

# Análisis de contexto y monitoreo de instituciones psiquiátricas

## Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura - Uruguay



Institución Nacional de  
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



UNIVERSIDAD DE  
LA REPÚBLICA  
UNIVERSIDAD DE  
DERECHOS HUMANOS



República Oriental del Uruguay



# Análisis de contexto y monitoreo de instituciones psiquiátricas

## Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura - Uruguay

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

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Artículo 15-2



Institución Nacional de  
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



70º ANIVERSARIO DE  
LA DECLARACIÓN  
UNIVERSAL DE  
DERECHOS HUMANOS



República Oriental del Uruguay

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

Dra. Mariana Mota (Presidenta)

Dra. Mariana Blengio Valdes

Dr. Juan Faroppa

Dra. María Josefina Plá

Dr. Wilder Tayler

## **Mecanismo Nacional de Prevención**

### **Director**

Dr. Wilder Tayler

### **Secretaría**

Maritza Ramos

## **Equipo Técnico Interdisciplinario**

2017: Dr. Álvaro Colistro, Psic. Ariadna Cheroni, Lic. en Trabajo Social María José Doyenart, Asistente Social Ana María Grassi, Lic. en Trabajo Social Fernando Leguizamón, Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez, Dra. Gianina Podestá, Lic. en Psic. Mariana Riso, Educador Social Diego Silva Balerio.

2018: Dr. Álvaro Colistro, Psic. Ariadna Cheroni, Lic. en Trabajo Social María José Doyenart, Asistente Social Ana María Grassi, Educador Social Hernán Lahore, Lic. en Trabajo Social Fernando Leguizamón, Ignacio Martínez Grille, Lic. en Trabajo Social Soledad Pérez, Dra. Gianina Podestá, Lic. en Psic. Mariana Riso, Lic. en Psic. Adriana Rodríguez Lotito.

Colaborador voluntario: Dr. Francisco Ottonelli

## **Redacción del Informe**

Equipo Técnico Interdisciplinario MNP (2018)

Soc. Laura Latorre, Educación y Estudios, INDDHH

## **Registro fotográfico**

Equipo Técnico Interdisciplinario MNP (2017)

**Producción editorial:** Susana Aliano Casales

**Impresión:** Mastergraf

**ISBN:** 978-9974-8684-7-2

# Contenido

Presentación .....	7
Ley de Salud Mental .....	13
Requerimientos de armonización normativa a partir de la aprobación de la Ley 19.529 .....	17
Aspectos jurídicos en materia civil referidos a la capacidad legal .....	20
El instituto de la curatela .....	24
Proceso de declaración de incapacidad .....	26
Afectación al derecho fundamental de libertad .....	27
Inimputabilidad penal.....	27
Internación no voluntaria .....	29
Pericias .....	29
Metodología para el monitoreo de las instituciones psiquiátricas .....	31
Monitoreo a instituciones psiquiátricas .....	37
Características de los centros y hallazgos del monitoreo .....	39
CEREMOS.....	39
Hospital Vilardebó .....	46
Sensibilización y cabildeo .....	53
Prospectiva .....	55
Anexo. Recomendaciones .....	57
Glosario de siglas .....	61



## Presentación

El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) se crea por el artículo 83 de la Ley 18.446,<sup>1</sup> de fecha 24 de diciembre de 2008, conforme al mandato del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de Naciones Unidas (OPCAT).<sup>2</sup>

El OPCAT establece “un sistema de visitas periódicas a cargo de órganos internacionales y nacionales independientes a los lugares en que se encuentran personas privadas de su libertad, con el fin de prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”.<sup>3</sup>

A su vez crea dos órganos de control y colaboración: el Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT) a nivel internacional, y a nivel local, los Mecanismos Nacionales de Prevención (MNP). Estos se revelan como una innovadora herramienta para contribuir a la erradicación de la tortura.

En el marco de las atribuciones conferidas, el MNP inició formalmente sus funciones el 20 de noviembre de 2013, bajo la dirección de la Dra. Mirtha Guianze, miembro del anterior Consejo Directivo (CD) de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH). A partir del 1° de setiembre de 2017, el CD designó al Dr. Wilder Tayler como director del MNP.

**Visión:** Uruguay como país libre de la práctica de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, en cualquier lugar donde haya una persona privada de libertad, detenida o en custodia o que no esté habilitada a salir libremente del lugar donde se encuentra.

**Misión:** Prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en los lugares en que se encuentran personas privadas de su libertad, detenidas o en custodia o que no estén habilitadas a salir libremente del lugar donde se encuentra.

1 El artículo 83 de la Ley 18.446 le asigna a la INDDHH las funciones del MNP al que refiere el OPCAT.

2 Aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 9 de enero de 2003 (Resolución 57/199 - entrado en vigor el 22 de junio de 2006). El OPCAT fue ratificado por Uruguay por Ley 17.914 del 25 de octubre de 2005.

Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes: <<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPCAT.aspx>>.

3 OPCAT - Artículo 1.

**Mecanismo Nacional de Prevención:**

**Independiente.** Independencia funcional, presupuestaria y de criterio.

**Autónomo.** El Estado uruguayo se ha obligado a garantizar la independencia funcional del MNP, como así también la independencia de sus funcionarios (artículo 18 Numeral 1 del OPCAT).

**Profesional.** El Estado también se compromete a tomar las medidas necesarias a fin que los expertos/as del MNP tengan las capacidades y los conocimientos profesionales requeridos.

**Preventivo.** La labor del MNP se dirige fundamentalmente a prevenir y no a reaccionar ante denuncias individuales concretas.

**Proactivo.** Sus acciones tienden a colaborar en forma activa en la prevención y erradicación de la tortura y los malos tratos.

Desde el comienzo de su actuación, el MNP ha planificado el abordaje a los centros de privación de libertad considerando los diferentes niveles de vulnerabilidad detectados en cada uno de los ámbitos de encierro.

El escalonamiento progresivo por sistemas ha permitido focalizar la tarea, así como diseñar diferentes herramientas para su monitoreo: sistema de responsabilidad penal juvenil; sistema de protección 24 horas de niños, niñas y adolescentes; sistema carcelario de adultos; unidades policiales; unidades de violencia doméstica y de género; instituciones psiquiátricas.

A decir de Audrey Olivier: “El tratado de prevención está basado en un cambio de paradigma: reemplazar el secreto que rodea a la detención —que permite la tortura, los malos tratos, los abusos y la violencia— con la apertura, la transparencia y el acceso sin previo aviso a cualquier lugar de privación de libertad. (...). El cambio también se

plantea en el concepto mismo de lo que se considera un lugar de detención, un lugar donde una persona está privada de su libertad. En efecto, es el criterio de riesgos de ser sometido a actos de tortura o de malos tratos que define lo que es un lugar de detención. Así, el MNP no solo tiene acceso a las cárceles o a los puestos de policía, sino también a las instituciones psiquiátricas, a los hogares para adultos mayores, y a los centros para personas migrantes”<sup>4</sup>

La herramienta MNP, otorgada por el OPCAT a los Estados, porta un potencial invaluable para promover cambios radicales en la cultura del encierro institucional y para prevenir y combatir los actos que representan, estimulan, o permiten la tortura y otros malos tratos, así como aquellos que perpetúan la impunidad en todas o algunas de sus formas.

4 Informe MNP - 2016. Prólogo de Audrey Olivier Muralt, directora de la Oficina Regional para América Latina - Asociación para la Prevención de la Tortura (APT).



Consciente de la responsabilidad que este rol conlleva, así como del hecho que la erradicación de la tortura en nuestro país es una responsabilidad compartida, durante la gestión 2017, el MNP buscó avanzar en la articulación con los distintos actores involucrados en la temática de privación de libertad, particularmente agentes gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil (OSC), organismos internacionales y participación efectiva de las personas afectadas por las situaciones de encierro institucional.

Asimismo, se priorizó incrementar el alcance del sistema de monitoreo a nivel nacional; fortalecer los instrumentos metodológicos de monitoreo y generación de información, y profundizar en acciones que aporten a modificar las normativas y revertir las políticas públicas y prácticas institucionales que priorizan el encierro como forma de gestionar determinados conflictos sociales.

En este sentido, a través del análisis de las acciones y estrategias desarrolladas; los hallazgos y nudos críticos destacados; y los logros alcanzados durante el año 2017, el presente Informe Anual procura transmitir una visión de lo que significa en la práctica la prevención de la tortura y otros malos tratos.

Este IV Informe Anual presentado por el MNP tiene como objetivos:

- Cumplir con el compromiso de los Estados Parte en observancia a lo dispuesto por el OPCAT, que establece en su artículo 23 “publicar y difundir los informes anuales de los Mecanismos Nacionales de Prevención”;
- Difundir y publicar las constataciones del MNP sobre los riesgos de tortura y malos tratos existentes en los lugares donde se encuentran personas privadas de libertad;
- Explicitar el marco conceptual y metodológico del monitoreo realizado por el MNP.<sup>5</sup>

Está dirigido a la opinión pública en general y en particular a las OSC, operadores públicos responsables de la implementación de las políticas en el marco de las cuales se efectúa la privación de libertad y a la comunidad internacional.

Los contenidos se organizan en seis librillos; el primero brinda un panorama del Informe anual del MNP 2017 en el cual se sintetizan las principales novedades en todas las áreas de intervención. Los cuatro siguientes, analizan en forma específica las acciones referidas al monitoreo del sistema de protección de niñas,

---

<sup>5</sup> De acuerdo a lo establecido por el artículo 68 de la Ley 18.446, en el mes de abril del año 2018, la INDDHH presentó su Informe Anual 2017 ante la Asamblea General del Poder Legislativo.

El capítulo IV del VI Informe Anual da cuenta de lo actuado durante el año 2017 en el cumplimiento de la función de MNP, conferida por el mandato legal. El presente Informe profundiza y amplía el análisis de algunos de los aspectos allí consignados.

niños y adolescentes, sistema de responsabilidad penal adolescente, sistema carcelario de adultos y unidades policiales y finalmente, al monitoreo de instituciones psiquiátricas.

El último librito compendia el marco normativo de referencia en privación de libertad.

Con esta estructura, a manera de un “Modelo para armar”, se procura dar cuenta de los distintos y disímiles ámbitos en los cuales el MNP está convocado a intervenir, así como de facilitar la selección y tránsito por aquellos contenidos en los cuales cada actor involucrado focaliza su interés.

Las instituciones psiquiátricas son lugares de “privación de libertad no convencionales” que, en virtud del OPCAT, forman parte del mandato de los MNP, llamados a desempeñar un importante papel en la protección de los derechos de las personas privadas de libertad en este tipo de instituciones.

El librito presentado en esta oportunidad aborda en forma específica el trabajo del MNP relativo a instituciones psiquiátricas, el cual se inicia con algunas reflexiones sobre la Ley de Salud Mental, identificándose obstáculos y riesgos del proceso de transición entre la situación actual y la prevista por el modelo de salud mental que la ley procura plasmar. A continuación, se introduce la metodología para el monitoreo de las instituciones psiquiátricas, que implementa el MNP. Este desarrollo es un componente clave en la transparencia del proceso de monitoreo a este tipo de instituciones. Asimismo, es una herramienta de suma importancia para consolidar el trabajo conjunto con las autoridades públicas, a fin de superar las barreras existentes para garantizar el derecho a la salud mental, acorde a los estándares internacionales en materia de derechos humanos. Seguidamente se presenta el listado de visitas realizadas por el MNP durante 2017 a instituciones psiquiátricas, los hallazgos encontrados y principales conclusiones de las visitas realizadas al Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS) y al Hospital Vilardebó. El informe presenta las recomendaciones realizadas a los servicios para la superación de las deficiencias y el seguimiento de las constataciones realizadas posteriormente.

La cita extraída del documento de promoción del Caucus Internacional de la Discapacidad, quizás pueda dar cuenta, en alguna medida, de la estigmatización y discriminación que en general acompaña a las personas expuestas al encierro institucional por situaciones de discapacidad mental:

“Imagínate que alguien estuviera tomando decisiones por ti. Podrían decidir alejarte, encerrarte, no escucharte, administrarte medicamentos, impedirte que hagas tu trabajo y que vivas tu vida haciendo uso de tu cuerpo y de tu mente tal y

como son. ¿TE GUSTARÍA QUE ESTO TE SUCEDIERA? ¿No tendrías la impresión de haber perdido tu dignidad y querrías recuperarla?”<sup>6</sup>

La lógica manicomial no se relaciona solamente con el confinamiento de personas en manicomios, sino con los efectos desubjetivantes que este tipo de institucionalización conlleva.

La manicomialización homogeneiza a los sujetos y enmudece o descalifica las voces individuales, que debido al estigma que portan o al carácter severo de su discapacidad, no cuentan siquiera con los apoyos necesarios para intentar ser oídos.

Los y las integrantes del MNP, han recorrido Pabellones construidos y anclados en un criterio asilar, y escuchado muchas de esas voces enmudecidas bajo un mito moral; el miedo del conjunto social frente a un mal bastante misterioso: “la locura”.

El presente informe apunta a ser un insumo que permita avanzar en forma sostenida en el cierre de las estructuras asilares y monovalentes, pero, por sobre todo, que aporte a efectivizar ese compromiso impostergable con el respeto de la dignidad inherente a todo ser humano, para la superación del dolor y el estigma que durante demasiado tiempo han debido soportar muchos habitantes de nuestro país.

---

6 Cita extraída del documento de promoción del Caucus Internacional de la Discapacidad durante el Comité Especial encargado de preparar una convención internacional amplia e integrada para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, “Nada sobre nosotros sin nosotros”, 31 de enero de 2006. Citada en el documento del Comisionado de los DDHH: ¿QUIÉN DEBE DECIDIR? Derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial”. Estrasburgo, 20 de febrero de 2012 Comm DH/Issue Paper (2012). Original Inglés.



## Ley de Salud Mental

*La Ley de Salud Mental 19.529 del 24 de agosto de 2017<sup>7</sup> tiene por objeto “garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud” (artículo 1).*

El MNP ha procurado realizar aportes que vayan en el sentido de integrar a nuestra legislación, políticas y prácticas institucionales el modelo de dignidad humana y capacidad, introducido por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD),<sup>8</sup> y otros tratados y estándares internacionales sobre salud mental y derechos humanos.

La vigencia en el ordenamiento jurídico uruguayo de la Ley 9.581 (Ley del Psicópata), fue observada por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,<sup>9</sup> en la medida que dicha ley “(...) estipula la privación de la libertad de personas con discapacidad con base en la presencia real o percibida de una discapacidad psicosocial”.<sup>10</sup>

### Facultades del MNP

“Hacer propuestas y observaciones acerca de la legislación vigente o de los proyectos de ley en la material.”

OPCAT. Artículo 19

La dignidad humana y los principios de derechos humanos constituyen el marco de referencia primordial de todas las medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de cualquier otra índole y en todos los ámbitos de aplicación que guarden relación con la salud mental.

Ley 19.529. Artículo 3 principios rectores. Literal b)

7 Ley 19.529, por la que se reglamenta el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, promulgada el 24/08/2017.

8 Aprobada por la ONU el 13 de diciembre de 2006 y que fuera ratificada por Uruguay el día 8 de noviembre de 2008 mediante la Ley 18.418.

9 En oportunidad de ser examinado el Estado Uruguayo en agosto del año 2016 en su cometido de realizar un seguimiento a los Estados partes sobre el cumplimiento de las obligaciones emanadas de la CDPD, aprobada por la ONU el 13 de diciembre de 2006 y que fuera ratificada por nuestro país el día 8 de noviembre de 2008 mediante la Ley 18.418.

10 Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre el informe inicial del Uruguay. CRPD/C/CHL/CO/R.1

El MNP valora la derogación de la Ley 9.581 que perpetuaba la estigmatización, la discriminación, la lógica asilar y la violación de los derechos humanos de las personas con discapacidades, destacándose la forma en que operaba la internación no voluntaria y la no observancia de las garantías del debido proceso, principio contenido en el artículo 12 de la Constitución de la República.

Considera también que la reglamentación debe ser clave para asegurar la efectiva consolidación del nuevo paradigma en salud mental, que en opinión del MNP, la Ley 19.529 no habría logrado plasmar cabalmente.

El MNP celebra particularmente, el cierre de las estructuras asilares previsto en el artículo 37 de la ley, con la consecuente desinstitucionalización progresiva de la población residente, y la prohibición de creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados a partir de su entrada en vigencia.

Se evalúa de manera positiva la sustitución de las instituciones asilares y monovalentes por estructuras alternativas, con la prohibición expresa de reproducir “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.”<sup>11</sup>

No obstante, preocupa que el proyectado cierre conlleve una reducción de los recursos materiales y humanos asignados a las instituciones psiquiátricas, reduciéndolos en lugar de incrementarlos.

El MNP considera que estos recursos deberían fortalecerse en el proceso de desmanicomialización, realizándose los máximos esfuerzos para proporcionar a las más de 1000 personas que han atravesado internaciones por demás prolongadas las más dignas condiciones de vida y los abordajes individualizados oportunos que permitan reducir el impacto de la institucionalización y garanticen adecuados procesos de externación asistida.

En este sentido, la Ley 19.529 debe ser un instrumento que, junto con su reglamentación, establezca claramente los pasos y acciones a seguir para alcanzar una auténtica política de desmanicomialización

Asimismo resulta necesario advertir que se requiere de un esfuerzo sostenido y continuado por parte del Estado —en su función de garante de la salud pública— y de todos los actores involucrados (organizaciones, familiares, trabajadores y profesionales), para modificar un imaginario que por prejuicio, indiferencia e ideales masificantes, resulta funcional al establecimiento y permanencia de instituciones

---

11 Ley 19.529 Artículo 37. (Desinstitucionalización). Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas.

totales,<sup>12</sup> y oficia como obstáculo en el tránsito de lo sanitario a lo social, establecido en el Artículo 22 de la Ley 19.529.<sup>13</sup>

En distintas oportunidades en las cuales la INDDHH estudió el Proyecto de Ley de Salud Mental presentado por el Poder Ejecutivo al Parlamento, se señaló que la legislación debía prever el funcionamiento de órgano(s) de revisión y supervisión de carácter independiente, autónomo e imparcial:

“El Órgano de Revisión debe ser autónomo, no sometido a jerarquía, por lo que no puede recibir instrucciones ni órdenes de ninguna autoridad, y estar facultado para dictar sus normas de funcionamiento interno. A efectos de asegurar esa independencia dicho Órgano debe actuar fuera de la órbita de la autoridad de aplicación y/o del Poder Ejecutivo”.<sup>14</sup>

Finalmente, la Ley 19.529 creó como “órgano de contralor”, la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, “organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública” (Capítulo VI. Art. 39).

El MNP advierte acerca de la urgencia en la implementación y puesta en funcionamiento de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, prevista en el Cap. VI de la ley.

Dada la dependencia del órgano de contralor de la autoridad de aplicación, el MNP plantea la importancia de que se otorguen a este mecanismo las más óptimas condiciones para su eficaz funcionamiento y las mayores garantías de independencia de criterio y autonomía técnica.

12 Cf. con: <https://www.topia.com.ar/articulos/desmanicomializar-pasado-y-presente-de-los-manicomios>.

13 Ley 19.529 Artículo 22. (Dispositivos residenciales con apoyo) - Se establecerán programas de dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, adecuando el tipo de dispositivo a la adquisición progresiva de niveles de autonomía de la persona, asegurando el tránsito de lo sanitario a lo social.

14 Informe de la INDDHH sobre el “Proyecto de Ley por el que se reglamenta el derecho a la protección de la salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud”, presentado por el Poder Ejecutivo al Parlamento el 14 de diciembre de 2015.

<http://inddhh.gub.uy/wp-content/contenido/2017/01/informe-sobre-proyecto-de-ley-salud-mental.pdf>

La Ley 19.529 encomienda a la INDDHH cometidos de promoción, protección y defensa de los derechos de las personas reconocidos en la ley.<sup>15</sup>

Entre ellos establece la obligación del Director Técnico del prestador de salud a cargo de notificar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos:

- Las hospitalizaciones voluntarias e involuntarias que se prolonguen por más de 45 días corridos, dentro de las 72 horas de vencido dicho plazo. (Art. 29).
- Toda hospitalización involuntaria dentro de las 24 horas de producida y con la constancia de la declaración firmada por familiar y, si se da la hipótesis de riesgo inminente de vida para él o terceros, con el dictamen profesional del servicio de salud firmado por dos profesionales médicos (Art. 32).
- Toda hospitalización por orden judicial (Art. 35).

En el marco de estos cometidos asignados por la Ley de Salud Mental a la INDDHH, el MNP se encuentra analizando el alcance que tiene la referida carga legal en el marco de sus competencias, a efectos de que su intervención coadyuve a trascender aquello que Edelmira Domenech historizaba tan claramente:

“Para enviar un ‘demente’ a un lugar de reclusión, era preciso cumplir un cierto formalismo. De hecho, y con el nombre que se le quiera dar —hospital, sanatorio, casa de locos, etc.— se enviaba al ‘demente’ a un lugar que podía ser peor que la cárcel. El ‘enfermo mental’ ni tan solo tenía previsto un plazo de salida ni quien le defendiera. Estaba pues tan indefenso como un preso. Por esta razón, hubo un momento en que lo más importante, dado que no se sabía cómo curar al enfermo, era cumplir con la documentación que justificaba el encierro.”<sup>16</sup> (Domènech E., 1991).

---

15 Ley 19.529 Artículo 40-L) (Cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental). En coordinación con la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, difundir en la comunidad, con la mayor amplitud posible, información sobre las normas aplicables a la atención en salud mental, particularmente las que refieren a los derechos humanos de las personas con trastorno mental, así como sobre los dispositivos para la protección de los mismos a nivel nacional e internacional. Artículo 46. (Protección especial). Encomiéndose especialmente a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, creada por la Ley N° 18.446, de 24 de diciembre de 2008, defender y promover los derechos de las personas reconocidos en la presente ley.

16 Domènech E. *Introducción a la historia de la psicopatología*. Barcelona: Seminari Pere Mata de la Universidad de Barcelona; 1991.



## Requerimientos de armonización normativa a partir de la aprobación de la Ley 19.529

*Entre los desafíos y problemas que introduce la promulgación de la Ley 19.529, el MNP ha identificado la necesidad de armonizar todo el sistema normativo vinculado a la salud mental, a efectos de asegurar el principio universal de seguridad jurídica y evitar la dispersión de normas y la discrecionalidad y decisionismo excesivo. En consecuencia, es importante visualizar la incidencia de la nueva ley en la totalidad del orden jurídico nacional vigente, y específicamente sobre determinados institutos jurídicos y las normas que lo regulan.*

El MNP elaboró un documento que apunta a contribuir a la reflexión referida al tipo de modificaciones que deberían operarse en diferentes leyes y cuerpos normativos, a fin de armonizar los cambios introducidos por el entonces Proyecto de Ley de Salud Mental, con los diferentes institutos y procesos judiciales para, en consecuencia, brindar la debida protección o tutela judicial a las personas afectadas.

A la luz de la promulgación de la Ley 19.529, se presenta a continuación un resumen del documento inicial,<sup>17</sup> el cual a su vez se enmarca en las conceptualizaciones surgidas a partir del proceso realizado desde finales del año 2014 en el Grupo de Trabajo Salud Mental y Derechos Humanos, convocado por la INDDHH.<sup>18</sup>

Igual reconocimiento como persona ante la ley: 1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica. 2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás en todos los aspectos de la vida. 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.

CDPD. Artículo 12

<sup>17</sup> *Algunas reflexiones sobre el proyecto de ley de salud mental aprobado por el Senado de la República, y su incidencia en la normativa vigente.* Elaborado por el Dr. Álvaro Colistro y la Psic. Ariadna Cheroni, integrantes del MNP.

<sup>18</sup> De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 66 de la Ley 18.446 de la INDDHH, el día 13 de noviembre de 2014, se instaló el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental y Derechos Humanos en la INDDHH. Dicho Grupo estuvo integrado por diversos actores institucionales y sociales involucrados en la temática. En el mes de setiembre de 2015, se conformaron seis Subgrupos para el abordaje de distintos ejes temáticos. Algunas de las reflexiones de este trabajo provienen del documento elaborado por el Subgrupo Temático "Representación legal y jurídica: inimputabilidad, declaración de incapacidad, curadurías, administración de bienes, asistencia jurídica. Pericias judiciales". El Subgrupo que abordó esta temática (espacio del cual participaron representantes del Colegio de Abogados del Uruguay, Asamblea Instituyente por Salud Mental Vida

El artículo 12 de la CDPD, sobre el igual reconocimiento de la persona ante la ley, considerado el núcleo de la Convención, resulta fundamental para la comprensión del principio de igualdad, implicando un salto paradigmático al descen-

4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial.

Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas. 5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

CDPD. Artículo 12

trarse de las deficiencias personales, para concentrarse en aquellas medidas de apoyo que permitan a las personas tomar sus propias decisiones y desarrollar sus capacidades a tales efectos.

“Esto significa abandonar el planteamiento de la caridad y adoptar un enfoque basado en los derechos, y pasar del paternalismo a la atribución de competencias. También deberíamos considerarlo como la transición de la privación de la capacidad jurídica a la atribución del derecho a recibir apoyo para ejercer dicha capacidad jurídica.”<sup>19</sup>

La CDPD produce así una ruptura en el tratamiento discriminatorio, partiendo del reconocimiento de la capacidad de las personas en la toma de decisiones, por lo cual uno de los desafíos que introduce la Ley de Salud

---

Digna y Desmanicomialización, Secretaría de Derechos Humanos de Presidencia de la República e integrantes del MNP de la INDDHH), analizó los artículos vinculados a los temas previstos, en la Constitución de la República, Código Civil, Código General del Proceso, Código Penal, Ley Orgánica de los Tribunales, Ley Orgánica del Ministerio Público y Fiscal y CDPD, produciendo un detallado documento que expone reflexiones y propuestas, a considerar en futuros análisis referidos a la Ley de Salud Mental. Entre sus integrantes se encontraba la Dra. Sonia Domine, Defensora de Ejecución Penal y representante del Colegio de Abogados en el Grupo de Trabajo, que lamentablemente falleciera el 12 de abril de 2016, pero que dejara en nosotros el imperativo de continuar los esfuerzos para efectivizar el derecho a la salud mental de todas las personas.

19 Documento del Comisionado de los DDHH: ¿QUIÉN DEBE DECIDIR? Derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial”. Estrasburgo, 20 de febrero de 2012 CommDH/Issue Paper (2012). Original Inglés.

Mental es el de aportar elementos para la mejor interpretación de la voluntad de la persona, **incluida su hospitalización** (Toma de decisiones con apoyo, salvaguardia de las decisiones: obligación de informar al Juzgado, decisiones anticipadas expresas, conversaciones frente a terceros, Protocolos de aplicación para garantizar el ejercicio de la capacidad jurídica).

Esto implica que las personas afectadas deberán tener acceso a una persona o grupo de personas de confianza que puedan transmitirles con claridad los asuntos relacionados a sus derechos, su tratamiento y otros temas relevantes, y que les ayuden a interpretar y comunicar sus elecciones y preferencias.<sup>20</sup>

Uno de los retos que enfrenta entonces 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.

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

Como plantean Michael Bach y Lana Kerzner, la legislación sobre la capacidad jurídica debe realizar un movimiento radical que consistiría en pasar de la pregunta acerca de si una persona tiene la capacidad mental para ejercer su capacidad jurídica, a considerar aquellos apoyos necesarios para que la persona pueda ejercerla.<sup>21</sup>

En una interpretación que contemple la protección integral de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, resulta fundamental la revisión del orden jurídico actual, a efectos de que las garantías legales estén contenidas en las normas civiles, procesales y penales a fin de lograr una mayor y mejor tutela jurídica por medio del control jurisdiccional. En virtud de ello, debe prestarse especial atención a que dichas normas armonicen con la nueva concepción que la Ley 19.529 pretende desarrollar y que respete los derechos fundamentales consagrados en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y en la Constitución de la República.

En consecuencia, es de suma importancia el mantener la congruencia y coherencia en el conjunto del sistema (y en las diferentes normas que integran el orden jurídico positivo uruguayo), a efectos de no establecer modificaciones legales que distorsionen la finalidad perseguida o que resulten contradictorias entre sí. En

20 Entre quienes brindan apoyo se pueden incluir defensores, servicios comunitarios, asistentes personales y pares.

21 En el año 2010, Bach y Kerzner, encomendados por la organización Law Commission de Ontario (LCO), estudiaron los conceptos de capacidad legal y discapacidad a la luz de la CDPD. Ver en: Bach, M. y Kerzner, L. A New Paradigm for Protecting Autonomy and the Right to Legal Capacity. Advancing Substantive Equality for Persons with Disabilities through Law, Policy and Practice. LCO. Ontario, octubre 2010.

este sentido no debería incurrirse en imprevisiones que signifiquen, de una u otra forma, dificultades en el momento de la aplicación del derecho.<sup>22</sup>

## ASPECTOS JURÍDICOS EN MATERIA CIVIL REFERIDOS A LA CAPACIDAD LEGAL

Una persona con padecimientos mentales puede llegar a una situación que le impida asumir la toma de decisiones relevantes en su vida y que requieren de institutos y procesos judiciales a fin de ejercer sus derechos en forma adecuada.

Toda persona tiene capacidad de goce de sus derechos, pero no todas las personas tienen la plena capacidad de ejercicio. En nuestro orden jurídico vigente la capacidad de ejercicio requiere que la persona tenga discernimiento. El discernimiento es un concepto médico y la capacidad es un concepto jurídico. En nuestro derecho la “falta de discernimiento”, constatada judicialmente, tiene efectos jurídicos que afectan la capacidad de ejercicio.

En este sentido, debe tenerse presente lo manifestado en la CDPD: “Reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.”<sup>23</sup>

Siguiendo la línea de la Convención y en concordancia con la misma, en nuestro orden jurídico la capacidad debe ser la regla a fin de determinar una eventual declaración de incapacidad.

El artículo 3 Letra i de la Ley 19.529 establece la presunción de capacidad y de ausencia de riesgos para la persona y terceros. La aplicación práctica de dicha presunción requiere que los operadores del sistema que intervienen en los diferentes procesos (judiciales, técnicos y profesionales) reconozcan las capacidades desarrolladas por la persona que se encuentre afrontando un proceso de incapacidad. La declaración de incapacidad debería recaer exclusivamente sobre aquellas capacidades que se vean comprometidas y no, necesariamente, en la totalidad de las mismas y así debe expresamente consignarse en el Código Civil.

Una persona puede tener en forma relativa la capacidad de ejercicio de los derechos y requerir de la asistencia de otra persona.

En Uruguay existe un régimen de incapacidad absoluta lo que significa que las personas comprendidas en esta categoría no pueden actuar por sí mismas si no es a través de un representante legal. El artículo 1279 del Código Civil establece que

---

22 En opinión del MNP es necesario que las diferentes reflexiones que se realizan en este apartado puedan ser abordadas por los diferentes Institutos de la Facultad de Derecho, a fin de brindar la opinión académica sobre todos estos aspectos y las modificaciones legales que se requieran se realicen sobre bases jurídicas sólidas y coherentes que redunden en beneficio de la prestación del derecho fundamental a la salud mental en el Uruguay.

23 Preámbulo de la Convención- letra e.

son absolutamente incapaces, los impúberes (menores de 14 años), los dementes y las personas sordomudas que no pueden darse a entender por escrito ni mediante lengua de señas.

La incapacidad relativa esta prevista en el artículo 1280 del Código Civil que expresa que también son incapaces los menores adultos que se hallan bajo la patria potestad o que no han obtenido la habilitación de edad.

Independientemente de este tipo de incapacidad relativa (aplicable a los que no han alcanzado la mayoría de edad), **el régimen de nuestro Código Civil no previó formas donde la incapacidad pueda corresponder solo para determinados actos.** En otras palabras, se considera como incapaz a la persona mayor de edad que “(...) no puede dirigirse a sí mismo o administrar sus negocios” y las personas sordas que “(...) no puedan darse a entender por escrito ni mediante lengua de señas.” Para que estas personas puedan gozar de sus derechos desde el punto de vista jurídico se debe designar un curador como representante legal para los actos de la vida civil y la administración de sus diversos y diferentes bienes.

El instituto de la curatela se encuentra previsto como forma de proteger personal y patrimonialmente a quien es declarado incapaz en el correspondiente proceso de declaración de incapacidad.

Se puede decir que actualmente, como regla general, son consideradas incapaces por falta de discernimiento aquellas personas que no pueden ser conscientes de los efectos que derivan de sus actos en la vida civil. En caso de ser declarada incapaz, a la persona se le nombrará un curador para que sea su representante legal.

Estas normas establecidas en el Código Civil —que no previeron incapacidades parciales o clases de semicapacidad— podría interpretarse que fueron alteradas por las normas que regulan el Código General del Proceso (CGP, artículos 442 y 447), pues en este cuerpo normativo que regula el procedimiento de declaración de incapacidad, se dispone la posibilidad del Juez de imponer medidas de protección personal de quien es denunciado como incapaz si las considera “convenientes para la mejor condición de este” nombrando, a dichos efectos, a un curador interino a fin de “someterle a un régimen de asistencia y de administración provisoria de sus bienes”. Para ello se establece que el Juez, en forma discrecional, puede mantener este régimen de protección y administración por un plazo fijado por él, que, a su vez, puede ser prorrogado todas las veces que lo estime necesario. Esta situación provisoria y el mantenimiento *sine die* de dicho régimen por parte del juez actuante puede afectar sensiblemente la seguridad jurídica y los derechos y garantías de la persona denunciada como incapaz.

De todas formas, y más allá de esta última observación, estas normas procesales pueden interpretarse como admitiendo que los padecimientos mentales no son todos iguales ni inciden de la misma forma en el discernimiento de las perso-

nas. Estos aspectos dan lugar al concepto de inhabilitación o capacidad atenuada considerando a la persona como capaz, pero que deberá ser asistida por el curador interino en las situaciones determinadas en el fallo judicial. De esta forma el curador interino no representa, sino que asiste. No se sustituye la voluntad de la persona en los negocios jurídicos, sino que la asiste y complementa su voluntad.

Este tipo de previsiones legales parecerían más acordes a las nuevas concepciones y a las modificaciones contenidas en la Ley de Salud Mental.

No obstante, teniendo presente la CDPD,<sup>24</sup> se hace imprescindible una regulación del instituto de la curatela pues en las normas mencionadas no se determina en forma adecuada quienes están comprendidos en esta categoría, no se establece explícitamente si se refiere solo a los efectos patrimoniales o si se prevé también en los actos personales del denunciado. Tampoco se estipula concretamente quienes están legitimados a promover la declaración de incapacidad en las distintas hipótesis.

El artículo 2 de la CDPD que refiere a las definiciones utilizadas en dicho instrumento internacional expresa que se entenderá que hay discriminación por motivos de discapacidad frente a “(...) cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables” y por ajustes razonables “(...) se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.”<sup>25</sup>

Atento a lo expresado consideramos que debería preverse legalmente la posibilidad de declarar la incapacidad de ejercer para determinados actos (incapacidad parcial), resultando conveniente regular el instituto de inhabilitación legal para determinados actos explícitamente considerados y establecer quién o quiénes son los legitimados para presentar ante la justicia a la persona considerada incapaz para los mismos.

---

24 Que como ya expresáramos fue ratificada por el Uruguay, y en consecuencia forma parte de nuestro orden jurídico interno vigente.

25 Por su parte el artículo 4 de la CDPD, establece dentro de las obligaciones de los Estados partes: a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención; b) Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad.



A la luz de lo establecido en la CDPD y de acuerdo a las observaciones y recomendaciones del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, debiera legislarse sobre la posibilidad de una incapacidad parcial que suponga el mantener el ejercicio de los derechos por sí mismos por personas con determinados padecimientos en su salud mental para determinados actos personales de carácter civil con efectos jurídicos (por ejemplo matrimonio, reconocimiento de hijos, etc.), nombrándose para otro tipo de actos a un curador que los asista como ser por ejemplo en casos justificados y fundamentados que se asocien o vinculen con lo patrimonial.

En este sentido debe tenerse presente el Artículo 23 sobre el respeto del hogar y de la familia.<sup>26</sup>

En esta línea el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad observó la existencia “(...) de normas vigentes en el Código Civil que impiden el matrimonio a personas con discapacidad psicosocial e intelectual y niegan el derecho al matrimonio y a formar una familia sobre la base de las preferencias de las personas con discapacidad de contraer matrimonio y a formar una familia. También preocupa al Comité la ausencia de apoyos necesarios para que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos reproductivos en igualdad de condiciones con las demás.”<sup>27</sup>

Conforme a esta observación el Comité recomienda al Estado parte que derogue las disposiciones que limitan el matrimonio a personas con discapacidad psicosocial e intelectual y que adopte las medidas de apoyo necesarias para la protección integral de sus derechos.

Para la existencia real de los apoyos necesarios en algunos casos, por ejemplo, de incapacidad parcial se podría designar un acompañante de apoyo —como ser un asistente terapéutico— para la vida cotidiana de la persona que fue declarada incapaz. Esta hipótesis podría considerarse en coordinación con el Sistema Nacional de Cuidados.

El marco normativo vigente debería garantizar la protección de todos los aspectos de la vida civil de las personas declaradas incapaces, confiriéndole la importancia debida conforme a la no restricción de derechos y a la protección integral que establece la CDPD.

Es de señalar la preocupación que se observa por parte del Comité en la no existencia en el Uruguay de un adecuado entendimiento de los conceptos cubier-

26 CDPD. Art. 23: Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que: Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges.

27 Observaciones finales sobre el informe inicial del Uruguay. CRPD/C/CHL/CO/R.1

tos por los artículos 1 y 2, ni de los principios de la Convención y que existan criterios no estandarizados ni armonía con estos para certificar la discapacidad. Esta observación del Comité es aplicable a los procesos de incapacidad civil en la normativa vigente.

Conforme a lo expresado en las Observaciones finales el Comité recomienda que el Estado uruguayo “(...) adopte medidas para revisar la definición legal de discapacidad con el objetivo de armonizarla con los principios y artículos de la Convención y, subsecuentemente, para establecer un sistema de certificación única de la discapacidad que refleje un modelo basado en los derechos humanos de las personas con discapacidad.”

## EL INSTITUTO DE LA CURATELA

El instituto de la curatela provee, en la actualidad, la representación jurídica y legal a las personas mayores de edad declaradas incapaces en razón de padecimientos graves en su salud mental que impiden puedan ejercer por sí solas sus derechos.

Debe nombrarse un curador a fin de representarlas, y las normas contenidas en el Código Civil establecen quienes pueden ser curadores, su designación, incompatibilidades, régimen, efectos, rendiciones de cuenta y cese.

En este sentido ya hemos analizado aquellos aspectos referidos a la incapacidad que se puede dar para ciertos actos y a la asistencia en lugar de la representación legal a fin de que las normas armonicen con el nuevo paradigma y concepción de la salud mental.

El Código Civil en su artículo 432 establece que “están sujetos a curaduría general los incapaces mayores de edad. Hállanse en este caso los dementes, aunque tengan intervalos lúcidos.”

A la luz de las nuevas concepciones en materia de salud mental y a fin de que nuestro orden jurídico no colida con la Convención y la Ley 19.529, sería del caso considerar y reflexionar sobre el instituto de la curatela acerca de aspectos tales como la competencia, curadores y posibilidad de la autodesignación.

Competencia. Si bien el artículo 434 establece como juez competente el del domicilio de la persona que se denuncia como incapaz, convendría hacer la precisión, de forma expresa, que para los actos posteriores al inicio de dicho proceso, debe entender siempre, en todo caso, el juez del domicilio actual de la persona y dejar de lado la regla de que el juez que previno sigue con dicho proceso.<sup>28</sup> En consecuencia, en caso que la persona a quien se le tramita un proceso de incapacidad cambie de domicilio, el juez del lugar del domicilio inicial de la persona —que

28 Ley 15.750 sobre Organización de los Tribunales.



previno y comenzó el proceso— debe remitir el expediente al juez del domicilio actual para proseguir con las actuaciones.

Curadores legítimos. El artículo 441 establece; “El marido es el curador legítimo de su mujer declarada incapaz y esta lo es de su marido”. Se considera que la redacción debería referirse a que “los” cónyuges y concubinos/as son curadores legítimos entre sí. La modificación propuesta contemplaría la nueva regulación legal del concubinato y la finalidad perseguida respecto a cuáles son las personas más adecuadas y apropiadas para ser designadas curadores. Asimismo, debe incorporarse al concubino/a como administrador extraordinario de la sociedad de bienes constituida.

Autodesignación. Se considera pertinente y conveniente la posibilidad de que una persona, en un momento anterior a un eventual padecimiento de salud mental que pudiera derivar en una declaración de incapacidad, designe a su curador/a como también dejar establecido sustitutos en caso de no poder o no querer el que fuera señalado. Dicha autodesignación se podría realizar por intermedio de escritura pública (que brinde seguridad jurídica) y registración (registro de actos personales que brinde publicidad para terceros). Esta modificación constituiría un avance por cuanto contemplaría la confianza de quien pudiera ser declarado con posterioridad en estado de incapacidad con la persona llamada a representarlo y, por ende, sería más respetuoso de sus derechos. En dicho caso se establecería que el Juez antes de la designación del curador debe solicitar información al registro de actos personales a fin de constatar si existe autodesignación de curador por la persona.

Remisión a las normas del instituto de la tutela. Debe reverse la remisión general de la Curatela a la Tutela (instituto de representación legal para los menores de edad que no tienen padres) establecida en el artículo 431 del Código Civil a los efectos de no asimilar normas referidas a sujetos de derecho que por razones de edad no tienen capacidad de ejercicio de sus derechos, con las personas mayores de edad donde la regla es la capacidad plena de ejercicio de sus derechos y la excepción la restricción de esa capacidad de ejercicio (que puede ser temporal y transitoria).

Curador de las personas internadas en Hospital Psiquiátrico. El Director/a del Establecimiento puede ser designado como el curador de una persona declarada incapaz y que se encuentra internada en dicho lugar. Se puede prever expresamente la posibilidad de los Directores de iniciar el correspondiente proceso de incapacidad.

Debe tenerse presente que el declarado en juicio penal como inimputable puede no ser incapaz en el ámbito civil. Es conveniente mayor precisión normativa para asegurar la diferenciación en uno u otro caso, atento a las prácticas institucionales observadas y verificadas.

Revisión de toda la terminología. Se considera imprescindible modificar la terminología empleada en las normas jurídicas a fin que se compadezca con las nuevas concepciones del derecho fundamental a la salud mental. El Código Civil utiliza una terminología muy variada en los diferentes artículos recurriéndose a palabras tales como “interdictos, dementes, enfermedad permanente e irreversible, los que están fuera de la razón”, que resultan inapropiadas y contradictorias con las concepciones que se recogen en la Ley de Salud Mental.

En conclusión, el Estado uruguayo debería tener en cuenta las Observaciones finales realizadas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que expresan la preocupación por el “(...) mantenimiento de normas en la legislación, las políticas y los programas públicos, disposiciones sobre los derechos de las personas con discapacidad y terminología peyorativa que no están armonizadas con el modelo de discapacidad basado en los derechos humanos establecido en la Convención”.

En virtud a esta observación el Comité recomienda al Estado uruguayo “(...) que adopte un plan para la revisión, derogación, reforma y/o adopción de legislación y políticas, incluyendo la Constitución Política del Estado parte, con el objeto de reconocer a las personas con discapacidad como sujetos plenos de derechos humanos en armonía con la Convención”.

## PROCESO DE DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD

Se encuentra previsto y regulado en los artículos 439 y siguientes del CGP. Dicho proceso debe contener las garantías procesales necesarias para que una persona sea declarada incapaz para los actos de la vida civil. En líneas generales el proceso contiene muchas de estas garantías. No obstante ello se puede sugerir algunas modificaciones a fin de otorgar mayores garantías:

- a) En cuanto a los informes médicos. El artículo 441 del CGP establece en forma taxativa lo que deben contener los informes médicos.<sup>29</sup> Habría que considerar el agregado de una valoración sobre determinados actos específicos para los cuales podría estar incapacitada la persona cuando así lo ordene el juez.
- b) Derogación del artículo 447.2. Se fundamenta en que la disposición afecta gravemente derechos dejando una gran discrecionalidad al Juez, que puede significar una verdadera arbitrariedad en virtud al no establecimiento de un plazo determinado para expedirse sobre la declaración de incapacidad solicitada. Debería considerarse derogar parcialmente esta norma a efectos de

---

<sup>29</sup> En este sentido resulta conveniente aclarar que en aras de trascender el modelo sanitarista dicha evaluación debería ser realizada por un equipo de salud mental.

eliminar la posibilidad de “mantener por un plazo que determinará (el juez) y que podrá ser prorrogado todas las veces que sea necesario, el régimen de protección y administración anteriormente establecido”.

Se considera que el plazo para expedirse sobre la incapacidad no debería ser mayor al año y que el plazo para el mantenimiento de la declaración de incapacidad solo podría ser prorrogado por razones debidamente fundadas y justificadas.

- c) Evaluación. Se considera de importancia una evaluación personal anual realizada por el Juez de la causa, asistido de expertos/as, a efectos de constatar la evolución de la persona declarada incapaz de acuerdo a lo establecido en el artículo 3 letra h de la Ley 19.529, que establece la presunción a que el estado de la persona con padecimientos mentales es modificable.
- d) Rendición de cuentas. Es inconveniente la remisión genérica que la normativa vigente realiza del instituto de la curatela al de la tutela por las especiales y específicas características de las personas a las que se pretende brindar protección. En particular se considera del caso revisar las normas previstas referidas a la rendición de cuentas que debe realizar el curador designado (trienal) a fin de extremar los controles en protección de los bienes o patrimonio de la persona declarada incapaz. (Artículos 415 y 416 del Código Civil).

## AFECTACIÓN AL DERECHO FUNDAMENTAL DE LIBERTAD

Nuestra legislación vigente colide con las normas de la Convención, pues no brinda las garantías necesarias a las personas con padecimientos en su salud mental que, por un lado, son sometidas a juicio penal (por la comisión de un acto descrito por la ley penal como delito) y, por otro, sobre aquellas otras personas a quienes se le afecta en su libertad ambulatoria (no por la comisión de un delito), cuando se dispone la internación no voluntaria.

## INIMPUTABILIDAD PENAL

La causal de inimputabilidad descrita en el artículo 30 del Código Penal debe ser estudiada en profundidad para ser modificada.

Se considera necesario modificar el artículo 30 del Código Penal a fin de incorporar como causa de inimputabilidad penal los actos ilícitos cometidos por aquellas personas inhabilitadas socialmente o con trastornos de la personalidad.

Si bien en toda la legislación nacional la terminología empleada tiene un carácter peyorativo en lo que refiere a estos aspectos penales son muy significativas por

el alto contenido estigmatizante.

Como primer ítem de causa de inimputabilidad en nuestra opinión debiera modificarse el término “locura” por “padecimiento psíquico o mental” que impidió la conciencia y voluntad de sus actos en el caso concreto. En el desarrollo de la norma se debería sustituir “enfermedad física o psíquica” por “trastornos o padecimientos físicos o psíquicos (o mentales)”. Debe eliminarse la expresión “perturbación moral”.

Conforme a las nuevas concepciones, a los tratados internacionales ratificados por Uruguay y a la Ley 19.529, los padecimientos mentales deben analizarse y evaluarse en el momento de la comisión de un acto ilícito para ser tenidos en cuenta, no solo como causa de inimputabilidad, sino para que la respuesta estatal sea adecuada al problema de salud mental que se padece.

La inimputabilidad que se declara debe tener las garantías específicas en la realización de las pericias correspondientes (que auxilian al juez). En este sentido el Juez debe precisar concretamente lo solicitado al perito a fin de determinar si la persona pudo ser capaz (en el momento de la comisión del acto calificado como delito) de apreciar el carácter ilícito de su accionar. Esta pericia, realizada de esta forma, es la que verdaderamente auxilia al Juez cuando analiza el elemento culpabilidad de la persona. El elemento culpabilidad debe analizarse en el caso concreto y no en abstracto.

Por ende, no necesariamente debe disponerse la internación no voluntaria en el proceso penal por la comisión de un hecho ilícito. De entenderse necesaria dicha internación, debe disponerse solo cuando sea evidente que se realiza a fin de salvaguardar los derechos de la persona (a su integridad física o psíquica) o de terceros en forma fundada y motivada.

En un proceso penal donde se declara inimputable a una persona por el acto o actos cometidos de carácter ilícito y donde se disponen medidas de seguridad curativas (en forma fundada y motivada), conforme a lo dispuesto en el artículo 92 del Código Penal, se debería eliminar la posibilidad de que tales medidas tengan una duración indeterminada, como se establece en el artículo 94 del Código Penal.

Resultaría conveniente establecer que la sentencia —independientemente de lo dispuesto en los artículos 96 y 97— deba estipular un plazo máximo a fin de que exista proporcionalidad con la gravedad del delito. No obstante, si desde el punto de vista del equipo de salud se considera que se requiere prolongar la internación no voluntaria podría establecerse que lo sea en un proceso no penal y conforme a las previsiones y requisitos establecidos para la internación no voluntaria.

Se considera fundamental armonizar las normas sustanciales penales con las procesales penales y con el conjunto de normas relativas al tema.

## INTERNACIÓN NO VOLUNTARIA

La internación debe ser dispuesta por un juez con todas las garantías. Se considera que en los casos de urgencia donde se internara por indicación médica, transcurridas las 24 o 48 horas debe intervenir un juez en un proceso con todas las garantías necesarias para las personas afectadas en su derecho a la libertad. En este sentido se le debe nombrar Defensor y dar la posibilidad de controversia a la decisión médica, como así también se realice el control en el mantenimiento de la internación dispuesta.

Las garantías necesarias para efectivizar los derechos de las personas con padecimientos de salud mental requieren de reforzar los instrumentos jurídicos de tutela judicial, independientemente de los controles externos cuasi jurisdiccionales que constituyen garantías especiales de protección, como ser el control que pueda efectuar la INDDHH y específicamente el MNP.

## PERICIAS

Otra cuestión que debería ser analizada y reconsiderada son los estatutos y normas específicas referidas a los peritos a fin que sus informes se correspondan con concepciones que armonicen con el respeto a los derechos humanos y, asimismo, se reglamente en forma adecuada su accionar atento a la importancia de su labor para la determinación por parte del Juez sobre la existencia o no de una causa de inimputabilidad.

En esta línea en el ámbito del Poder Judicial deberían revisarse las diferentes Acordadas de la Suprema Corte de Justicia que establecen los lineamientos a seguir en los procedimientos penales a fin de contar con las pericias necesarias para declarar la inimputabilidad o no, o cuando se dispone una internación no voluntaria por parte del Juez.<sup>30</sup>

Se deberían estudiar y analizar conforme a la nueva normativa, las pericias específicas que auxilien en forma adecuada al juez, y que este las interprete en clave de derechos humanos, a los efectos de considerar la conveniencia o pertinencia que se dispongan egresos de internación no voluntaria con la sola indicación médica por parte de la institución hospitalaria o sanitaria (Institución de internación). Por el contrario, para disponer la internación no voluntaria, ya sea a

<sup>30</sup> Acordada 7281 de fecha 25 de Julio de 1996 comunicada por Circular 53/96, Circular 41 de fecha 29 de junio de 1998, Acordada 7524 de fecha 12 de agosto de 2004 comunicada por Circular 66/2004.

consecuencia de la comisión de un hecho delictivo, o por la necesidad para la persona por razones médicas o de seguridad para su integridad física o mental, debe necesariamente existir una pericia judicial. (Instituto Técnico Forense).

Las pericias deberían centrarse en determinar desde la singularidad, cuáles serían los apoyos necesarios que tendrían que proveerse, y quiénes deberían ser los prestadores de dichos apoyos.

Independientemente de las normas de derecho positivo (leyes y normas administrativas) y de la tutela judicial correspondiente, se debe poner énfasis en el actuar de los diferentes actores y operadores en el sistema de justicia, a fin de brindar la totalidad de garantías a las personas que transitan por padecimientos de salud mental. A dichos efectos debería existir una revisión de los estatutos correspondientes a cada uno de ellos.

# Metodología para el monitoreo de las instituciones psiquiátricas

*El monitoreo de las instituciones psiquiátricas<sup>31</sup> en su condición de “lugares de privación de libertad no convencionales” supone múltiples desafíos metodológicos que van desde la definición de criterios para la identificación de situaciones de riesgo y vulneración de derechos; pautas para la realización de entrevistas a las personas internadas; recomendaciones, relacionamiento y devolución de hallazgos al personal y la institución.*

“La existencia de una discapacidad nunca justificará una privación de libertad.”

Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Artículo 14

La CDPD<sup>32</sup> establece en su artículo 15 el deber del Estado de tomar “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.”<sup>33</sup>

La normativa nacional, así como las prácticas institucionales y profesionales deben garantizar una atención a las personas con padecimientos de salud mental respetuosa de la dignidad humana, no discriminatoria y protectora de abusos y malos tratos.

31 El término “institución psiquiátrica” adoptado en el presente informe hace referencia a la definición utilizada en los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, que entiende por “institución psiquiátrica” “... todo establecimiento o dependencia de un establecimiento que tenga como función primaria la atención de la salud mental. Asimismo, la APT engloba en este término: “... instituciones de salud, públicas o privadas, especializadas en tratamientos para personas con discapacidad mental (o psicosocial) tales como los hospitales psiquiátricos, las unidades psiquiátricas en los hospitales y las unidades cerradas de tratamiento para las personas en conflicto con la ley. Otras estructuras, como los establecimientos de protección social en los que miles de personas pueden ser institucionalizadas durante años, aunque oficialmente no son instituciones psiquiátricas a menudo lo son de facto” El monitoreo de las instituciones psiquiátricas. Informe final. Simposio Jean-Jacques Gautier para los MNP 2016, p. 13. Ver en: <http://www.apt.ch/es/resources/monitoreo-de-instituciones-psiquiatricas/>

32 Adoptada en diciembre de 2006, ratificada por 170 Estados, y en vigor desde el año 2008, fue aprobada en nuestro país por Ley 18.418 de 20 de noviembre de 2008. Asimismo, el 10 de febrero de 2010 se aprueba la Ley 18.651, de Protección Integral de Personas con Discapacidad, y el 15 de julio de 2011, la Ley 18.776 de adhesión de la República al Protocolo Facultativo de CDPD.

33 CDPC. Artículo 15. Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes 1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento. 2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Como ha puesto de relieve el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la tortura, 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.<sup>34</sup>

Las acciones de prevención de la tortura que realiza el MNP involucran todo espacio donde exista privación de libertad, ya sea por razones administrativas o terapéuticas, ese es el caso de los centros de salud mental, ya sean hospitales psiquiátricos o centros de rehabilitación para personas con consumos problemáticos de sustancias.

Es entonces tarea del MNP supervisar y visibilizar los aspectos en que las instituciones vulneran los derechos de las personas privadas de libertad por motivos de salud mental en estos centros.

El MNP efectiviza el monitoreo a instituciones psiquiátricas en base a visitas aleatorias en términos de calendario (horarios y días), condiciones climáticas y áreas geográficas, efectuadas sin previo aviso. Estas condiciones son plausibles dadas las capacidades asignadas por el OPCAT (artículo 20) de “acceso a todos los lugares de detención y a sus instalaciones y servicios” y la “posibilidad de entrevistarse con las personas privadas de su libertad” con “libertad para seleccionar los lugares que deseen visitar y las personas a las que deseen entrevistar”.

La no discriminación,<sup>35</sup> elemento central de la CDPD, es uno de los principios rectores de la labor del MNP en el monitoreo de las instituciones psiquiátricas.

La CDPD significa un radical cambio paradigmático que exige el pasaje del “loco”, objeto de compasión y tratamiento y de temor y segregación, a la persona, sujeto pleno de derechos, constituyéndose en la base de los estándares de derechos humanos en la materia.

El objetivo central de la Convención es garantizar el principio de no discriminación, desde una concepción de igualdad, que trasciende la igualdad formal, y se encuentra fuertemente ligada a una visión de la discapacidad que difiere drásticamente de considerarla una característica imputable a las personas, colocando el “problema” en la incapacidad de la sociedad para eliminar los obstáculos que impiden a las personas con discapacidad ejercer plenamente su ciudadanía.

Conforman también el cuerpo normativo del monitoreo, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), los estándares especializados adop-

---

34 “Si bien en un principio la prohibición de la tortura puede haberse aplicado sobre todo en contextos como el interrogatorio, castigo o intimidación de detenidos, la comunidad internacional ha empezado a ser consciente de que la tortura también puede darse en otros contextos.” Informe del Relator Especial de la ONU sobre la tortura, Juan E. Méndez.

35 Por medio de la promoción y la protección del disfrute pleno e igualitario de todos los derechos humanos por parte de las personas con discapacidad



tados por la Asamblea General de Naciones Unidas, tales como los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental (Principios de Salud Mental),<sup>36</sup> las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (Normas Uniformes),<sup>37</sup> los Principios y buenas prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas,<sup>38</sup> así como los documentos sobre las políticas elaborados por la Organización Mundial de Salud, entre ellos, la Declaración de Caracas, los Principios Rectores para el Desarrollo de la atención en Salud Mental en las Américas (Principios de Brasilia) y la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental.

El proceso de monitoreo integra las siguientes etapas:

**I. Selección de centros.** El MNP busca identificar y priorizar para el monitoreo aquellos centros, pabellones y salas que portan mayores factores de riesgos de abusos y malos tratos. En base a estos criterios durante 2017 se procedió al monitoreo de dos centros —CEREMOS y Hospital Vilardebó—<sup>39</sup> que integran la red asistencial de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), dependiente de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables.

**II. Visita inspectiva.** La investigación y documentación de la visita de monitoreo busca verificar las condiciones de vida y la presencia de factores de riesgo de vulneración de derechos y ocurrencia de tortura y malos tratos de las personas allí alojadas.

En base a los criterios de referencia en las normas internacionales de derechos humanos, la investigación se realiza mediante la observación estructurada del lugar; la realización de entrevistas a las personas internadas, autoridades y personal en general, examen de procedimientos y el acceso a registros u otra documentación relevante, proporcionada por la institución o las autoridades sanitarias nacionales, en base a los requerimientos del MNP. Durante la visita puede realizarse un registro fotográfico de documentos e instalaciones.

Las personas con padecimientos de salud mental se encuentran por su condición en mayor riesgo de vulnerabilidad, en particular en relación a sus derechos a la intimidad y privacidad, autonomía y respeto a la dignidad. Se encuentran asimismo más expuestas a la violencia institucional, la desvinculación familiar, la sobremedicalización, las internaciones prolongadas, los abusos vinculados al tratamiento involuntario y las prácticas de aislamiento y contención (física y química).

36 <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>

37 [http://www.who.int/disabilities/policies/standard\\_rules/es/](http://www.who.int/disabilities/policies/standard_rules/es/)

38 <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/PrincipiosPPL.asp>

39 El Hospital Vilardebó gestiona los servicios ubicados en el tradicional edificio de la calle Millán, así como los que brinda en el sector 6° B, que funciona en la ex Cárcel Central de Montevideo, donde se alojan para su tratamiento, personas imputables con padecimientos o crisis de salud mental.

Es por ello que, entre los aspectos monitoreados en las visitas se destacan:

**Uso de estándares mínimos de atención:** Protocolos de atención. Protocolos de seguridad. Actualización de diagnósticos. Horarios laborales. Adecuación de los medicamentos administrados. Número de personas internas por personal técnico y no técnico. Revisión judicial a personas internadas por disposición judicial.

**Medidas de protección:** Medidas establecidas por la institución a efectos de la protección de la integridad personal y garantía de los derechos de las personas internadas: Procedimientos administrativos. Procedimiento para quejas o denuncias. Aplicación de sanciones en caso de denuncias de malos tratos u omisión de denuncias. Burocracia en los procedimientos. Resistencia del personal a implementar nuevos procedimientos.

**Condiciones de vida durante la internación.** Se evalúa la disponibilidad de condiciones materiales para el cumplimiento de los cometidos institucionales de protección de la dignidad e integridad física y mental de las personas allí alojadas: Adecuación y mantenimiento de la infraestructura edilicia; disponibilidad y seguridad de las instalaciones eléctricas; habitaciones con adecuada ventilación, iluminación y sin humedades u otras condiciones insalubres. Condiciones seguras del entorno para la especificidad de las personas con discapacidades mentales. Disponibilidad de condiciones de confort básicos: servicios higiénicos en condiciones, agua caliente, dotación de productos higiénicos. Dormitorios sin hacinamiento que aseguren condiciones básicas de intimidad, privacidad y disponibilidad de pertenencias personales. Adecuación e higiene de la ropa de cama. Alimentación adecuada, en calidad, cantidad y presentación digna. Lugares y condiciones apropiadas para las instancias de alimentación. Acceso a las visitas, acceso al contacto telefónico en privado con personas externas.

**Atención de salud:** Se pondera el cumplimiento de los cometidos institucionales de protección del derecho a la salud mental de las personas internadas: Disponibilidad de servicios de atención médica y psico-social, diversidad de abordajes terapéuticos acordes a la edad, género y necesidades específicas de tratamiento, educación y recreación. Desarrollo de programas de rehabilitación, educativos, culturales y recreativos acordes a las necesidades de las personas. Existencia de planes de trabajo.

**Trato:** Se exploran los tratos que reciben las personas y existencia de malos tratos.

**Régimen de internación:** Se observan particularmente aquellas prácticas institucionales que puedan vulnerar los derechos de las personas allí alojadas y aquellas que incrementan los riesgos de tortura y malos tratos. En particular las prácticas que impactan en la sobreinstitucionalización de los y las internas, las prácticas de aislamiento y contención y el uso abusivo de medicación.

**Sobreinstitucionalización:** Se busca identificar la existencia y calidad de pro-

gramas de atención comunitaria, trabajo en redes, asistencia familiar y hogares sustitutos como estrategias de desinstitucionalización de las personas allí alojadas.

Prácticas de aislamiento y contención: Las prácticas de aislamiento y contención aumentan los riesgos para la integridad física y mental de las personas afectadas por estas, resultando por tanto fundamental verificar la excepcionalidad y brevedad de este tipo de medidas y las condiciones en las cuales se aplican.<sup>40</sup>

Otro tipo de restricciones, justificadas por motivos de seguridad, crean también situaciones de riesgo, que pueden atentar gravemente contra la dignidad, la autonomía y el derecho a la privacidad de las personas usuarias de estos servicios. Se verifica la existencia de procedimientos disciplinarios: Protocolos de aplicación de medidas disciplinarias y Protocolos de aplicación de medidas de sujeción.

Uso abusivo de medicación: El exceso de medicación en general es fruto de un entorno institucional que no tiene por objetivo favorecer la autonomía y la capacidad de la persona para tomar sus propias decisiones. Esto puede constituir un tratamiento inhumano o degradante.

Se busca identificar el uso de sustancias con fines disciplinarios, señales que revelan una medicación potencialmente abusiva y evaluar los posibles efectos de la interacción entre diferentes medicamentos.

**Condiciones de funcionamiento de la organización.** Disponibilidad de personal y su adecuación en número y calificaciones a las tareas que se requieren. Formación y capacitación (Formación básica en derechos humanos y si el personal cuenta con alguna capacitación en la Ley de Salud Mental y el tema de derechos humanos y salud mental comprobable).

**III. Recomendaciones.** Las recomendaciones se orientan a identificar las acciones prioritarias a realizar por la institución a fin de reducir los riesgos de vulneración de derechos y ocurrencia de actos de tortura y malos tratos.

En base a los resultados de una o varias visitas, se procede a distintas formas de incidencia e intercambio con el objeto de realizar recomendaciones que mejoren las condiciones de respeto a los derechos humanos de las personas internadas. Esas formas van desde las reuniones con las autoridades correspondientes, la realización de Oficios con Recomendaciones y la elaboración de informes de situación y de seguimiento.

Los Informes exponen el alcance de la investigación realizada, datos compilados, conclusiones y recomendaciones conforme a la normativa aplicable. Su elaboración puede implicar un proceso que involucra un período en el que se reali-

40 Siguiendo a la APT, el aislamiento se entiende en el presente informe como la reclusión de una persona en un espacio cerrado del que no puede salir libremente, ya sea su propia habitación o cualquier otro lugar previsto a tal efecto. La contención, que tiene por objeto limitar la movilidad de la persona, puede adoptar varias formas: la denominada contención física o mecánica (camisa de fuerza, ataduras) y la contención química (inyección de medicamentos, con el objetivo de sedar a la persona). Ver: [https://www.apt.ch/content/files\\_res/report-jjg-symposium-2016-es.pdf](https://www.apt.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2016-es.pdf)

zan varias visitas de monitoreo.

**IV. Diálogo con las autoridades y actores involucrados.** En todos los casos se promueven instancias de diálogo con los actores involucrados a fin de subsanar las eventuales vulneraciones de derechos o los riesgos identificados.

**V. Seguimiento.** En un período razonable el MNP realiza visitas de seguimiento con el objetivo de verificar el grado de cumplimiento de las recomendaciones realizadas o el proceso de implementación de acciones correctivas del riesgo.

## Monitoreo a instituciones psiquiátricas

*En el año 2017, se incorpora el monitoreo sistemático a instituciones psiquiátricas, focalizándose en el CEREMOS y el Hospital Vilardebó, los cuales integran la Red Asistencial de la ASSE, dependiente de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables.*

### Facultades del MNP

“Examinar periódicamente el trato de las personas privadas de su libertad en lugares de detención.”

OPCAT. Artículo 19

La selección de estos centros se sustentó en los hallazgos y principales conclusiones de las visitas exploratorias realizadas durante los años 2015 y 2016 a las Colonias de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi (actual CEREMOS).

Asimismo, esta elección consideró el proceso de derogación de la Ley 9.581 (Ley del Psicópata) y la aprobación de la Ley de Salud Mental,<sup>41</sup> que busca adecuar la normativa nacional a un paradigma de salud mental sustentado en un enfoque de derechos humanos, estableciendo, entre otros aspectos, el cierre definitivo de las instituciones asilares y monovalentes para el año 2025.<sup>42</sup>

**Cuadro 1. Visitas realizadas por MNP a instituciones psiquiátricas en 2017**

Fecha	Centro	Departamento	Tipo de visita
24/01/2017	Hospital Vilardebó	Montevideo	Inspectiva
21/02/2017	Hospital Vilardebó	Montevideo	Inspectiva
05/09/2017	Hospital Vilardebó	Montevideo	Seguimiento
31/10/2017	Hospital Vilardebó	Montevideo	Seguimiento
10/11/2017	Hospital Vilardebó	Montevideo	Especial
02/05/2017	Sector 6° B de ex Cárcel Central	Montevideo	Inspectiva
15/05/2017	Sector 6° B de ex Cárcel Central	Montevideo	Seguimiento
30/06/2017	CEREMOS (Ex Colonias Dr. Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi)	San José	Seguimiento

Fuente: Registros MNP, 2017.

41 Ley 19.529 por la que se reglamenta el derecho a la protección de la salud mental, aprobada el 19 de setiembre de 2017.

42 Si bien inicialmente el Proyecto de Ley de Salud Mental, en consonancia con el compromiso asumido por Uruguay con la Organización Mundial de la Salud (OMS), preveía para el cierre de las instituciones asilares y monovalentes para el año 2020, la Ley de Salud Mental aprobada el 19 de setiembre de este año (Ley 19.529) establece su cierre definitivo para el año 2025.

Durante el año 2017 se realizaron ocho visitas a instituciones psiquiátricas. Cinco de estas visitas fueron al Hospital Vilardebó, dos al Sector 6° B de la ex Cárcel Central y una a CEREMOS (Sectores Etchepare y Santín Carlos Rossi)

Se mantuvieron también dos encuentros con autoridades de ASSE y de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE, así como también intercambios con los Equipos de Dirección de CEREMOS y Hospital Vilardebó.

## Características de los centros y hallazgos del monitoreo

*Es característico de estas instituciones que en un mismo predio coexisten edificaciones, estados edilicios y de mantenimiento, número de personas alojadas, condiciones de vida y acceso al tratamiento oportuno, de características muy disímiles, lo cual parecería ser una particularidad de este tipo de estructura asilar.*

*Se trata de instituciones que concentran entre ambas a más de 1000 personas y que fueron fundadas entre finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX,<sup>43</sup> bajo un modelo de aislamiento mediante internaciones prolongadas en instituciones totales, propio de la lógica manicomial, que en muchos aspectos persiste hasta la fecha.<sup>44</sup>*

### CEREMOS

Con una extensión de aproximadamente 370 hectáreas, las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, unificadas en el año 2016 bajo el nombre Centro de Rehabilitación Médica Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS, Sector Etchepare y Sector Santín Carlos Rossi’),<sup>45</sup> se encuentran ubicadas en la Ruta 11, km 79.500 del departamento de San José.

Debido a sus dimensiones, los espacios al aire libre son amplios y las personas que tienen libertad de movimiento pueden acceder a cualquier parte del predio. Si bien se cuenta con funcionarios destinados a la seguridad, esta no resulta suficiente para el control



Pabellón 26 de mujeres. CEREMOS (Sector Etchepare). Registro fotográfico del equipo del MNP.

43 El Hospital Vilardebó fue inaugurado en el año 1880 y la Colonia Etchepare en 1912.

44 Lo que se refleja, entre otros aspectos, en el alto número de personas internadas, sus distintas situaciones de discapacidades psicosociales, así como su distribución en pabellones construidos y remodelados en distintas épocas.

45 El 1° de enero de 2016 las Unidades Ejecutoras Colonia Etchepare (UE 013) y Colonia Santín Carlos Rossi (UE 069) se suprimieron, creándose el CEREMOS, UE 103.

permanente de todo el predio, lo cual ha sido en buena medida lo que ocasionara, por una parte, los dolorosos hechos relacionados con heridas y muerte de pacientes por ataque y mordedura de perros, y por otra, que pacientes hayan sido atropellados en la carretera de Ruta 11.<sup>46</sup>

CEREMOS dispone de 739 plazas, de las cuales 353 corresponden al Sector Etchepare y 386 a Santín Carlos Rossi.

Al momento de la visita del 30 de junio de 2017, se encontraban alojadas en CEREMOS 724 personas, 343 en el Sector Etchepare y 381 en el Sector Santín Carlos Rossi. De ellas 251 eran mujeres, 105 en el Sector Etchepare y 146 en el Sector Santín y 473 varones, 238 en Sector Etchepare y 235 en el Sector Santín. Quedaban disponibles 15 plazas.<sup>47</sup>

### Cuadro 2. Personas internadas en CEREMOS/ASSE según sexo, 2017

Sector	Hombres	Mujeres	Total pacientes	Plazas disponibles
Etchepare	238	105	343	10
Santín Carlos Rossi	235	146	381	5
Total CEREMOS	473	251	724	15

Nota: Distribución en el Centro al momento de la visita del MNP del 29/6/17. Información brindada por la Oficina de Admisión de CEREMOS.

La disposición de las personas es en la modalidad de pabellones -distribución propia del modelo asilar de instituciones psiquiátricas, 19 en total, 10 de ellos dispuestos en el Sector Santín Carlos Rossi y 9 en el Sector Etchepare.

Entre los años 2015 y 2016 se realizaron tres visitas a las ex Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi que permitieron conocer los establecimientos y afinar las herramientas y capacidades del MNP para el monitoreo a este tipo de instituciones.

El 29 de junio de 2017 se realizó la primera visita a CEREMOS, enmarcada en el monitoreo periódico y sistemático a instituciones psiquiátricas. Esta apuntó a constatar los cambios tendientes a la protección de la dignidad y derechos humanos de los usuarios/as anunciados por las autoridades de CEREMOS al MNP en diciembre de 2016, profundizar en las modalidades de intervención del establecimiento y verificar la existencia de protocolos de intervención, fundamentalmente en lo referido a contención física y mecánica, tratamientos farmacológicos, electro-convulsivos y rehabilitación psicosocial, así como la implementación de instancias de formación y capacitación del personal.

46 El 13 de julio de 2016 un paciente de la Colonia Santín Carlos Rossi perdió la vida tras ser atropellado por un camión. Había ingresado a la Colonia a los 19 años de edad y murió a los 63.

47 Según la información brindada por la Oficina de admisión de CEREMOS



El monitoreo se focalizó particularmente en las condiciones de vida y situación de las personas reubicadas como consecuencia de la resolución judicial del 28 de marzo de 2015, que dispuso el cierre de los pabellones 24 (seguridad) y 29 y 30 de la ex Colonia Etchepare,<sup>48</sup> así como de aquellos pabellones que alojan a más de 50 personas.

En la visita se constató que la población de CEREMOS se compone, en su mayoría, de personas de avanzada edad, provenientes de medios socioeconómicos bajos y con diferentes padecimientos mentales diagnosticados como “crónicos” (esquizofrenia, demencias y discapacidades intelectuales clasificadas como severas).

Los pacientes sostienen un régimen de internación de 24 horas.

El promedio de años de permanencia en la institución es de 19 para aquellas personas internadas sin derivación judicial y de 10 para aquellas personas derivadas por el Poder Judicial.<sup>49</sup>

CEREMOS cuenta con un Programa de Egreso que funciona a través de Médico Psiquiatra, Psicóloga, Lic. en Trabajo Social y administrativo. El egreso podría darse a una casa de salud o a una “casa de familia”, biológica o sustituta. 130 personas (76 varones y 54 mujeres), se encuentran en este Programa.

Durante el año 2016 se habrían registrado un total de 82 egresos (60 varones y 22 mujeres). Es de gran preocupación para el MNP que el 50% de los calificados como “egresos” se traten en realidad de bajas por defunciones (28 varones y 13 mujeres).

En lo que refiere a los ingresos, por disposición de la Dirección de Salud Mental de ASSE y por orden escrita de la anterior Dirección de las Colonia, desde el 6 de abril de 2015 solo se reciben ingresos por disposición judicial.

El MNP valora especialmente esta disposición, que considera va en consonancia con la decisión de cierre, con desinstitucionalización progresiva de la población residente, de las estructuras asilares y monovalentes, plasmada en la Ley 19.529.

Sin embargo, cabe señalar que la institución no dispone de cupos reservados específicamente para personas derivadas por el Poder Judicial, que se distribuyen en los distintos pabellones del centro.<sup>50</sup>

Con referencia a la infraestructura, se constató que los alojamientos que presentaban mejores condiciones de habitabilidad son los pabellones “modelo” 17 y 18 (masculino y femenino, respectivamente), inaugurados en el año 2007 y destinados a personas que están en condiciones de egresar (rehabilitación y preegre-

48 <<http://inddhh.gub.uy/sentencia-caso-etchepare-y-rossi/>>.

49 De acuerdo a los datos 2017 proporcionados por la Oficina de Estadísticas del Centro.

50 Pabellón 1, 3 mujeres; Pabellón 2, 4 varones; Pabellón 4, 4 varones; Pabellón 5, 11 varones dependientes; Pabellón 6, 5 mujeres; Pabellón 7, 1 mujer; Pabellón 8, 2 mujeres; Pabellón 9, 7 varones; Pabellón 10, 21 varones; Pabellón 17, 10 varones; Pabellón 18, 6 mujeres; Pabellón 24, 11 varones (contención); Pabellón 25, 1 (Mixto); Pabellón 26, 30 mujeres; Pabellón 27, 36 varones; Pabellón 28, 34 varones; Pabellón 29, 11 varones; Pabellón 30, 16 varones.

so). Ambos contaban con espacios de rehabilitación y condiciones de privacidad diferentes a las de los restantes pabellones.<sup>51</sup>

Por el contrario, las características añosas de las construcciones de otros pabellones, sumadas a dificultades en el mantenimiento de la higiene en algunos Pabellones, llevan a que se cuestione su viabilidad habitacional, haciéndose necesario en mayor o menor medida algún tipo de reacondicionamiento. Algunos de estos últimos alojaban a más de 70 personas.<sup>52</sup>

En general, la distribución en los pabellones se realiza de acuerdo a los criterios de “género, nivel de dependencia, nivel de riesgo y situación psiquiátrica”.

Si bien, como se planteara anteriormente, las condiciones edilicias de los pabellones son disímiles, se aprecia que todos cuentan con suministro eléctrico, agua potable provista por Obras Sanitarias del Estado (OSE) y acondicionamiento térmico en base a aire acondicionado o calefactores eléctricos.

Sin embargo, en el Pabellón 26 femenino, en donde se instalaron paneles solares hace pocos años atrás, estos no cumplen la función para la que fueron previstos, por lo cual el agua caliente proviene de calefones que no proveen suficiente agua para 71 internas.<sup>53</sup>

Al respecto cabe señalar que a partir de las recomendaciones realizadas a las autoridades de ASSE y del Centro, se hicieron los arreglos necesarios para el adecuado suministro de agua caliente.<sup>54</sup>

En lo que refiere al Pabellón 24 (Seguridad), que hasta el año 2015 se localizaba en el predio de la Colonia Etchepare, se habilitó el Pabellón J (24) de la Colonia Santín Carlos Rossi de forma definitiva. Con referencia al realojo de las personas que habitaban los Pabellones 29 y 30, establecido por la



CEREMOS (Sector Etchepare). Registro fotográfico del equipo del MNP.

51 Al momento de la visita del 29/6/17 el Pabellón 17 albergaba a 21 personas y el 18 a 22, alojadas de a dos en módulos divididos por mamparas.

52 Pabellones 26 de mujeres y 27 y 28 de varones de Etchepare, y el Pabellón 4 de Santín Carlos Rossi.

53 El agua caliente de las duchas de dicho Pabellón se suministraba por una sola ducha y a través de una manguera. El sistema de acondicionamiento térmico para el calentamiento del agua de las duchas mediante paneles solares también se implementó en los pabellones 27 y 28 de Etchepare y 8 de Santín presentando deficiencias similares.

54 Lo cual fue verificado por el MNP en visita a CEREMOS del 5/1/18.

resolución judicial del 28 de marzo de 2015, si bien en la visita realizada por el MNP el 3 de julio de 2015, 57 pacientes de habían sido trasladados a la Unidad Médico Quirúrgica (UMQ), ubicada en el mismo predio de la Colonia Etchepare, en la visita del 28 de diciembre de 2016 se constató que habían debido ser reubicados en dos Pabellones de Santín Carlos Rossi, debido a que en los que habían sido realojados en el Sector Etchepare a partir de la sentencia judicial, el saneamiento había “colapsado”.

En la visita del 30 de junio de 2017, 48 pacientes permanecían en el Sector Santín Carlos Rossi, en Pabellones cuyas condiciones edilicias no detentaban las inaceptables características de los Pabellones que motivaran que la jueza del departamento de San José, Viviana Granese, señalara en su sentencia judicial, que los pacientes se encontraban allí “en situación de riesgo físico, mental, carentes de una protección integral de su salud, así como vulnerados en sus derechos humanos”. No obstante estos Pabellones tampoco contaban con las condiciones adecuadas para albergar personas con discapacidades, más aún personas que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, al haber vivido hasta el mes de abril del año 2015 en condiciones absolutamente vulneradoras de sus derechos humanos, haber sufrido un traslado global dentro de la Colonia Etchepare (de un lugar que si bien en pésimas condiciones había sido habitado por los mismos durante muchos años), y haber experimentado un nuevo traslado (a Santín Carlos Rossi), a raíz de que colapsara el saneamiento del alojamiento anterior.

El MNP considera que la absoluta falta de privacidad a la cual se ven expuestas las personas alojadas en pabellones constituye un factor de riesgo de malos tratos y violencia interpersonal.

La falta de privacidad atenta gravemente contra el derecho a la intimidad y la integridad física y psíquica de las personas alojadas en espacios físicos que los exponen permanentemente a las miradas de otros y a una convivencia forzada con personas que transitan por distintas situaciones de padecimientos mentales.

Asimismo, los criterios de ubicación de las personas basados en el género, nivel de dependencia, nivel de riesgo y situación psiquiátrica resultan insuficientes para garantizar sus derechos. Esta categorización de carácter homogenizante no solamente acrecentaría la cronificación de las situaciones, sino que no aporta en la línea de un análisis singular que, tomando en consideración las necesidades específicas etarias y de género, identifique las potencialidades, dificultades, barreras y apoyos necesarios para el desarrollo de la autoestima, la dignidad y la autonomía de cada una de las personas allí alojadas.

En este sentido, el MNP tampoco pudo visualizar un enfoque de género en las intervenciones realizadas por el Centro.

En lo que refiere a aquellos Pabellones en los cuales se detectaron factores de riesgo de malos tratos, en el Informe 096/MNP-SA/2017 sobre la situación de CEREMOS emitido el 22 de diciembre de 2017, el MNP recomendó:

- Asegurar la disponibilidad de agua caliente para las duchas de todos los Pabellones y en particular procurar una solución efectiva para el acceso al agua caliente de todas las duchas del Pabellón 26 femenino en un plazo no mayor a 15 días.
- Disponer de las medidas necesarias para que los Pabellones 26, 27 y 28 y 4 y 9 que alojan a un número mayor de 50 personas cuenten progresivamente con mayores niveles de privacidad en lo que refiere a intimidad y pertenencias personales.
- Establecer un Plan de Trabajo en relación a las personas actualmente alojadas en los Pabellones 29 y 30 del Sector Santín Carlos Rossi, que dé cuenta de cuál será su alojamiento definitivo y que asegure las mejores condiciones edilicias y de tratamiento para las mismas.
- Aportar los recursos humanos necesarios para la puesta en funcionamiento del Pabellón 11 (Alta dependencia) del Sector Etchepare, sin afectar los recursos humanos de otros servicios del Centro.
- Realizar un estudio de la situación judicial de las personas alojadas en el Pabellón 24 (J - Seguridad) del Sector Santín Carlos Rossi.

### Facultades del MNP

“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.”

OPCAT. Artículo 19

La lógica fundacional que sustentara la creación de las Colonias, y que persiste hasta la fecha reflejándose en la cantidad de personas internadas, sus distintas situaciones de discapacidades psicosociales, así como su distribución en 20 Pabellones construidos y remodelados en distintas épocas, el número de funcionarios/as técnicos y no técnicos, y otras características anteriormente señaladas, requiere a la hora de llevar adelante el monitoreo de instituciones de estas características de una

estrategia de abordaje progresivo e incisivo en cada uno de los múltiples factores que pueden significar un riesgo de abusos o malos tratos para las personas alojadas.

A partir del análisis de todas las variables presentadas de manera independiente, queda de manifiesto la necesidad de transformar las concepciones manejadas

hasta el momento en cuanto a salud mental y políticas y prácticas institucionales predominantes destinadas a personas con sufrimientos mentales severos.

Es intención del MNP, reconocer que, en términos generales, la mayoría del personal, desde el Equipo de Gestión del Centro a técnicos/as y funcionarios/as de trato directo, manifiesta el compromiso asumido con sus respectivas funciones.

Se destacan asimismo los significativos avances detectados en relación a la construcción de un Proyecto de Centro, departamentalización y conformación de equipos de trabajo, elaboración de Protocolos de actuación y capacitación del personal.

No obstante y a pesar de los cambios organizacionales que se están procurando, preocupan al MNP los niveles de desgaste profesional y estrés laboral provocados por el recargo del servicio y la falta de medios materiales, que en cualquiera de los casos exceden la capacidad de gestión.

La política de internación en instituciones totales predominante hasta la fecha, no ha dado resultados significativos en cuanto al respeto de los derechos fundamentales de las personas con discapacidades psicosociales. Asimismo, el trabajo realizado para la restitución de aquellos derechos vulnerados tampoco resulta suficiente. El mismo modelo habría producido afectaciones de magnitud tal en las personas internadas, que precisamente esos efectos desocializantes y estigmatizantes, terminarían “justificando” su permanencia en la institución.

La no aplicación de los principios de un escenario menos restrictivo de la libertad, brevedad e intervención mínima y del derecho a vivir en comunidad, convierte a la “internación” en una privación de libertad ilegítima, generalmente en condiciones de habitabilidad, convivencia e higiene que atentan contra la dignidad humana. Asimismo, las infraestructuras añosas, deterioradas por el simple paso del tiempo atentan directamente contra cualquier intento efectivo de rehabilitación y solo facilitan la perpetuación del modelo asilar.

Preocupa también al MNP que el número de personas que a la fecha permanecen en CEREMOS, los escasos egresos anuales y los efectos desocializantes que la institucionalización excesiva conlleva, entre ellos, el alejamiento de la familia y las dificultades de inserción en la comunidad, ofician como obstáculos para alcanzar el objetivo de cierre definitivo de las instituciones asilares y monovalentes para el año 2025.

Al respecto, cabe también destacar la prolongada incidencia de las ex Colonias psiquiátricas en la actividad laboral y en la vida económica y social de las poblaciones de Santa Lucía, 25 de agosto, Villa Ituzaingó y Pueblo Nuevo, tanto en lo que refiere a personas que desarrollan funciones en CEREMOS, como en aquellas que realizan en el predio una actividad de “feria”, como en la confluencia en poblados maragatos de pacientes de los Programas de Egreso, “Asistencia Familiar” y

“Hogares Sustitutos” derivados de las mismas. Esta variable debe ser considerada como un posible factor de resistencia a la hora de establecer el Plan de cierre progresivo de las Colonias.

## HOSPITAL VILARDEBÓ



Patio central. Hospital Vilardebó. Registro fotográfico del equipo del MNP, visita inspectiva de 9 de octubre de 2017.

El Hospital Vilardebó (ubicado en Millán 2515, Montevideo) es el centro psiquiátrico de referencia nacional para el tratamiento de pacientes agudos y la principal puerta de emergencia psiquiátrica del país.

Al 19 de enero de 2017, Vilardebó disponía de un total de 313 plazas (198 para varones y 115 para mujeres).<sup>55</sup>

El alojamiento de pacientes se organiza en distintos pabellones o salas colectivas, separados por sexos. Las salas de seguridad 10, 11 y 16 están destinadas a albergar pa-

cientes derivados/as por disposición judicial o personas con causas penales por haber cometido un delito, que padecen una crisis o agravamiento de su patología preexistente en la situación de encierro carcelario.

En las Salas 10, 11 y 16 se encuentran los llamados “cuartos fuertes” o “cuartos de contención” (celdas con puertas de rejas), donde se aísla a aquellos pacientes que, por distintas circunstancias, no se adaptan a las condiciones de vida en los pabellones, donde comparten la convivencia junto a decenas de otros usuarios. En la Sala 16 se alojan las mujeres que han cometido un delito y que fueron declaradas imputables, en forma conjunta con el resto de la población femenina derivada judicialmente.

Según datos aportados por el centro,<sup>56</sup> las salas de seguridad y judiciales tienen un total de plazas para asistir a 83 personas (50 plazas de varones, que incluyen las 12 plazas en el sector de imputables de la ex Cárcel Central y 23 plazas de mujeres). Las salas de contención o cuartos fuertes tienen 8 plazas de varones (Sala 11). No hay cupos o plazas reservadas para pacientes derivados del Poder Judicial.

<sup>55</sup> Respuesta del 24 de mayo de 2017 de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE al Oficio 310/2017 del MNP del 19 de enero de 2017.

<sup>56</sup> Ídem *ut-supra*.



Los datos evidencian un prolongado tiempo de estadía en las salas de seguridad y cuartos de contención o cuartos fuertes. El promedio de días de internación<sup>57</sup> fue de 456 días para la Sala 10 de varones, 426 días en la Sala 11 bis de varones, 199 días en la Sala 11 de contención de varones, 98 en la Sala 16 de mujeres y 39 en el sector 6° B de Cárcel Central de varones imputables.

El MNP realizó durante el año 2017 un total de 7 visitas a las dependencias del Hospital Vilardebó, dos visitas fueron realizadas en forma conjunta con un equipo del Área de denuncias e investigación de la INDDHH. Cinco de las visitas se centraron en las salas de seguridad 10, 11 y 16, ubicadas en el propio edificio del Hospital, cuatro de ellas fueron no anunciadas y una coordinada con la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE.

Dos visitas no anunciadas se realizaron al Sector 6° B de la ex Cárcel Central, donde desde abril de 2016, se efectúa la internación psiquiátrica de varones con distintos padecimientos de salud mental, declarados imputables en la comisión de una infracción penal.<sup>58</sup>

En dichas visitas se verificaron precariedades de infraestructura y una muy mala calidad de la atención sanitaria a la población allí alojada. Una de las situaciones de mayor gravedad es la que refiere a las condiciones de los cuatro calabozos, llamados “cuartos fuertes” de la Sala 16, ocupados por pacientes varones.

El MNP inició un diálogo con las autoridades de ASSE y de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, posteriormente realizó una tercera visita no anunciada de seguimiento el 5 de setiembre. En esta, si bien se registró un avance en las obras de refacción de la Sala 11, se constató la persistencia de dificultades que afectaban seriamente la calidad de vida de los pacientes internados, lo que motivó un Oficio con Recomendaciones urgentes 380/MNP-A2017, de fecha 9 de octubre de 2017, dirigido a la Dirección de ASSE y del Hospital Vilardebó.<sup>59</sup>

En dicho oficio se detallaron los hallazgos y principales constataciones:

- Había sido interrumpida la instalación del nuevo tejido del techo del patio de la Sala 11, según se comunicó al MNP por representantes de la empresa contratada por ASSE para la tarea, esto se debía a dificultades en el pago.
- Los cuartos de contención o cuartos fuertes, que en diálogo con autoridades de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables se había informado que fueron cerrados, seguían en funcionamiento en condiciones de sobrepoblación y hacinamiento.

<sup>57</sup> Al 19/1/17.

<sup>58</sup> El sector 6° B depende de la Dirección del Hospital Vilardebó, tanto en relación al personal con trato directo con los internos como los recursos e insumos (medicamentos, alimentación, higiene, etc.). Según se informó al equipo del MNP ese servicio se encuentra en proceso de pasar a depender de la Dirección de SAI-PPL (Servicio de Asistencia Integral de Personas Privadas de Libertad) de ASSE.

<sup>59</sup> Oficio con recomendaciones urgentes 380/MNP-A 2017, del 9 de octubre de 2017.

- En la Sala 10, que aloja a pacientes que han pasado un período de internación previo en Sala 11, se encontraba en uso un calabozo donde había dos personas en condiciones de absoluta precariedad, carencia de iluminación y falta de higiene.
- El estado de deterioro de toda la Sala 10 (plagas, instalación eléctrica deficiente, inexistencia de aislamiento térmico, falta de higiene adecuada, etc.) implicaba un riesgo tanto para pacientes, como para funcionarios y personas que transitan por ese espacio, incluyendo a los familiares de las personas internadas.
- La Sala 16 (mujeres) presentaba filtraciones y graves carencias de mantenimiento en baños y en la enfermería. Esa sala no contaba con una heladera en condiciones de funcionamiento adecuado que garantizara la conservación de los alimentos y de la medicación que requiriese cadena de frío.



Sala 16. Hospital Vilardebó. Registro fotográfico del equipo del MNP, 2017.

Dado lo anteriormente expresado se recomendó:

- La clausura de los “cuartos fuertes” de las Salas 10 y 16 en un plazo máximo de 7 días.
  - La implementación de estrategias de contención de pacientes agitados o que por distintas razones no logren adaptarse al sistema de alojamiento colectivo en pabellones, sin lesionar su dignidad humana.
  - Realizar gestiones de realojamiento de los pacientes de la Sala 10, que dieran cuenta de una atención integral respetuosa de su dignidad.
- Realizar reparaciones de infraestructura en la Sala 16, en particular atendiendo a las filtraciones, humedades y deterioro en la enfermería.
  - Fortalecer las estrategias asistenciales personalizadas para los pacientes en las Salas 10, 11 y 16, en consideración a la alta complejidad de sus requerimientos terapéuticos.
  - Integrar y capacitar en forma permanente a todo el personal de salud afectado (médicos/as, enfermeros/as, técnicos/as del área psicosocial, personal de vigilancia, etc.) a la asistencia en las Salas de seguridad y judiciales.



Luego del oficio con recomendaciones emitido por el MNP el 9 de octubre de 2017, los cuartos fuertes de la Sala 16 dejaron de alojar pacientes,<sup>60</sup> lo cual se verificó en las visitas de seguimiento del 31 de octubre y 10 de noviembre de 2017 que incluyeron las Salas 10, 11 y 16.

Seguimiento de las constataciones:

- Se constató que los cuartos fuertes de la Sala 10 y 16 fueron dejados sin uso.
- El estado de deterioro de la infraestructura y de las instalaciones de la Sala 10 continúa siendo grave. El día que se realizó la visita anunciada y conjunta entre los equipos de Dirección del Hospital y de Salud Mental de ASSE y el equipo del MNP (octubre 20017), si bien se pudo valorar una mejoría en la higiene general de la Sala, se produjo durante la recorrida del equipo el derrumbamiento de una viga con la caída de una vara de metal y de material desde una abertura de ingreso a la sala.
- En la Sala 11 se constató la finalización de la refacción del área de enfermería y la finalización de la obra de colocación del nuevo tejido del techo del patio.
- Se inició el uso de nuevos cuartos fuertes o de contención, reacondicionados en la obra de reforma de Sala 11.
- La Sala 16 aún no había sido reacondicionada, si bien se constató el inicio de tareas de pintura y mantenimiento en el patio de dicha sala.



Sala 16. Hospital Vilardebó. Cierre de "Cuartos fuertes". Registro fotográfico del equipo del MNP, visita de seguimiento del 31 de octubre de 2017.



Patio Sala 10. Hospital Vilardebó. Registro fotográfico del equipo del MNP, 2017.

60 Oficio 380/MNP-SA 2017 del 9/10/17.

En el Sector 6° B para pacientes varones imputables de la ex Cárcel Central, se realizaron dos visitas de monitoreo no anunciadas, los días 2 y 15 de mayo. En ambas visitas el MNP dialogó con los internos y con los funcionarios del servicio con tratos directos (auxiliares y licenciados en enfermería). Pese al espacio reducido en que se encuentran las personas allí alojadas, se informó por parte de los entrevistados/as que el alojamiento en ese sector habría representado una mejoría general de la calidad asistencial, en relación con la que se brindaba anteriormente en la Sala 11 del Hospital Vilardebó.

“Nunca estuve tan cansada como cuando eché raíces sentada en esos bancos. Muchas de las pacientes se sentaban sobre un pie o de lado para cambiar, pero siempre se les reprobaba y se les decía que se sentaran con la espalda recta. Si hablaban se les regañaba y se les decía que se callaran; si querían caminar para deshacerse de la rigidez, se les decía que se sentaran y estuvieran quietas. ¿Qué otra cosa, a excepción de la tortura, puede generar locura más rápido que ese tratamiento? ... El manicomio es una ratonera humana. Es fácil entrar, pero una vez allí es imposible salir.”<sup>61</sup>

- Así describía Elizabeth Jane Cochrane - “Nellie Bly”, reportera del *The New York World*, su experiencia al ingresar como interna en el psiquiátrico femenino de la ciudad, el Blackwell’s Island Insane Asylum, a fin de relatar de primera mano las condiciones a las que eran sometidas las pacientes.

Este testimonio de finales del siglo XIX, mantiene en varios aspectos cierta vigencia en el año 2017, entre ellos las prácticas de silenciamiento de las personas privadas de libertad en instituciones psiquiátricas.

Uruguay no es ajeno a ello, en marzo de 2017 el testimonio de Olga - participante de Radio Vilardevoz y usuaria del Hospital Vilardebó habla en este sentido: “Qué nos den la posibilidad de hablar, porque si te mandan “cállese, cállese, cállese, cómo te vas a defender para salir de una situación?, no te podés defender. Si te manda a electroshok lo mismo, si te sobremedican o si también, si te encadenan a una cama... no te podés defender. Todo eso se tendría que terminar.”<sup>62</sup>

Uno de los elementos más sorprendentes del reporte de Nellie Bly se relaciona con lo fácil que resultaba para ciertas personas caer en una institución de este tipo, en ocasiones de por vida.

En similar sentido, resulta alarmante que en las instituciones psiquiátricas uruguayas haya personas que, desde los 15 años de edad, y siendo ya ancianas, se encuentren aún sin haber obtenido por parte del Estado una respuesta a su situación que no incluya la institucionalización, lo cual puede ser considerado como privaciones de libertad a las que podríamos calificar de virtualmente perpetuas, lo que queda de manifiesto por las altas tasas de fallecimientos que marcan los motivos de egreso.

61 Pérez Fernández, F.- Peñaranda Ortega, M. El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX: el caso de Nellie Bly. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2017; 37(131): 95-112

62 Jornadas de la Mesa de mujeres privadas de libertad “Presas Pobres y Locas”. Video “Presas Pobres y Locas”, disponible en el Canal de YouTube de la INDDHH-marzo 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=2sDEctOYqpw&t=190s>



## Sensibilización y cabildeo

*En el entendido que las condiciones relacionadas con la salud mental son de los aspectos que portan mayor estigma, el MNP ha participado en acciones de la INDDHH y en espacios interinstitucionales, tendientes a erradicar el prejuicio y la discriminación hacia las personas con discapacidades mentales, así como a garantizar la aplicación del enfoque de derechos humanos en el campo de la salud mental.*

En el marco del Grupo Salud Mental y Derechos Humanos de la INDDHH, el MNP propició la derogación de la Ley del Psicópata y acompañó un proceso de elaboración de un nuevo Proyecto de Ley de Salud Mental con enfoque en derechos humanos.

Durante el año 2017 representantes del MNP aportaron a la redacción y presentación, el día 6 de junio, del informe de la INDDHH a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, que tenía a estudio dicho proyecto de ley.

El MNP colaboró en la preparación del Informe de la INDDHH al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) para el 61° período de sesiones del Comité (7 de mayo de 2017), en lo referente al derecho a la salud física y mental (PIDESC. Art. 12) y a las actuaciones de la INDDHH realizadas en su rol de MNP.

En su informe, la INDDHH se concentró en tres puntos claves: la Ley de Salud Mental, el monitoreo de instituciones psiquiátricas y la particular situación de los niños, niñas y adolescentes en centros de atención en salud mental.<sup>63</sup>

El Comité DESC instó al Estado uruguayo a proporcionar información sobre la nueva Ley de Salud Mental y la elaboración de una política nacional sobre salud mental, a la vez que solicitó información sobre las clínicas psiquiátricas Dr. Bernardo Etchepare y Santin Carlos Rossi.<sup>64</sup>

Asimismo, integrantes del MNP elaboraron el documento *Algunas reflexiones sobre el proyecto de Ley de Salud Mental aprobado por el Senado de la República, y su incidencia en la normativa vigente*, que apunta a contribuir a que las normas penales, civiles y procesales armonicen con el respeto de los derechos humanos

<sup>63</sup> Ver: Cap. 2. Gestión institucional - 2.4. Informes a organismos internacionales de protección de los derechos humanos. En: VI Informe Anual a la Asamblea General 2017.

<sup>64</sup> Véase E/C.12/URY/Q/5 párr. 24.

consagrados en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y en la Constitución de la República, que la Ley 19.529 pretende desarrollar.<sup>65</sup>

Participa también en el Grupo de referencia temático sobre Salud Mental, coordinado por la Directora de la INDDHH, Dra. María Josefina Plá. En ese marco, ha aportado reflexiones referidas a la Reglamentación de la Ley 19.529, y colaborado en el proceso de definición de mecanismos de recepción y seguimiento de las comunicaciones a la INDDHH de internaciones (voluntarias e involuntarias), asignadas por la Ley 19.529.

A efectos de incidir sobre las políticas y prácticas institucionales referidas a la salud mental y la privación de libertad de mujeres, el MNP participó junto a la Mesa interinstitucional de trabajo sobre Mujeres Privadas de Libertad, de la organización de una *Jornada de sensibilización sobre mujeres privadas de libertad*,<sup>66</sup> en la cual se abordaron las condiciones de dos poblaciones vulneradas desde una perspectiva de género: las mujeres internadas en hospitales psiquiátricos y las que están privadas de libertad en cárceles del interior del país.

Estas políticas y prácticas se debatieron en dos mesas de diálogo, una primera mesa que se enfocó en salud mental y encierro y una segunda mesa que abordó la temática de las mujeres presas, con énfasis en las cárceles del interior del país.

Las mesas contaron con la participación de usuarias de servicios de salud mental, decisores/as de políticas públicas, expertos/as, académicos/as y trabajadores/as de cárceles y hospitales psiquiátricos. Durante esa actividad se presentaron dos audiovisuales que recogen el testimonio de mujeres. Particularmente uno de ellos da cuenta de las perspectivas de mujeres que transitaron por el encierro en instituciones psiquiátricas.<sup>67</sup>

---

65 Los conceptos vertidos en ese documento se desarrollan en el capítulo Consideraciones acerca de la incidencia de la Ley 19.529 en la normativa nacional vigente del presente Informe.

66 Jornada realizada durante el mes de conmemoración del Día Internacional de la Mujer, el día 24 de marzo en la sede de la INDDHH, con la presentación de las Directoras Mirtha Guianze y Mariana González Guyer.

67 Material disponible en el Canal de YouTube de la INDDHH, actividad “Presas Pobres y Locas”, marzo 2017.

## Prospectiva

“El final del siglo XX trajo consigo dos mensajes principales para la comunidad internacional. El primero de ellos se refería a la importancia crucial de la salud mental en las políticas modernas de salud, habida cuenta de la alta incidencia de los problemas de salud mental y los trastornos mentales. El segundo mensaje es que, contrariamente a lo que antes se creía, es posible adoptar medidas eficaces si se abandonan las tradiciones obsoletas y se aplica el enfoque moderno de la salud pública. En el siglo XXI no hay cabida para las instituciones psiquiátricas basadas en la estigmatización y la segregación y, en palabras de G. H. Brundtland,<sup>68</sup> es necesario ‘velar por que la nuestra sea la última generación que tolere que la vergüenza y la estigmatización prevalezcan sobre la ciencia y la razón.’<sup>69</sup>”

En consideración a los avances normativos y a los hallazgos del monitoreo en instituciones psiquiátricas realizados durante 2017, es posible señalar los principales tópicos en materia de prevención de la tortura y malos tratos sobre los cuales el MNP centrará sus intervenciones en 2018.

El MNP continuará monitoreando la efectivización del cierre progresivo de las estructuras asilares y monovalentes establecido en la Ley 19.529, el efectivo proceso de externación e integración de personas institucionalizadas en estructuras alternativas, y el cumplimiento de todas las garantías para la internación voluntaria e involuntaria.

A partir del análisis global de las distintas variables presentadas de manera independiente, queda de manifiesto la necesidad imperiosa de que la concepción de salud mental sustentada en un enfoque de derechos humanos pase del discurso a la práctica.

El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, consagrado en el PIDESC, artículo 12.1,<sup>70</sup> es el derecho a disponer de establecimientos, bienes y servicios y condiciones propicios, para el disfrute de este derecho. Comprende también el ejercicio de la libertad y de los derechos fundamentales.<sup>71</sup>

68 *Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* (Ginebra, Suiza, 2001).

69 Consejo de Derechos Humanos. 29º período de sesiones. Tema 3 de la agenda Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Dainius Pūras.

70 PIDESC. Artículo 12-1: Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

71 Observación General 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del PIDESC-Consejo Económico y Social de la ONU).

La centralización del sistema de salud mental en la injustificada institucionalización de personas vulnera su derecho a la salud física y mental, consagrado por el PIDESC y otras normas internacionales.

Esto mismo conduce a pensar que el intento de desarrollar un nuevo paradigma basado en un enfoque de derechos humanos, mediante reestructuras enmarcadas “dentro” de dispositivos manicomiales o “en” lógicas manicomiales, resulta insuficiente, porque lo que no se logra en “instituciones de homogeneización o de destitución de las diferencias”, es dar cuenta de la singularidad del sufrimiento humano, así como de las posibilidades efectivas de aliviarlo.

En este sentido, el MNP continuará colaborando y participando junto a los distintos actores involucrados en acciones tendentes a consolidar el nuevo paradigma de salud mental en las normas, políticas públicas y prácticas institucionales y profesionales, así como propiciando los necesarios cambios culturales que la aplicación del nuevo modelo de atención conlleva.

En el año 2018 el monitoreo sistemático a instituciones psiquiátricas se continuará focalizando en las condiciones de internación en CEREMOS y Hospital Vilardebó, poniendo especial énfasis en:

- Condiciones de vida de las personas internadas y proyectos de egreso.
- Seguimiento de las recomendaciones realizadas en el año 2017 a las autoridades de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE y a las Direcciones de los Centros.
- Monitoreo a las Salas y Pabellones de seguridad de ambas instituciones: Salas 10, 11 y 16 de Hospital Vilardebó y Pabellón “J” (24) de CEREMOS-Sector Santín Carlos Rossi.
- Seguimiento a la situación de las personas alojadas en los Pabellones 29 y 30 de CEREMOS y reubicadas a partir de las actuaciones judiciales llevadas adelante por el Juzgado Letrado de Primera Instancia de San José de 1° Turno.
- Adecuación, brevedad y excepcionalidad de las prácticas de aislamiento y contención, prácticas de sobremedicalización y terapia electroconvulsiva.

Finalmente, mientras permanezcan personas institucionalizadas por razones de salud mental, el MNP continuará favoreciendo la apertura y transparencia de las instituciones psiquiátricas a los mecanismos de control externo, como medio eficaz para prevenir prácticas abusivas y mejorar las condiciones de encierro institucional.



## Anexo. Recomendaciones

**Cuadro 3. Recomendaciones del monitoreo a instituciones psiquiátricas, 2017**

Oficio/Informe	Fecha	Referido a Centro	Recomendaciones
Oficio 380/2017	09/10/2017	Hosp. Vilardebó-Salas Judiciales	<p>- Se clausuren los calabozos ("cuartos fuertes") de las salas 10 y 16 del Hospital Vilardebó en un plazo máximo de 7 días y se implementen estrategias de contención de pacientes agitados o que por distintas razones no logren adaptarse al sistema de alojamiento colectivo en pabellones, sin lesionar su dignidad humana.</p> <p>- Se realicen las gestiones correspondientes para realojar a los pacientes de la Sala 10 en condiciones que den cuenta de una atención integral respetuosa de su dignidad y que no signifiquen desde ningún punto de vista una regresión en cuanto a las posibilidades de integración de los pacientes a actividades de rehabilitación, circulación ambulatoria y encuentros con la familia.</p> <p>- Se realicen las reparaciones de infraestructura en la Sala 16, en particular atendiendo a las filtraciones, humedades y deterioro en la enfermería.</p> <p>- Se fortalezcan las estrategias asistenciales personalizadas para los pacientes asistidos/os en las Salas 10, 11 y 16, en consideración a la alta complejidad de sus requerimientos terapéuticos, que integren en su consideración, a todo el personal de salud afectado (médicas/os, enfermeras/os, técnicas/os del área psicosocial, personal de vigilancia, etc.).</p>
informe N° 096 Oficio 411/2017	22/12/2017	Centro de Rehabilitación Médica Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS) ASSE	<p>1) En lo que refiere a las condiciones de vida en CEREMOS el MNP recomienda: <u>A la Dirección del Centro:</u></p> <p>- Extremar esfuerzos para desarrollar servicios que desarrollen la autonomía de las personas usuarias, fortaleciendo el trabajo en las áreas de salud integral, rehabilitación y egreso, orientadas hacia la efectiva promoción y protección de los derechos fundamentales de los y las pacientes internados/as:</p> <p>- Implementar Programas de Rehabilitación, Educativos, Culturales y Recreativos acordes a las necesidades de los y las pacientes sin exclusión de los mismos por razones de edad, género o situaciones vinculadas a sus discapacidades mentales.</p> <p>- Implementar un Programa de Salud Sexual y Reproductiva.</p>

Oficio/Informe	Fecha	Referido a Centro	Recomendaciones
<p>informe N° 096 Oficio 411/2017</p>	<p>22/12/2017</p>	<p>Centro de Rehabilitación Médica Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS) ASSE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer los Equipos de Trabajo y el trabajo en equipo y continuar con el Programa de capacitación iniciado, incluyendo en el cronograma de formación continua de funcionarios/as técnicos y no técnicos, componentes vinculados a derechos humanos, género y ética, enfoque de salud integral y salud mental basado en derechos humanos, manejo de las normas internacionales que rigen las situaciones de privación de libertad y de Protocolos actualizados de intervención y mecanismos posibles para conformar un contexto propicio a la protección de los derechos humanos en la vida cotidiana de los centros de internación, prevención, rehabilitación y reintegración.</li> <li>- Extremar las medidas de seguridad internas para evitar que animales de cualquier tipo se desplacen dentro del predio de las colonias así como para limitar la posibilidad de acceso de las personas internadas a las zonas del predio que o bien no están dentro del área urbanizada o no se encuentran desmalezadas.</li> </ul> <p><u>A las autoridades de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponer de los recursos humanos y materiales suficientes a efectos de que cada una de las Salas de los Sectores Etchepare y Santín Carlos Rossi sin excepción pueda contar con la atención psico-social, abordajes grupales y talleres en distintos recursos expresivos, acordes a la edad, género y necesidades específicas de tratamiento, educación y recreación.</li> </ul> <p>2) En lo que refiere a aquellos Pabellones en los cuales se detectaron factores de riesgo de malos tratos el MNP recomienda:</p> <p><u>A la Dirección del Centro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar la disponibilidad de agua caliente para las duchas de todos los Pabellones y en particular procurar una solución efectiva para el acceso al agua caliente de todas las duchas del Pabellón 26 femenino en un plazo no mayor a 15 días.</li> <li>- Disponer de las medidas necesarias para que los Pabellones 26, 27 y 28 y 4 y 9 que alojan a un número mayor de 50 personas cuenten progresivamente con mayores niveles de privacidad en lo que refiere a intimidad y pertenencias personales.</li> <li>- Establecer un Plan de Trabajo en relación a las personas actualmente alojadas en los Pabellones 29 y 30 del Sector Santín Carlos Rossi, que dé cuenta de cuál será su alojamiento definitivo y que asegure las mejores condiciones edilicias y de tratamiento para las mismas.</li> </ul> <p><u>A las autoridades de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aportar los recursos humanos necesarios para la puesta en funcionamiento del Pabellón 11 (Alta dependencia) del Sector Etchepare, sin afectar los recursos humanos de otros servicios del Centro.</li> <li>- Realizar un estudio de la situación judicial de las personas alojadas en el Pabellón 24 (J - Seguridad) del Sector Santín Carlos Rossi.</li> </ul>

Oficio/Informe	Fecha	Referido a Centro	Recomendaciones
informe N° 096 Oficio 411/2017	22/12/2017	Centro de Rehabilitación Médica Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS) ASSE	3) En lo que refiere a la desinstitucionalización progresiva de la población residente se recomienda a las <u>autoridades de ASSE</u> : - Contribuir a una progresiva y mantenida desinternación y desmanicomialización a través de: - Mantener la interdicción de ingreso a CEREMOS de nuevos pacientes.  - Realizar un estudio exhaustivo de la actual situación de discapacidad psicosocial de cada una de las personas internadas en la institución y evaluación de soportes socio-familiares y comunitarios, y sus posibilidades de egreso de las mismas. En su defecto, cuáles serían los apoyos necesarios para que puedan ejercer su derecho a una vida digna y autónoma en la comunidad. (Construcción de un Proyecto Individual).  - Estudio y seguimiento de la situación judicial de los y las pacientes privados/as de libertad por orden judicial.  - Fortalecimiento de los programas de atención comunitaria, trabajo en redes, asistencia familiar y hogares sustitutos.  - Implementación de un Mecanismo de Supervisión de los Hogares Sustitutos

Fuente: Registros MNP, 2017.



## Glosario de siglas

APT	Asociación para la Prevención de la Tortura
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
CD	Consejo Directivo de la INDDHH
CEREMOS	Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CGP	Código General del Proceso
DESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
INDDHH	Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo
MNP	Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPCAT	Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
SAI-PPL	Sistema de Atención Integral a Personas Privadas de Libertad
SPT	Subcomité para la Prevención de la Tortura
UE	Unidad Ejecutora

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 misma 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.

