitorios en áreas de internación de adultos, señala: "(...) Las salas serán privadas (una cama y un baño) o semi-privadas (dos camas y un baño)". Art. 58.8.: "(...) Las dimensiones mínimas de las salas de internación serán las siguientes: 10 metros cuadrados para las salas privadas y 14 metros cuadrados para las salas semi-privadas o sea 7,0 metros cuadrados por cama. En ambos casos el lado mínimo de la habitación será de 3,20 metros (...)".

[50] En las salas de San José y Florida, los dormitorios estaban dispuestos para dos personas con baño privado. En Rocha eran individuales o de dos personas y el baño era compartido para todo el sector. En Mercedes algunos dormitorios eran semi-privados.Las salas de observación de Mercedes, Salto, Florida y San José eran individuales.

[51] En las salas de Maciel, Pasteur, Salto y Mercedes los dormitorios estaban previstos para cuatro personas.

[52] En el caso de San Carlos la sala de observación de mujeres tenía seis camas en un espacio reducido. En los dormitorios, si bien había 6 y 8 camas, contaban con tabiques que permitían la individualización del espacio como zonas individuales.

[53] Estándar 1.3. "El establecimiento cumple con los requisitos sanitarios y de higiene" OMS, 2013:83.

ofrecían privacidad. Como excepción, en el caso de Rocha existían cámaras en los baños que afectaban la privacidad de las personas usuarias. Las duchas contaban con agua caliente y su acceso era libre. **No obstante, en algunas salas los baños no eran suficientes y las personas usuarias reclamaban que debían esperar para su uso. El caso más crítico se encontró en la sala de Florida**; en la visita del 14/3/2023, permanecían clausurados los baños de varias habitaciones y sólo funcionaba uno, ubicado en un dormitorio de mujeres. En razón de ello, las personas usuarias tenían que hacer fila para usar el inodoro o la ducha y también, los hombres debían pasar por el dormitorio de mujeres para usar el baño. Además, la única ducha presentaba desperfectos en el acceso al agua caliente[54].

En referencia a la alimentación[55], todas las salas visitadas contaban con áreas de comedor, con mesas y sillas, en condiciones adecuadas. Los centros brindaban las cuatro comidas, elaboradas en el propio hospital, y de buena calidad, según gran parte de las personas usuarias. Las salas contaban con la supervisión de un/a nutricionista del hospital, aunque en un caso era insuficiente su presencia en sala. Se relevó, en algunas salas, que a las personas usuarias que manifestaron ser vegetarianas se les respetaban sus preferencias.

En todas las salas, las personas usaban ropa personal y se les brindaba ropa, en caso de ser necesario. En algunas salas las usuarias observaron que no tenían permitido el uso de ropa que el personal considerara "sugerente"[56] y, por ejemplo, debían permanecer de pantalones largos cuando hacía calor y señalaron que al respecto el trato a los varones era diferente y, en este caso, sí se les habilitaba el uso de pantalones cortos.

La mayoría de los servicios establecen restricciones a las comunicaciones de las personas usuarias con sus referentes[5758]. Algunas salas son más flexibles en los días y horarios de visitas, otras mantienen regímenes más restrictivos[59]. **En varias oportunidades las personas usuarias informaron que el teléfono se encontraba en enfermería y que no tenían privacidad al realizar las comunicaciones[60].**

En algunas salas las personas usuarias pueden circular sin mayores restricciones y se permite la interacción entre varones y mujeres. **En otras, tienen sectores separados de varones y mujeres, entre las cuales no hay circulación.** Algunos servicios integran entre sus normas la prohibición del contacto

El Decreto 416/002, art. 58.6. referente a los baños señala: "(...) Los baños deberán estar compuestos por inodoro, lavabo y ducha, contando con instalaciones de agua fría y caliente. El área mínima deberá ser de 2,40 metros cuadrados con un ancho mínimo de 1,20 metros. El revestimiento será liso y lavable con una altura mínima de 1,80 metros. Por nivel de internación se dispondrá de un baño accesible para silla de ruedas, que cumplirá lo establecido por la Norma UNIT 1020:2001. (...)". art. 58.7. "Los Hospitales o Sanatorios habilitados con anterioridad a esta reglamentación, excepto los comprendidos en el sector de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, que dispongan de salas de internación que no cumplan con lo establecido en este inciso, deberán mediante ampliación o reforma, instalar un baño completo cada 4 camas".

[54] El personal señaló que esta situación databa de octubre de 2022. Esta situación era peor que la registrada en la visita de septiembre de 2022, cuando los inodoros de todas las habitaciones estaban en funcionamiento. En la visita del 1/6/2023 se habían realizado reparaciones en uno de los baños, funcionando ducha e inodoro, aunque con pérdidas en la pileta.

[55] Estándar 1.4.; "A los usuarios se les brinda comida, agua potable para beber y ropa que se ajusta a sus necesidades y preferencias". OMS, 2013:84.

[56] Por ejemplo, el documento de "Normativas del servicio" en el hospital Maciel, señala: "Deberán los pacientes estar adecuadamente vestidos, no se permite estar sin remeras (varones) y con ropa sugerente (mujeres)".

[57] Estándar 1.5. "Los usuarios pueden comunicarse libremente, y se respeta su derecho a la privacidad." OMS, 2013:84.

[58] En todos los casos, las visitas de familiares y las comunicaciones telefónicas estaban sujetas a la autorización del psiquiatra tratante.

[59] Como ser, las salas del hospital Maciel y Pasteur, si bien habían levantado gran parte de las restricciones estipuladas durante la pandemia, aún no habían restablecido días u horarios de visitas.

[60] En referencia a las comunicaciones telefónicas, en ninguna sala se permitía que las personas usuarias conservaran sus teléfonos celulares y las llamadas se realizaban desde los teléfonos provistos por la sala.

físico entre personas usuarias, incluso siendo motivo de expulsión[61]. En algunas salas, el personal de seguridad limita la circulación de las personas usuarias entre los diferentes espacios de la sala.

En la mayor parte de las salas, el comedor y el patio son las únicas áreas previstas para la recreación o interacción entre las personas usuarias y con las visitas[62]. Las salas de Florida, Mercedes, Paysandú, Salto, San Carlos y San José cuentan con patios exteriores, los cuales estaban cercados con vallas o muros. El acceso al patio era libre durante el día en algunas salas, y en otras, estaba regulado por horarios. En cambio, la sala de Rocha solo cuenta con un pequeño patio techado y enrejado en cada ala. Las salas del hospital Maciel[63] y Pasteur no contaban con espacios al aire libre ni con patios interiores. En el caso del hospital Pasteur[64] y en Rocha[65], las personas usuarias enfatizaron la situación continua de encierro y la necesidad de salir a un espacio al aire libre.

[61] Por ejemplo, el documento de "Normativas del servicio" en el hospital Maciel, señala: "Está totalmente prohibido contacto físico (besos, abrazos) entre pacientes, siendo motivo de transgresión y por lo tanto expulsión del mismo".

[62] Estándar 1.6. "El establecimiento proporciona un ambiente acogedor, cómodo y estimulante que conduce a la participación activa y a la interacción." OMS, 2013:84.

[63] En el caso del hospital Maciel, además del comedor, existe en un segundo nivel al cual se accede por escalera, una sala de estar que funciona como área de recreación. El mobiliario estaba en buenas condiciones y disponía de televisión y aire acondicionado.

[64] En el Pasteur, las personas usuarias también señalaron que las salidas de la sala se dan sólo en ocasión de la asistencia a las consultas individuales de psiquiatría, psicología o trabajo social, según el caso.

[65] En Rocha las personas usuarias insistieron en su situación de encierro. En la ausencia de personal en la sala y en las dificultades que enfrentan en la relación con las otras personas usuarias, sin contar con el apoyo del personal.

3. Derecho al ejercicio de la capacidad jurídica

En la mayoría de los casos se trataba de hospitalizaciones involuntarias, por lo cual, el tratamiento no fue decisión de la persona[66] **y, en general, no se brindaron los apoyos y ajustes razonables que le permitan el pleno ejercicio de sus derechos**.

En general, el ingreso a la sala de salud mental se realiza luego de la valoración en la emergencia del hospital. Muchas de las personas entrevistadas señalaron que fueron conducidas por la policía a la emergencia del hospital o que no recordaban la forma en que fueron trasladadas**. No obstante, al ser entrevistadas, gran parte de las personas manifestaron su acuerdo con la hospitalización**. En algunos casos puntuales, se identificaron situaciones de hospitalización y tratamiento en contra de la voluntad expresa de la persona.

En la mayoría de las salas las personas usuarias permanecían entre 15 a 30 días, no obstante, se identificaron casos de mayor duración[67]. Gran parte de las personas usuarias egresaban a la comunidad, para lo cual el equipo entabla comunicación con sus referentes[68].

No obstante, cuando las personas no cuentan con redes de apoyo o autonomía económica, entre otros problemas sociales, varias salas manifestaron dificultades para establecer un egreso protegido a un dispositivo comunitario de apoyo, refugio u otra institución y en consecuencia se prolongan las hospitalizaciones. En estos casos se evidencian las debilidades de la red de servicios comunitarios, ya que, en algunos departamentos no existen casas de medio camino, refugios u otros dispositivos que brinden apoyo, o bien, los servicios suelen objetar, según se informó, que no tienen cupos o que los criterios de ingreso no corresponden al perfil de la persona. **En este sentido, algunas salas han optado por derivar a las personas usuarias a otros hospitales de la región**[69]**. Ello podría contradecir lo establecido por el Art. 24 de la Ley de Salud Mental que establece que en ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda**.

En referencia al consentimiento informado[70]**, las salas lo solicitan para la administración de determinados fármacos (por ej. clozapina) y para la aplicación de terapia electroconvulsiva**. No obstante, en ninguna de las salas visitadas las personas firmaban un documento que oficiara de consentimiento informado respecto de su voluntad de internación. En algunas, la persona usuaria era informada a su ingreso y debía firmar un documento sobre el régimen de funcionamiento de la sala en el cual no se incluyen referencias a los derechos[71]. **Pocas salas brindaban información sobre los**

---

[66] Estándar 3.1. "Las preferencias de los usuarios en cuanto al lugar y forma de tratamiento son siempre una prioridad". OMS, 2013:88.

[67] Por ejemplo, en el caso del hospital de San Carlos, al momento de la visita, una persona permanecía internada desde hacía 5 meses y 25 días.

[68] Esto está determinado tanto porque las salas son unidades de atención de situaciones agudas y por lo tanto de corta estadía, así como el perfil de usuarios de menor dependencia que en otros centros, lo cual deriva en que gran parte del egreso de las personas usuarias sea la comunidad. En general, el área de trabajo social, enfermería, el/la psiquiatra referente o algún otro integrante entabla comunicación con las familias, al menos, al momento del egreso.

[69] En el caso de la sala de Rocha, de forma de descongestionar la sala para habilitar nuevos ingresos, se señaló que se están realizando traslados de las personas que están en situación de egreso al Hospital de Aiguá y Castillos, a fin de contar con plazas para la atención de las situaciones agudas. De forma similar, la sala de San Carlos estaba realizando derivaciones al Hospital de Aiguá y Pan de Azúcar.

[70] CDPD, Art 12 n.3 "Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar
acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el
ejercicio de su capacidad jurídica."
Estándar 3.2. "Existen procedimientos y resguardos para evitar la detención y el tratamiento sin el consentimiento libre e informado". OMS, 2013:88.

[71] Por ejemplo, en la sala de San José, a su ingreso la persona usuaria firma un documento titulado "protocolo" en el cual se detalla el régimen de la sala en cuanto a visitas, llamadas telefónicas, pertenencias admitidas y reglas de convivencia.

derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. En algunas salas se observó que en las paredes estaban pegadas hojas impresas con las normas de convivencia. No obstante, no se encontraban carteles o folletería que contemplaran los derechos de las personas usuarias en forma clara y completa. Tampoco se constató que ésta se brinde en forma oral y de un modo comprensible.

Casi todas las salas realizan hospitalización por orden judicial. En Montevideo estas situaciones se derivan al Hospital Vilardebó, por lo que es excepcional que permanezca en la sala. En la observación realizada en las visitas, **se identificó que, en el caso de algunas personas, no se habían cumplido debidamente los procedimientos de admisión** que establece la ley 19.529 de salud mental y la Acordada 8020 de la Suprema Corte de Justicia. **Al menos en un caso, la persona fue hospitalizada a partir de la comunicación verbal de la policía que daba cuenta del mandato verbal del juez**. Por lo cual no se cumplieron con las exigencias mínimas que refiere la normativa, dado que el centro asistencial no recibió el oficio judicial que determinaba la hospitalización ni referencias sobre el informe médico que la justificó[72].

En el caso de la hospitalización involuntaria por orden judicial persiste la observación de situaciones que podrían alejarse de lo establecido por los artículos 30, 33 y 24 de la ley 19.529, su decreto reglamentario, y la Acordada 8020 de la Suprema Corte de Justicia[73]. **En particular, se observaron hospitalizaciones involuntarias a efectos de recibir tratamiento para la desintoxicación de drogas. En otras situaciones, el/la juez/a determinaba el ingreso involuntario de la persona a fin de su valoración y compensación**.

En las visitas realizadas en 2023, se advirtió que hubo un cambio de procedimiento por parte de algunas salas, respecto de las hospitalizaciones involuntarias por orden judicial, ya que, al indicarse el alta médica, se envía un correo electrónico al juzgado correspondiente, notificando tal situación y la persona egresa, sin esperar una nueva comunicación por parte del Juzgado.

Respecto del ejercicio de la capacidad jurídica[74] referido a tomar en cuenta la voluntad de la persona usuaria para la realización de las intervenciones biológicas y psicosociales[75], **se observó que el consentimiento informado se solicita para el caso del tratamiento con terapia electro-convulsiva y con clozapina, el cual es firmado en la mayoría de los casos por los familiares o una persona referente distinta de la persona usuaria**. Estas situaciones denotan que la toma de decisiones con apoyo no se observa, en primera instancia, como un modelo predominante. Todas las salas implementan registros en las historias clínicas, los cuales tienen carácter confidencial[76].

[72] Por ejemplo, en una de las visitas a la sala de Florida, se encontraba una persona hospitalizada por orden judicial. En este caso no se habían cumplido debidamente los procedimientos de admisión que establece la ley 19.529 de salud mental y la Acordada 8020 de la Suprema Corte de Justicia. La persona fue hospitalizada a partir de la comunicación verbal de la policía que daba cuenta del mandato verbal del juez. Por lo cual no se cumplieron con las exigencias mínimas que refiere la normativa, dado que el centro asistencial no recibió el oficio judicial que determinaba la hospitalización ni referencias sobre el informe médico que la justificó.

[73] En particular el artículo 24 de la ley 19.529 refiere: "la hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restringido, cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona, por el plazo más breve posible y que en **ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda**". Así como los artículos del 30 al 33 de la citada ley.

[74] CDPD, Art 12 n.2. "(…) las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida". Estándar 3.3. "Los usuarios pueden ejercer su capacidad jurídica y se les da el apoyo que puedan necesitar para ejercer su capacidad jurídica" OMS, 2013:88-89.

[75] El artículo 23 de la ley 19.529.

[76] Estándar 3.4. "Los usuarios tienen el derecho a la confidencialidad y al acceso a su información de salud personal" OMS, 2013:89.

4. Derecho a la protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

En referencia al trato[77], en casi todas las salas las personas usuarias señalaron que el trato del personal, en general, era correcto y que no vieron ni recibieron insultos ni golpes u otras formas de maltrato físico. En una sala, algunos usuarios informaron sobre situaciones de maltrato verbal por parte de algún integrante del personal.

En varios casos, **las personas usuarias informaron que el trato era correcto pero distante**. Señalaron que el personal de enfermería permanecía en general en la enfermería y los veían cuando entregaban la medicación y en instancias concretas. Por lo cual no se atendían sus requerimientos en seguida y que en determinadas situaciones no les brindan contención.

En particular, en algunas salas las mujeres señalaron que quedaban en un segundo lugar, dado que el personal priorizaba la atención de los hombres ya que, según se dijo, eran más en número y resultaban más demandantes.

Cuadro 4. Factores de riesgo frente a la tortura y otros malos tratos

Sala	¿Tiene sala aislamiento?	¿Aplican medidas de contención?	¿Se capacita al personal de sala?	¿Se usa terapia electro-convulsiva (TEC)?	¿La TEC se efectúa en el servicio?	¿Dónde se deriva para aplicación de la TEC?
Florida	No	Sí	No	Sí	No	Vilardebó
Maciel	No	Sí	Sí	Sí	No	Vilardebó
Mercedes	Sí	Sí	No	Sí	Sí	–
Pasteur	No	Sí	No	Sí	No	Vilardebó
Paysandú	Sí	Sí	No	Sí	Sí	–
Rocha	Sí	Sí	No	Sí	Sí	–
Salto	Sí	Sí	No	Sí	Sí	–
San Carlos	No	Sí	Sí	Sí	No	Vilardebó
San José	Sí*	Sí	No	Sí	No	CEREMOS

Fuente: Registros del MNP, datos proporcionados al momento de las visitas de monitoreo. * La sala de San José dispone de un cuarto de aislamiento destinado, según se informó, a alojar personas que requieren observación, que se encuentren en situaciones de descompensación violenta o personas derivadas de unidades penitenciarias con su custodia

[77] Estándar 4.1. "Los usuarios tienen el derecho a estar libres de abuso verbal, mental, físico y sexual y de descuido físico y emocional". OMS, 2013:89.

El cuadro 4 detalla las salas que utilizan medidas de contención y aislamiento[78], así como la aplicación de TEC.

Si bien, la mayoría de las salas cuentan con al menos un espacio que permita la observación de aquellas personas en condiciones críticas que requieren el monitoreo continuo desde enfermería[79], en el cuadro se detallan aquellas en que se trata de cuartos de aislamiento[80], lo que genera condiciones propicias para la vulneración de derechos. Dichas salas se utilizan durante la aplicación de medidas de contención física y química. En una sala, según la información obtenida en la visita, se había mantenido una persona durante varios días en el cuarto de aislamiento, en respuesta a su negativa a tomar la medicación, y esta situación cesó cuando aceptó tomarla. **Preocupa al MNP, que el uso de cuartos de observación se aleje de los criterios terapéuticos, y que pueda utilizarse como dispositivo de control, encierro o disciplinamiento**.

Casi todas las salas cuentan con medidas de contención física[81], esto es, cintas y candados semejantes a los observados en el Hospital Vilardebó. Varias salas, señalan que en el período más reciente no habían aplicado medidas de contención física o que, en general, no las utilizaban ya que, primero buscan inmovilizar el cuerpo y luego utilizan medidas de contención química (inyectables)[82]. **La aplicación de las medidas de contención física y química, según se informó, se realiza con indicación médica. No obstante, preocupa al MNP que en algunas salas, la indicación de aplicación de medidas de contención se deja indicada por el médico tratante en la historia clínica como medida general frente a la posible emergencia de episodios de excitación y no se exige una valoración en el momento del psiquiatra actuante**.

Sólo algunas salas señalaron que cuentan con un protocolo para la aplicación de medidas de contención. En el caso de Mercedes, Salto y San Carlos se presentó el documento durante la visita. Varias salas no disponían de estos protocolos ni de instrucciones para el manejo de situaciones de agresión. Además, en la mayor parte de las salas el personal no había recibido capacitación sobre el manejo de las crisis o de técnicas para atenuar su escalamiento, ni sobre la aplicación de las medidas de contención o formas de reducción física de las personas.

Varias de las salas relataron que, en caso de requerir apoyo durante una crisis de excitación, el personal llama al servicio 911 de emergencia policial o a la guardia policial establecida en el Hospital[83]. En algunas salas se informó que, en general, la sola presencia de la policía era un disuasivo suficiente para que la persona permitiera la sedación y aplicación de medidas físicas, en tanto que, sólo en forma excepcional, la policía había participado en la reducción de una persona usuaria. En

---

78 Estándar 4.2. "Se utilizan métodos alternativos al aislamiento y contención para "atenuar el escalamiento" de crisis potenciales". OMS, 2013:90.

79 Estas salas estaban dispuestas junto a enfermería y contaban con ventanas y cámaras de vigilancia.

80 Estándar 4.2. "(....) "Aislamiento" significa mantener a una persona sola en un cuarto con llave o área de seguridad de la cual ella está físicamente impedida de salir". OMS, 2013:90. En estos dispositivos, se trata de las salas de observación individual, las cuales en ocasiones pueden utilizarse para imponer medidas de seguridad.

81 Estándar 4.2. "(....) "Contención" significa en este documento el uso de un dispositivo mecánico o medicamentos para impedir que una persona se mueva (...)". OMS, 2013:90.

82 En algunas salas las medidas de contención estaban deterioradas o eran artesanales, elaboradas por o a solicitud de enfermería (con gasas y telas más flexibles), en otras nuevas. En la sala de Florida no habían lugares destinados a salas de aislamiento. Existe una sala de observación con dos camas, ubicada al lado de enfermería. En el último período no se habían aplicado medidas de contención física. Las medidas disponibles se encontraban deterioradas.

83 Algunas salas dieron cuenta que en la intervención del servicio 911, la policía aplicaba un procedimiento que suponía, entre otras pautas, la intervención sin armas y en un área cubierta por cámaras.

varias de las salas el personal manifestó que enfrentaban dificultades para asegurar su seguridad[84].

La mayoría de las salas disponen de una empresa de seguridad privada que realiza tareas de vigilancia en la puerta de acceso. Según se informó, el personal contratado en ningún caso tenía autorización para la reducción de las personas usuarias o aplicación de medidas de contención. En el caso de San Carlos, el personal de seguridad había recibido capacitación, junto al resto del personal, sobre medidas de reducción física y, según se informó, participaban de esta tarea.

Todas las salas cuentan con un sistema de cámaras desde el cual se monitorean los dormitorios y las áreas comunes. El monitor desde el cual se ven las imágenes, en todos los casos, se encuentra en enfermería. **Sólo en el caso de Rocha, se constató la presencia de cámaras ubicadas en los baños**. Lo cual fue señalado como negativo por las personas usuarias, al afectar su intimidad.

Todas las salas utilizan entre sus técnicas terapéuticas la terapia electro-convulsiva (TEC)[*85*]. Las salas de Mercedes, Paysandú, Rocha y Salto contaban con equipos y aplicaban TEC en el hospital[86]. Las demás salas realizaban la derivación a otros centros: en el caso de la sala de San José, deriva a CEREMOS; la salas de Florida, San Carlos, Maciel y Pasteur, derivan al Hospital Vilardebó[87]. La sala de Mercedes y Salto presentaron los protocolos utilizados para el TEC al momento de la visita[88]. Según se informó, **se releva consentimiento informado por parte del psiquiatra y se recaba la firma de los familiares de la persona usuaria**. En algunas salas, se constató que si bien cuando era posible el/la psiquiatra informaba a la persona usuaria sobre la TEC, éstas no realizaban la firma del consentimiento sino que lo hacían sus familiares. También se relevó, que varias salas realizan aplicaciones de TEC a adolescentes[89].

En referencia a las medidas preventivas frente al maltrato.[90] **En varias salas se hizo referencia a que las personas usuarias presentaban las quejas o denuncias ante la dirección del hospital o ante el Ministerio de Salud Pública**. No obstante, **no pudo constatarse la existencia de procedimientos** para la presentación de quejas a organismos externos, con carácter confidencial y accesible a las personas durante su internación en sala.

Algunas salas no efectivizan las notificaciones de las hospitalizaciones involuntarias y de las voluntarias que superen los 45 días, de acuerdo al art 29 la ley 19529 de salud mental a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental ni a la Institución Nacional de Derechos Humanos. A la vez que desconocían la vía para efectivizar la notificación. Todas las salas permitieron el acceso al MNP, como organismo de monitoreo independiente.

---

[84] Señalaron que tienen muchos episodios de violencia y que tienen problemas de seguridad, incluyendo la agresión a otras personas usuarias y al personal. Algunos funcionarios/as plantearon la necesidad de contar con "guardia blanca" como en el Hospital Vilardebó.

[85] Estándar 4.3. "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 del usuario". OMS, 2013:90.

[86] En el caso de Salto, la sala tenía dispuesta una habitación para la aplicación de TEC. En Mercedes, la TEC se aplicaba en el block quirúrgico.

[87] En estos casos, la persona usuaria realizaba el ayuno durante la noche en la sala y al día siguiente, se traslada en ambulancia al Hospital Vilardebó donde se efectuaba la sesión y luego regresa. Se realizaban, según se informó, las rutinas médicas y paraclínicas del tratamiento.

[88] "Protocolo de atención de enfermería en tratamiento de terapia electroconvulsiva". El protocolo fue aprobado por la Dirección del Hospital de Mercedes y por la Dirección de Salud Mental de ASSE en 2019 según se informó al MNP en respuesta de ASSE al oficio n°630/52020.

[89] El criterio 4.3.4. establece: "Nunca se administra la terapia electroconvulsiva a un menor de edad" (OMS, 2013:90).

[90] Estándar 4.3." Existen medidas para prevenir la tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes y otras formas de maltrato y abuso". OMS, 2013:91.

Conclusiones

El MNP presenta las siguientes conclusiones preliminares del monitoreo realizado en las salas de salud mental de ASSE. Los hallazgos han permitido examinar, a partir de los estándares de derechos humanos, las condiciones de vida, atención y trato a las personas usuarias de los servicios con el propósito de identificar factores de riesgo de vulneración de derechos y prevenir actos de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

1. **Se reconocen los avances en la implementación de las salas de salud mental en el contexto de hospitales generales, en el marco del modelo comunitario de atención y de la descentralización de los servicios de salud mental**.

2. **En términos globales, las salas cuentan con una adecuada planta física, cumplen con los requisitos sanitarios, de higiene y alimentación**. No obstante, los principales desafíos se refieren a asegurar el mantenimiento, a realizar las reparaciones en tiempos breves y en algunas salas, adecuar la estructura edilicia y a contar con la habilitación de bomberos vigente respecto de la protección contra incendios. A su vez, **las estructuras edilicias antiguas de algunos hospitales afectan el acceso a espacios al aire libre, la disponibilidad de dormitorios semi-privados, la amplitud de los espacios de usos múltiples y la accesibilidad de algunos espacios para las personas con discapacidad física**.

3. **La mayoría de las salas brinda atención a adolescentes de 15 y más años, en sectores no diferenciados de la población adulta y si bien establecen la permanencia de acompañantes, no siempre pueden garantizarla**. A su vez, **no brindan un plan de intervención integral psico-socio-educativo específico para esta franja etaria**. Al respecto, un informe reciente referente al modelo y requisitos mínimos de las unidades de corta estadía de atención en salud mental en Uruguay, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), elaborado por Sandra Romano[91] señala la "importancia de [incorporar en las unidades de corta estadía] sectores diferenciados que permitan considerar los intereses, necesidades y cuidados específicos de cada grupo etario, el resguardo de los derechos de los adolescentes. Se enfatiza que la atención se realice por equipos multidisciplinarios para cada sector, con capacitación específica" (Romano, 2022:16).

4. **Todas las salas monitoreadas cuentan con personal calificado y equipos básicos compuestos por las especialidades de psiquiatría y enfermería (licenciados/as y auxiliares)**. En algunas salas, las disciplinas de psicología y trabajo social están ausentes o tienen poca carga horaria. A su vez, no cuentan con terapeutas ocupacionales o educadores sociales y sólo una sala cuenta con acompañante terapéutico. De este modo, **es limitada la disponibilidad de personal con enfoque de recuperación, lo que restringe la calidad de la intervención y la conformación de la sala como espacio terapéutico**[92]. El personal de enfermería tiene presencia permanente en todas las salas; no obstante, en varias de ellas era insuficiente para la demanda de atención. **En varias salas no se promueven las capacitaciones**

[91] Romano, Sandra. (2022). Modelo y requisitos mínimos de dispositivos de la Red de Atención en Salud Mental: Unidades de corta estadía, casas de medio camino y centros de rehabilitación psicosocial. OPS, OMS. Diciembre, 2022.

[92] En el citado informe, Sandra Romano refiere, en función de la bibliografía, normativa y demás fuentes consultadas, que: "la unidad debe contar con un equipo multidisciplinario cuya integración básica sería: personal de enfermería, psiquiatra, psicólogo, un trabajador social de acuerdo a la población atendida según la proporción de acuerdo a las camas de la unidad y la integración de otros profesionales o técnicos con formación en abordaje psicosocial con enfoque de rehabilitación/recuperación de acuerdo a los programas en desarrollo" (Romano, Sandra; 2022:20-21).

en salud mental y derechos humanos al personal. Tampoco disponían de instancias de cuidado de equipo (ley 19.529, art.20). Por otra parte, durante las visitas **fue recurrente que las personas usuarias señalaran la ausencia de personal en la sala ya que esta se limitaba al momento de la entrega de medicación, alimentación o situaciones de crisis**.

5. **Preocupa la constatación en varias salas, de la escasez de actividades recreativas o terapéuticas orientadas a la recuperación, o que estas sólo se brindan en espacios individuales, con lo cual las personas transitan gran parte del tiempo en forma ociosa, sin estimular el relacionamiento**. Además, en algunas salas, las personas no tenían privacidad al mantener comunicaciones telefónicas. También **preocupa que se mantengan restricciones para las visitas de familiares y referentes**, lo que dificulta el diálogo sobre el proceso de tratamiento y brindar apoyo en lo que la persona considera. A su vez**, llama la atención la denegación de las comunicaciones con familiares, la cual se expresa como norma en varias salas**; la misma sólo puede fundarse en razones terapéuticas y nunca debe imponerse como sanción o medida de coerción (art. 24, ley 19529).

6. Durante el monitoreo, se registró el incremento del número de plazas en algunas salas. Si bien se considera necesario que la disponibilidad del servicio sea acorde a la demanda de atención, es importante que cualquier incremento de las plazas signifique un aumento consecuente en la dotación de personal, la disponibilidad de espacios físicos y los rubros presupuestales, entre otros requerimientos. A su vez, **se alerta que el incremento del número total de plazas no esté vinculado a la priorización de la hospitalización en detrimento de intervenciones menos restrictivas de los derechos y libertades de las personas, orientadas a promover la integración familiar, laboral y comunitaria** (art. 6, ley 19529).

7. La hospitalización involuntaria de una persona (o su retención) es un recurso restrictivo que sólo podrá aplicarse con fines terapéuticos y en cumplimiento de las debidas garantías (ley 19.529, art. 24 a 36). El SPT ha observado que salvo en aquellas circunstancias en que haya sido ordenado por una autoridad judicial, con las debidas garantías, el internamiento involuntario es una forma de detención arbitraria[93]. Se observó que en varias ocasiones, las hospitalizaciones involuntarias por orden judicial, se realizaron a través de la policía mediante mandato verbal del juez, sin el oficio judicial en el cual se comunica el decreto respectivo, lo cual incumple con lo establecido por la Acordada 8020 de la SCJ. En este sentido **se recomienda que se efectúe el control de los requisitos y el seguimiento de todas las situaciones de hospitalización involuntaria a fin de que éstas sean conformes a la ley 19.529 de salud mental.**

8**. Preocupa la prolongación de la hospitalización involuntaria, una vez concedida el alta médica, de aquellas personas que no cuentan con autonomía económica o redes de apoyo** debido a que el egreso se posterga hasta la resolución de problemas sociales o de vivienda, lo que podría contravenir la Ley de Salud Mental (ley 19.529, art 24) y la CDPD[94]. En este sentido se ha observado que las debilidades en el desarrollo de los dispositivos alternativos y de las medidas de apoyo a las personas

[93] "El internamiento de una persona en contra de su voluntad es una forma de detención arbitraria salvo que lo haya ordenado una autoridad judicial competente e independiente respetando las debidas garantías procesales, lo que debe incluir una revisión rigurosa y constante" (CAT/OP/27/2, 2016:1, párr.5).

[94] CDPD, art. 14 Libertad y seguridad de la persona "1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás: a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona; b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que **la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad**".

con discapacidad, afectan el egreso protegido y el derecho de las personas con discapacidad a vivir en forma independiente y de ser incluido en la comunidad. Manteniendo en su lugar la dependencia y la privación de libertad.

9. **Preocupa la falta de desarrollo de mecanismos que permitan el apoyo a las personas internadas para la toma de decisiones, y el ejercicio de la capacidad jurídica y que aún persista el modelo de sustitución de la voluntad**. Asimismo, **no se implementan ajustes razonables que garanticen el ejercicio de derechos en igualdad de condiciones que el resto de las personas** (ley 19.529 Art 6 literales G, I y J). Respecto del consentimiento informado, todas las salas informaron que lo solicitan en el caso de indicación de terapia electroconvulsiva o clozapina. Sin embargo, si bien en algunos casos se informa a la persona usuaria sobre estos tratamientos, la firma del consentimiento se solicita a un familiar. De acuerdo al SPT, aun cuando el internamiento involuntario sea acorde a la normativa, éste no debe implicar el derecho formal a administrar medicación sin el consentimiento del paciente[95], salvo excepciones[96]. Además, en algunas salas, las personas usuarias firman en forma obligatoria, formularios en los cuales aceptan las condiciones de hospitalización. En el marco del cual no se promueve la participación de la persona usuaria en su plan terapéutico ni se promueven sus derechos. Tampoco se promueven los apoyos. El MNP recuerda lo establecido en la normativa[97], en lo relativo al derecho de las personas usuarias a participar, por sí o con apoyo, en todas las decisiones que involucren su atención y tratamiento. Al respecto, el **SPT ha alentado a los Estados a "(...) Promover medidas apropiadas para facilitar a las personas con discapacidad el acceso al apoyo que puedan necesitar respecto del ejercicio de su capacidad jurídica" (CAT/OP/27/2, 2016:4, párr.20).**[98]

El artículo 25 de la CDPD relativo al derecho a la salud señala que los Estados Parte "(...) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado (…)". A su vez, el Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS en referencia al derecho a la capacidad jurídica., establece que las preferencias de las personas usuarias sobre el tratamiento son siempre prioridad, que existen procedimientos y resguardos para evitar la detención y tratamiento sin consentimiento y que las personas usuarias tienen derecho a rechazar el tratamiento[99]. Además las directrices internacionales sobre derechos humanos y políticas de drogas establecen que el derecho a la salud aplicado a este contexto requiere: "Asegurar que el consentimiento voluntario e informado sea una condición previa para cualquier tratamiento médico o intervención preventiva o diagnóstica, y que el

[95] (CAT/OP/27/2, 2016:4, párr.7) "(...) El internamiento no voluntario que parece adecuado y proporcional sobre una base jurídica no debe incluir nunca directamente el derecho formal a administrar medicación sin el consentimiento informado del paciente."

[96] (CAT/OP/27/2, 2016:4, párr.14) "14. De forma excepcional, puede ser necesario administrar tratamiento médico a un persona privada de libertad sin su consentimiento, si no está en condiciones de; a) Comprender la información facilitada sobre las características de la amenaza existente para su vida o su integridad personal, o sus consecuencias; b) Entender la información sobre el tratamiento médico propuesto, incluidos su objetivo, medios, efectos directos y posibles efectos secundarios; c Comunicarse eficazmente con los demás."

[97] Ley 19529, Salud Mental, art. 6, lit. g "(...) Tomar, por sí o con la participación de familiares, allegados o representantes legales, decisiones relacionadas con su atención y tratamiento" y art. 6, lit. l "En caso de requerir permanencia en régimen de hospitalización, a ejercer sus derechos y obligaciones como cualquier otra persona usuaria de los servicios de salud del prestador correspondiente".

[98] Naciones Unidas. OPCAT. SPT. (2016). *Enfoque del Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes respecto de los derechos de las personas institucionalizadas y bajo tratamiento médico sin consentimiento informado*. 26 de enero de 2016 (CAT/OP/27/2).

[99] (OMS, 2012) Estándar 3.1. "Las preferencias de los usuarios en cuanto al lugar y forma de tratamiento son siempre una prioridad"; Estándar 3.2. "Existen procedimientos y resguardos para evitar la detención y el tratamiento sin el consentimiento libre e informado" y el Criterio 3.2.3. "Los usuarios tienen el derecho a rechazar el tratamiento", entre otros elementos.

uso de drogas o la dependencia por sí solos no sean motivos para privar a alguien del derecho a negar su consentimiento"[100].

10. Además, **en la mayoría de las salas se informa sobre el régimen de convivencia y las obligaciones de las personas usuarias, no así sobre sus derechos**. Al respecto, la normativa relativa a los servicios de salud establece que las personas usuarias tienen derecho a conocer y hacer uso de sus derechos, con asesoramiento y apoyo, en su caso, del servicio de salud correspondiente[101]. A este respecto, **se recomienda brindar información completa y comprensible sobre los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Se sugiere además que se comunique esta información en lugares visibles del establecimiento.**

11. Se reconoce que **las salas monitoreadas brindan un trato digno y respetuoso, a pesar de que se han identificado situaciones puntuales de destrato verbal**. Si bien es posible que las personas presenten quejas ante la dirección del hospital, ante ASSE o ante la Comisión Nacional de Contralor de la Ley de Salud Mental, durante su internación, según lo constatado, estas no resultan accesibles y en general las personas usuarias no las conocen. De forma de fortalecer la estrategia preventiva, **se recomienda, adoptar medidas tales como: capacitación del personal, información a las personas usuarias sobre sus derechos y los mecanismos para la presentación de quejas y denuncias o para realizar peticiones, acceso a representantes legales, entre otras.**

12. **Se valora especialmente en algunas salas, la disponibilidad de protocolos para la aplicación de medidas de contención física o química y, en otras, su baja utilización**. No obstante, en algunos casos, preocupa su uso recurrente o su indicación genérica frente a períodos de excitación, sin que requiera una valoración exhaustiva por parte del psiquiatra (que justifique su uso como medida terapéutica, y asegure su seguimiento durante y después de la misma). Al respecto, el MNP recuerda que el uso de medidas de contención es una forma de privación de libertad en sí misma. La Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Lopes *vs.* Brasil concluyó que se trata de una de las medidas más agresivas y de riesgo de abusos y de maltrato. Indicó que deberá ser utilizada sólo como último recurso para evitar el daño a sí mismo o a otras personas y sólo cuando otras opciones razonables no garanticen contener dicho riesgo[102]. Por lo cual las autoridades han de determinar un marco estricto que defina criterios, supervisión y revisión, a la vez que su prohibición como sanción o su uso para la gestión interna. El SPT ha señalado que "(..) Toda medida de coerción debe registrarse exactamente y estar sujeta a rendición de cuentas administrativa, que incluya mecanismos independientes de denuncia y la revisión judicial" (CAT/OP/27/2, 2016:2, párr.9).

13. Todas las salas cuentan con cámaras de vigilancia. En una sala se identificaron cámaras en los baños afectando el derecho a la privacidad. El acceso a los monitores se realiza en general desde enfermería. En ninguna sala se registró información accesible a las personas usuarias sobre la existencia de cámaras y el uso de datos, ni se recaba consentimiento a tal fin.

[100] (UNDP, WHO, UNAIDS y otros, 2018:8) Directrices internacionales sobre derechos humanos y políticas de drogas". 1.2. Tratamiento de la dependencia de drogas: "El derecho a la salud aplicado a la política de drogas incluye el acceso voluntario a un tratamiento de la dependencia de drogas basado en evidencia".

[101] Art. 6 de la ley 19529 de Salud Mental; Art. 7 del Decreto N° 274/010.

[102] CIDH Caso Ximenes Lopes vs Brasil , Sentencia de 4 de julio de 2006.

En tanto la imagen y la voz constituyen datos personales, están protegidas por la ley 18331[103] [104], la vigilancia mediante cámaras deberá observar el estricto respeto de los derechos de privacidad, intimidad y dignidad de las personas usuarias, en acuerdo al principio de finalidad, principio del previo consentimiento informado, principio de seguridad de datos y principio de reserva. Cabe acotar que la grabación de la imagen constituye datos sensibles de acuerdo al Art 4 de la ley 18331[105]. En consecuencia, **se recomienda recabar el consentimiento expreso y escrito de las personas usuarias respecto de la videovigilancia, de la finalidad y alcance de la misma; así como implementar otras medidas de protección de datos personales relativas a su almacenamiento, seguridad y destrucción, etc.**

14. **Se reconocen los esfuerzos realizados por algunas salas para establecer sistemas de calidad en la atención brindada. Se alienta a profundizar y generalizar acuerdos sobre implementación de estándares de calidad con perspectiva de derechos en el marco de la atención en las salas de salud mental.**

Jimena Fernández
Presidenta
Institución Nacional de Derechos Humanos
Y Defensoría del Pueblo

[103] Ley 18331 de protección de datos personales de 11 de agosto de 2008.

[104] Dictamen 17/23 de fecha 22 de agosto de 2023.Consejo ejecutivo de la Unidad Reguladora y de control de datos personales

[105] "Ley 18331, Artículo 4, literal E "(...) Dato sensible: datos personales que revelen origen racial y étnico, preferencias políticas, convicciones religiosas o morales, afiliación sindical e informaciones referentes a la salud o a la vida sexual."

Institución Nacional
de Derechos Humanos
y Defensoría del Pueblo

Bulevar Artigas 1532, Montevideo
Tel. (+598 2) 1948
www.inddhh.gub.uy
secretaria@inddhh.gub.uy