

Escenarios y condiciones para la incorporación de derechos en los procesos de reforma en la atención a la salud mental. Una panorámica sobre Uruguay y países limítrofes ¹

Uruguay and Neighboring Countries: Scenarios and Conditions for the Incorporation of Rights in Mental Health Care Reform Processes

Nelson de León²

<https://orcid.org/0000-0002-5044-3091>

Resumen

A través del análisis documental y conceptual, se describen contextos y condiciones de producción de los procesos de legislación y reforma en la atención de la salud mental en países del Cono Sur, con énfasis en Uruguay. En las últimas décadas, a partir del retorno a las democracias en Uruguay y países limítrofes, se han desarrollado -con diferentes resultados- intencionalidades de avanzar en el cambio de paradigma desde una lógica manicomial hacia la atención comunitaria. Ello ha implicado la incorporación de la perspectiva de derechos en la atención y consideración de personas usuarias. Se profundiza el análisis en el proceso desarrollado en Uruguay a partir del año 2015, revisando las diferentes tensiones, concepciones y puntos de vista presentes en el campo de fuerzas que concluyó con la promulgación de la Ley de Salud Mental N° 19529 en el año 2017.

Palabras clave: derechos humanos, salud mental.

Abstract

This article describes, through a documentary and conceptual analysis, the frameworks and conditions in which processes of reform and legislation on mental health attention are carried out on countries of the Southern Cone, emphasizing the analysis on the case of Uruguay. In the last decades, since the returning of democracies on Uruguay and neighboring countries, there have been intentions on moving further the asylum/mental hospital logics to a shift of paradigm, getting various results. This has led to the inclusion of a perspective that pays special attention to the rights and consideration of the users. This analysis emphasizes its focus on the process made in Uruguay

1 El presente artículo, toma parte del marco teórico de la Tesis de Doctorado del autor, titulada: "Percepción sobre el ejercicio de derechos vinculados a la atención en salud mental por parte de personas usuarias y familiares participantes de organizaciones sociales. Estudio en Montevideo, Uruguay, 2018". Doctorado Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

2 PhD en Salud Mental Comunitaria. Docente e investigador hasta febrero de 2022 en la Universidad de la República, Uruguay. Correo electrónico: deleonnelson397@gmail.com

on the year 2015, looking through the different perspectives that participated on the dispute that led to the enactment of the Mental Health Law #19529 on 2017

Keywords: Human Rights, Mental Health

Introducción

La vulneración histórica de derechos a personas bajo atención del modelo manicomial y su visibilidad, ha llevado - en las últimas décadas - a procesos de reformas en el campo de la salud mental, con el acompañamiento de adecuaciones legislativas y normativas de diversa profundidad e impacto en la vida de las personas. En Uruguay y los países limítrofes, los procesos de reforma se vieron afectados por las dictaduras cívico-militares de los años setenta, las cuales frenaron y retrasaron procesos de transformación incipientes en la región a fines de los años sesenta. Fue recién a partir del retorno de las democracias al Cono Sur, que se produjeron nuevas condiciones para la crítica al modelo de atención manicomial y la necesidad de su superación para desarrollar una atención de la salud mental en comunidad. En principio, fue a través de la orientación de los organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud y luego a partir de los Órganos de Tratado, cumpliendo un rol fundamental la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006).

Lógicas manicomiales: el desafío de su transformación

Galende (2015), plantea que es necesario hacer hincapié en las relaciones de poder que se han producido históricamente en la atención de salud mental y el papel que ha cumplido el Estado. Estas relaciones, de articulación jurídico-sanitaria, se han producido en occidente a través de legislaciones a imagen y semejanza de la Ley de Alienados del año 1838 de Francia. En Uruguay, fue la Ley 9581 del año 1936, vigente hasta el año 2017, la que estableció las formas de organización y tratamiento para las personas bajo el estatus de enfermedad mental, denominadas

como enfermo psíquico en la Ley. Allí se indicó el servicio cerrado (internación involuntaria) con fundamento en la peligrosidad de la persona y la alteración del orden público (Art. 15). Quizás este linaje histórico de prácticas de tratamiento, basado en la peligrosidad y el encierro, expliquen las tensiones, resistencias y obstáculos a la hora de producir las transformaciones del modelo de atención manicomial y materializar el acceso real a los derechos de personas usuarias.

Castel (1980), ha alertado acerca de las dificultades presentes a la hora de lograr una transformación del conjunto del sistema o política de salud mental, a diferencia de los cambios y reestructuras que significan reordenamientos, pero con permanencia y predominancia de las lógicas de encierro o internamiento.

Amarante (2006) lo ha planteado como reforma psiquiátrica, indicando como fundamental la reformulación y el cuestionamiento del paradigma psiquiátrico clásico. Para este autor, el uso del propio término “reforma”, ubica las tensiones y resistencia para la concreción real de la transformación y el acceso a los derechos.

A este desafío de transformación, autores como Cohen y Natella (2013) lo llaman “desmanicomialización”, concibiéndolo como un proceso complejo, multidimensional y basado en una política pública de salud mental comunitaria.

Por su parte, Faraone y Valero (2013) optan por la noción de desinstitucionalización en salud mental, para pensar y trabajar en este desafío, incluyendo el análisis de poder que sostiene las prácticas de encierro, sus modos de construcción y de legitimación histórica.

Contexto General

En América Latina y el Caribe, con la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, se establece un punto de partida para orientar a los países hacia el abandono del modelo basado en el hospital monovalente y centrar la atención en la comunidad (OMS/OPS, 1990). Sin embargo, sólo considerando en la región a Argentina, Brasil y

Uruguay, se observan diferencias en los procesos de reforma y articulación legislativa, así como en los efectos a partir de los contextos políticos. El contexto político en el cual se iniciaron los procesos de reforma en la atención a la salud mental en estos países corresponde con la salida de las dictaduras cívico-militares y el terrorismo de Estado a fines de las décadas de 1970 y 1980.

Esta circunstancia ha otorgado relieves específicos en la articulación de la atención en salud mental y los derechos humanos, diferenciándose de los procesos europeos, los cuales surgieron al abrigo de la posguerra y se desplegaron como fuerte crítica al aumento desmedido de las internaciones psiquiátricas. Evaristo (2000) describe el contexto europeo de entonces,

Ese fenómeno obligó a la sociedad a cuestionarse sobre la función terapéutica y de rehabilitación de los hospitales psiquiátricos, sobre su respeto de los derechos humanos, sobre su coherencia con los nuevos principios de reconstrucción de sociedades libres, sobre costes económicos y humanos de las internaciones (Evaristo, 2000, p. 19).

En las décadas posteriores, en diferentes países de Europa y en Estados Unidos, se fueron conectando con intensidad movimientos sociales y desarrollando la construcción de un pensamiento crítico, hacia los efectos de poder de las instituciones en general, y en particular a las manicomiales. Este movimiento tuvo su epicentro en la reforma italiana con la Ley 180, de 1978, que estableció el cierre de hospitales psiquiátricos.

El proceso italiano se ha mantenido como referente en el avance de la atención comunitaria en salud mental y el cierre de hospitales psiquiátricos, y Trieste se convirtió en el ejemplo de la desmanicomialización. Sin embargo, este trayecto no pudo expresarse con el mismo énfasis en otros países:

En los demás países occidentales, donde ya con anterioridad a la experiencia italiana habían surgido instancias reformadoras en el campo de la psiquiatría, los esfuerzos se han detenido en la idea de la posible humanización del manicomio, o más probablemente, en la dificultad concreta de pres-

cindir de ese lugar destinado únicamente al control del desasosiego social (Evaristo, 2000, p. 24).

Esta inflexión, que significa el cierre de los hospitales psiquiátricos, adquiere actualidad en los procesos de reforma en desarrollo en nuestros países y ha ocupado el escenario de legislación en los últimos años. También lo constituyen otros propósitos que se ubican desde la perspectiva de derechos, tales como el ejercicio de capacidad jurídica, la información, el monitoreo, los recursos y planes específicos para el acceso a la vida digna y la inclusión social.

Dictaduras cívico-militares en Uruguay y países limítrofes: impacto en los contextos de reforma en la atención a la salud mental

Se puede observar este escenario, comparativamente, analizando brevemente los contextos particulares y procesos de Argentina, Brasil y Uruguay.

En Argentina, Faraone y Valero (2013) recuerdan que hacia el final del régimen militar (1976-1983), con el regreso del exilio de profesionales críticos a las intervenciones deshumanizadas en salud mental y algunas acciones de planificación de política sanitaria, se inició la transformación de las lógicas manicomiales y la formación de recursos. Este inicio transformador, en la reapertura democrática, se vio suspendido en la década de 1990: "Se produjo en esos años un quiebre profundo en la política nacional y, por ende, en la sanitaria y de salud mental" (Faraone y Valero, 2013, p. 20).

Pero la cimiento de alguna forma estaba sembrada y en las décadas posteriores se pudieron desarrollar algunas experiencias provinciales³ y se retomó, aunque con discontinuidades, el impulso de la reforma que concluyó con la Ley de Salud Mental N° 26657 promulgada en 2010 y reglamentada en 2013.

3 Ha sido paradigmática la reforma de la Provincia de Río Negro (Cohen y Natella, 2013).

En Uruguay, también el escenario de dictadura cívico-militar vivido en la década de 1970 afectó el proceso de reforma de instituciones manicomiales,

A fines de la década del 60, ya se establecían las recomendaciones y alertas acerca de las condiciones de atención. En 1985, y luego de más de una década de recrudescimiento en las instituciones de encierro en el marco del terrorismo de Estado, la reapertura democrática y el contexto de la Concertación Nacional Programática produjo condiciones para la elaboración de un Plan Nacional de Salud Mental (de León, 2013, p. 90).

El Plan Nacional mencionado cuestionaba el centralismo de la atención manicomial y proponía un fuerte desarrollo de la atención comunitaria. Sin embargo, al igual que en Argentina, las políticas neoliberales, la escasez de recursos y la continuidad de concepciones psiquiatrizantes en el poder, no lograron revertir, en las décadas posteriores, el modelo de atención. Así se describía esta situación, por parte de una participante directa en aquel proceso:

Yo considero que el gobierno arrasó el Plan Nacional de Salud Mental, que lo destruyó como las bombas destruyeron Guernica. Pero tengo claro que esto no fue un acto de mala voluntad personal. Creo que las corrientes neoliberales que están impregnando todos los espacios de nuestra vida pública y privada no van a permitir nunca que se implemente una política de fomento de la salud mental en nuestro país. ¿Por qué? Porque más allá de discusiones filosóficas acerca del estatuto epistemológico de “lo mental”, una política como esta supone brindarle a la población recursos y oportunidades para mejorar su calidad de vida (Rudolf, 1996, p. 107).

En Brasil la reforma también tuvo los inicios en el ocaso del régimen militar a fines de la década de 1970 y principios de siguiente; en el desarrollo adquirió relevancia el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental, que realizó múltiples críticas a la situación y a las condiciones de atención. A comienzos de la década de 1980 se realizaron encuentros, jornadas y movilizaciones.

En 1980, es el Turno de I Encuentro Regional de los Trabajadores en Salud Mental, en Río de Janeiro, del 23 al 25 de mayo, en el cual se discuten problemas sociales –relacionados a la enfermedad mental, a la política nacional de salud mental, a las alternativas surgidas para los profesionales del área, las condiciones de trabajo de esos profesionales, la privatización de la medicina, a la realidad político-social de la población brasilera– y denuncias de las muchas “barbaridades” ocurridas en las instituciones psiquiátricas (Amarante, 2006, p. 65).

Sin embargo, en este proceso de Brasil, así como en Argentina y Uruguay, las iniciales fuerzas de reforma fueron cooptadas, canalizadas o frenadas, sin que se llegara a profundizar en la transformación. Amarante (2006) llama “co-gestión” a esta primera iniciativa en Brasil, en la cual

[...] el MTSM [Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental] da las manos al Estado y camina un recorrido casi inconfundible en que, algunas veces, es difícil distinguir quién es quién. El Estado autoritario moribundo, específicamente en el sector de la salud, en su necesidad de alcanzar legitimidad, disminuir tensiones y objetivar resultados concretos en sus políticas sociales, desea esa alianza, pero seguro de que los cambios no consiguen herir efectivamente las bases de esas mismas políticas (Amarante, 2006, p. 80).

En los treinta años posteriores, se fueron significando en los tres países diferentes trayectos de posibilidades de reformas, con avances y retrocesos; se pusieron en juego diferentes concepciones acerca de la atención y los derechos, del otorgamiento de recursos económicos, de la participación y formación de trabajadores y profesionales, de las posibilidades de participación real y de incidencia de personas usuarias y familiares.

En Uruguay, a partir de 2005, se retomó un camino de reforma en la atención en salud mental, que se había iniciado a la salida de la dictadura cívico-militar 20 años antes. Con el ascenso del Frente Amplio al gobierno nacional, se reconoció la deuda histórica con la situación de la atención a la salud mental (Ministerio de Salud Pública, 2005) y se realizó una primera convocatoria a organizaciones sociales y académicas para

transitar hacia una Ley de Salud Mental que sustituyera la llamada Ley de Asistencia al Psicópata N° 9581 de 1936.

Este impulso, dado a través del grupo “Política, legislación y derechos humanos en salud mental” del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, se produjo en un escenario general de cambio del modelo de atención y gestión a la salud, a través de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud por la Ley N° 18211. En sus principios rectores establece la intersectorialidad e integralidad de las políticas, la cobertura universal, la accesibilidad y la equidad, el respeto de los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios, la participación de los mismos y los trabajadores, la sustentabilidad de recursos y la orientación preventiva (ROU, 2007).

Sin embargo, el escenario general de transformación del modelo de salud no produjo la tracción necesaria para el cambio de modelo en la atención a la salud mental. No se logró consolidar el ingreso a la discusión parlamentaria de una primera propuesta de anteproyecto de Ley de Salud Mental, realizada fundamentalmente entre 2007 y 2009 en el ámbito del Grupo de Trabajo anteriormente nombrado. Se generaron fuertes resistencias de parte de las corporaciones vinculadas al sostenimiento del modelo de atención tradicional, basado en la atención manicomial y el predominio de la institución psiquiátrica.

Concepciones y fuerzas de ciertas corporaciones, frente a las organizaciones sociales vinculadas al campo de la salud mental y los derechos humanos, y una agenda que no incluía la vulneración a los derechos de las personas institucionalizadas de forma destacada, permitieron que pasara una década para volver a retomarse la iniciativa legislativa en salud mental. Década que no estuvo exonerada de observaciones y recomendaciones de órganos de tratado, como en 2010 por el comité del Comité del Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Desde allí se alertaba acerca de la marginación de las personas con discapacidad mental y el deterioro de la atención, en particular aquellas que se encontraban

en tratamiento en clínicas psiquiátricas privadas y públicas.

Recién en el año 2015 se reinició el proceso de debate y legislación en salud mental, en un momento en que la sociedad uruguaya estaba conmovida por el conocimiento de nuevas muertes, en condiciones dramáticas, de personas internadas en la Colonia de Alienados Bernardo Etchepare. El caso de una persona que murió al ser atacada por una jauría de perros provocó el inicio del tratamiento parlamentario de las condiciones de atención en salud mental.

La convocatoria, esta vez por parte del Ministerio de Salud Pública, logró la participación de más de 30 organizaciones e instituciones sociales y académicas, así como de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, creada en 2008 por la Ley N° 18446.

Se inauguró así un proceso de intensa labor con la cual se logró ubicar el tema en la discusión política y la agenda de los medios de comunicación, y luego de dos años de debate se promulgó la Ley de Salud Mental. Así se expresaba en artículos de prensa de entonces:

En este momento se está analizando en el Parlamento Nacional el proyecto de Ley de Salud Mental desde una Perspectiva de Derechos Humanos en el Marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Como primer punto parece relevante señalar que su redacción actual es producto de un largo proceso de intercambio, acuerdos, discrepancias y síntesis que comenzó en 1984 —a fines de la dictadura militar—, cuando múltiples organizaciones gremiales, de usuarios, de familiares, científicas y universitarias ligadas a la salud mental trabajaron conjuntamente y se constituyeron en la Comisión Asesora Técnica del Ministerio de Salud Pública (Sibils, 2016).

El responsable del programa de Salud Mental del MSP [Ministerio de salud Pública], Ariel Montalbán, explicó que lo que se tiende es a un modelo de atención comunitaria, apoyado en el de recuperación. Esta transformación que se propone implica que la persona esté internada el menor tiempo posible, que sea atendida por un equipo, que se le dé continuidad en la atención

en lo que son las estructuras ambulatorias de policlínicas con equipos especializados, en centros de rehabilitación (*uy.press*, 2016).

El debate volvió a traer posiciones y tensiones que giraron en torno a las relaciones de poder en el trabajo asistencial, a la perspectiva de derechos y a diferentes concepciones epistemológicas y políticas a la hora de la comprensión de las condiciones del sufrimiento.

El trabajo desarrollado hacia una ley de salud mental de Uruguay, que culminó con la aprobación en agosto de 2017 de la Ley N° 19529, tuvo diversos escenarios y la participación de decenas de organizaciones, instituciones, grupos y personas vinculadas al campo de la salud mental. En tal sentido, podría decirse que la elaboración de la Ley fue consultiva, aunque luego, en el momento de concreción y debate parlamentario, no fueron incluidos varios de los aspectos planteados por organizaciones sociales, la Institución Nacional de Derechos Humanos e, incluso, recomendaciones internacionales.

Ley de Salud Mental N.º 19529 en Uruguay: un campo de fuerzas

En marzo de 2015 la conmoción producida por el fallecimiento en la Colonia de Alienados Bernardo Etchepare de personas internadas, las observaciones y recomendaciones de organismos internacionales a Uruguay y una mayor incidencia de organizaciones sociales, produjeron condiciones para que la convocatoria realizada por el Ministerio de Salud Pública a través del Programa Nacional de Salud Mental tuviera fuerza participativa. Esta primera etapa, que duró algunos meses, ya mostró diferencias que luego se acentuarían, y que llevarían a la creación de la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental en mayo de 2016. Las posiciones, básicamente, se dividían entre las planteadas por las asociaciones académicas y gremiales provenientes de la Psiquiatría y, por otra parte, las del campo social y académico relacionado con los derechos humanos y la salud mental. Estas diferencias compusieron fuerzas que pugnaron también en el trabajo parlamentario y se desarrollaron hasta

agosto de 2017, cuando se promulgó la Ley. Esto se observa tanto en el proceso desarrollado en la primera etapa, que se realizó en el ámbito del Ministerio de Salud Pública entre abril y junio de 2015 y culminó con una propuesta elevada por el Poder Ejecutivo en diciembre del mismo año, así como en el debate parlamentario que se dio en el Senado y la Cámara de Representantes.

Durante 2016 y 2017 se produjeron eventos académicos, debates en los medios de comunicación y movilizaciones que siguieron mostrando estas tensiones entre las fuerzas provenientes de las diferentes formas de concebir los derechos y el cambio de modelo en la atención a la salud mental.

Esta tensión que se produce, entre las dos perspectivas, se podría caracterizar de la siguiente manera; una representa un modelo transformador basado en el paradigma de la salud mental con perspectiva de derechos donde la persona es la centralidad. Como sentido fundamental, promueve y defiende los derechos humanos en función de lo establecido por Tratados como la CDPD [Convención Internacional sobre los Derechos de Personas con Discapacidad], el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos Sociales y Culturales (PISDEC) y por Principios y Declaraciones OPS/OMS como los Principios para la mejora de la atención en Salud Mental (1991), la Declaración de Caracas (1990), la Declaración de Panamá (2010). La otra perspectiva, parece representar la continuidad del actual paradigma, basado fundamentalmente en la concepción de trastorno y enfermedad mental, dándose –por la vía de los hechos– la continuidad a los actuales tratamientos y modalidades de atención (de León y Techera, 2017, p. 55).

Estas diferentes posiciones y puntos de vista se fueron expresando a medida que avanzaba la elaboración del proyecto de ley y se le daba tratamiento parlamentario. Así es que, la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental en clave de derechos, expresaba en su último comunicado, inmediatamente promulgada la Ley N° 19529, las discrepancias mantenidas a lo largo del proceso y finalmente enunciadas en la misma.

Los aspectos puestos en cuestionamiento por la CNLSM [Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental], al articulado de la Ley N° 19529, fueron en consonancia a principios consagrados desde la CIDPD [Convención Internacional sobre los Derechos de Personas con Discapacidad], tales como las falencias en la capacidad jurídica de personas usuarias, el trato discriminatorio utilizado en las denominaciones, las condiciones de dependencia del monitoreo a la vulneración de derechos, entre otros (CNLSM, 2017).

Otro actor fundamental en el proceso de legislación fue la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, quien aportó datos a la Comisión de Salud del Senado para su consideración en junio de 2016. Sin embargo, estas dimensiones, no fueron tomadas en cuenta.

En sus consideraciones a la Cámara de Representantes, la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo coincidía en gran medida con los planteos de la Comisión por una Ley de Salud Mental, estableciendo que, si bien el proyecto constituía un avance en relación a la legislación existente entonces,⁴ requería cambios para incluir cabalmente la perspectiva de derechos:

La INDDHH [Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo] considera que si bien el Proyecto de Ley constituye un avance significativo en relación al marco normativo vigente en la materia, no consigue concretar cabalmente el salto paradigmático que implica la incorporación efectiva de una concepción sustentada en los derechos humanos, quedando por momentos atrapado en aquellos nudos problemáticos que desde hace décadas han estado presentes en las normativas, políticas, prácticas institucionales y profesionales, y concepciones vinculadas al campo de la salud mental (INDDHH, 2016)

Otro aporte relevante en este sentido fue la posición del Representante para la región del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Nacio-

nes Unidas, expresada a la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes en junio de 2017. Allí se establecían algunas valoraciones coincidentes con la Comisión por una Ley de Salud Mental y con la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo:

El Proyecto no consigue incorporar cabalmente los estándares internacionales, pues éstos establecen la prohibición de utilizar terminología peyorativa en materia de salud mental. [...]. 2. El Proyecto no aborda interdisciplinariamente los diferentes momentos del proceso de atención de acuerdo a lo establecido en estándares internacionales. 3. Si bien el Proyecto crea, a través de su artículo 39, un órgano contralor de las prácticas de atención en salud mental, este se establecerá bajo el organismo que gestiona la política de la salud coordinado por el Ministerio de Salud Pública. [...] 4. Internación involuntaria y consentimiento informado. El proyecto admite la internación involuntaria y la sustitución de voluntad de la persona afectada por terceras personas. Esto contradice los art. 12 y 14 de la Convención (Incalcaterra, 2017).

Podríamos preguntarnos acerca de las condiciones y relaciones de fuerza que se dieron, para que la Ley N° 19529 no incluyera los estándares expresados por la Comisión por una Ley de Salud Mental, la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo y la ONU a través de la oficina regional del Alto Comisionado de Derechos Humanos.

Uno de los aspectos que fueron incluidos, como modificación, desde la Comisión de Salud de Diputados al proyecto enviado inicialmente por el Poder Ejecutivo, fue la incorporación del año 2025 como fecha tope para el cierre de instituciones psiquiátricas de internación monovalente⁵. Fue esta una de las aspiraciones planteadas por la Comisión por una Ley de Salud Mental desde su conformación, y tomada en cuenta en el último tramo de promulgación de la Ley.

Se promulgó una Ley que no logró establecerse en aspectos fundamentales, en consonancia y a la altura enunciativa que los tratados y las reco-

4 Hasta 2017, la Ley 9581 de 1936 fue la legislación existente de organización de la asistencia, con componentes asociados a la peligrosidad y la moral en las fundamentaciones para la atención.

5 Artículo 37 de la Ley N° 19529.

mendaciones han planteado. Quedaría un análisis –que excede el objetivo de este artículo–, para visualizar en profundidad las fuerzas culturales, políticas y corporativas que operaron en tal sentido.

En 2017, luego de promulgada la Ley, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura⁶, desde la órbita de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo se elaboró un documento en el cual se alerta acerca de la necesidad de armonización entre la Ley de Salud Mental N° 19529 y la actual normativa de Uruguay, de forma tal de poder actuar en términos de protección de derechos.

A manera de cierre: la Ley 19529 en Uruguay a cinco años de promulgación

Luego de más de cinco años de promulgada la Ley, la reglamentación no ha avanzado en función de las orientaciones planteadas por el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y tampoco se han provisto recursos económicos suficientes en la rendición de cuentas para avanzar en la operativización.

En síntesis, y en función del articulado de la Ley de Salud Mental N° 19529, se puede visualizar que la misma no logró adecuarse cabalmente a los estándares de derechos que se venía solicitando desde los tratados ratificados por el país.

Respecto a la capacidad jurídica, en lo que se refiere al ejercicio del consentimiento informado de la persona usuaria, establecido en el artículo 23, se hace referencia al artículo 11 de la Ley N° 18335, de 2008, de derechos y deberes de personas usuarias de la salud. Se puede observar la diferencia en cuanto al acceso a la decisión de la persona como usuaria de la salud en general y a la persona usuaria de atención en salud mental. En este último caso, en lo que corresponde a las terapéuticas, incluida la internación involuntaria, los artículos de la Ley N° 19529 dejan a la persona en una capacidad de elección diferencia-

da y a la prescripción médica con predominancia, como se puede observar en los artículos 27 y 31 subsiguientes.

En cuanto al derecho a la libertad personal y la garantía del debido proceso, no se encuentran garantizadas en tanto la carga de notificación no establece la obligatoriedad de asesoría legal. Y el órgano de monitoreo y supervisión no se adecua a los Principios de París respecto a la autonomía e independencia, y se encuentra en la esfera del Poder Ejecutivo, Ministerio de Salud Pública, como está establecido en el artículo 39.

Desde la promulgación de la Ley N° 19529, el proceso de reglamentación ha sido lento, la asignación y redistribución de recursos económicos dirigidos a la atención comunitaria insuficientes y la presencia en la agenda de los derechos y la salud mental, pareciera ubicarse nuevamente en cierta opacidad.

En el actual contexto, el mayor desafío planteado para Uruguay es el cumplimiento de la Ley, en cuanto a: monitoreo efectivo de vulneración de derechos, promover acciones para el cierre de hospitales monovalentes en todo el territorio nacional hacia el año 2025, fortalecimiento de la red territorial y de la participación de personas usuarias, familiares, trabajadoras y trabajadores, sector académico, sistema jurídico y de la comunidad en general, a los efectos de lograr el apoyo para la transformación social que implica el cambio de modelo de atención.

Bibliografía

- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Castel, R. (). *El orden psiquiátrico*. Madrid: La Piqueta.
- Cohen, H. y Natella, G. (2013) *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar.
- CNLSM, (2017). *Comunicado a la opinión pública ante la aprobación de la Ley de Salud Mental*, Montevideo, Comisión Nacional Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://www.facebook.com/notes/comisión-nacional-por-una-ley-de-salud-men->

⁶ El Mecanismo Nacional de Prevención a la Tortura, fue creado en Uruguay en 2008, en función del protocolo de la Convención Contra la Tortura de la ONU.

- tal-en-clave-de-derechos-humanos/comunicado-sobre-las-modificaciones-realizadas-en-comisión-de-salud-pública-y-as/1383752291709524/
- De León, N. (2013). Procesos de reforma en la región y nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario, en AAVV (coord. Nelson de León), *Salud Mental en debate* CSIC-UdelaR (pp.87-94). Montevideo: Psicolibros.
- De León, N. y Techera, A. (2017). Reformas de atención en salud mental de Uruguay y la región, en AAVV, (coord. Grupo de trabajo en Salud Mental Comunitaria), *Salud mental, Comunidad y Derechos Humanos* (pp. 51-68). Montevideo: Psicolibros.
- Evaristo, P. (2012). La desinstitucionalización de la Psiquiatría en Trieste y en Italia, en AAVV (coord. Nelson de León), *Abrazos: crónicas y narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 13-22). Montevideo: Levy.
- Faraone, S. y Valero, A. (2013). Introducción, en AAVV (coord. Silvia Faraone y Ana Valero), *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas Manicomiales* (pp. 17-35). Buenos Aires: Madres Plaza de Mayo,.
- Galende, E. (2015). Prólogo, AAVV, en *Cruzar el muro, desafíos y propuestas para la externación del manicomio* (pp. 5-11). Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales.
- Incalcaterra, A. (2017). *Carta a la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes del Representante Regional del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas, Montevideo*. Recuperado en <https://www.facebook.com/295623523976669/photos/pcb.672752912930393/672752769597074/?type=3&theater>.
- OMS/OPS. (1990). Declaración de Caracas, Venezuela. Recuperado en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Ley Institución Nacional de Derechos Humanos (2016). *Informe sobre proyecto de Ley por el que se reglamenta el derecho a la protección de la salud, Uruguay*. Recuperado en <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-sobre-proyecto-de-ley-por-el-que-se-reglamenta-el-derecho-la>
- ROU (2007). *Ley N.º 28. 211, Sistema Nacional Integrado de Salud*. Uruguay, Poder Legislativo. Recuperado en <https://parlamento.gub.uy/documentos/leyes/leyes/ley/18211>
- ROU (2017). *Ley N.º 19529, Salud Mental*. Uruguay, Poder Legislativo. Recuperado en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- ROU (1936). *Ley N.º 9581, Regulación de los establecimientos psiquiátricos*, Uruguay, Poder Legislativo. Recuperado en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9581-1936>
- Rudolf, S. (1996). A diez años del Programa Nacional de Salud Mental, en AAVV, *Historia, violencia y subjetividad. Terceras Jornadas de Psicología Universitaria* (pp. 102-109). Montevideo: Multiplicidades.
- Sibils, R. (2017). Sobre el proyecto de ley de salud mental, *La diaria*, 23 de junio. Recuperado en <https://ladiaria.com.uy/articulo/2017/6/sobre-el-proyecto-de-ley-de-salud-mental/>
- UY.PRESS (2016). Nuevo marco legal y nuevo paradigma para abordar la salud mental, 5 de octubre. Recuperado en www.uypress.net/auc.aspx?72230