**Derechos humanos** y **salud mental en el Uruguay**

## Mental Disability Rights International

*proyecto de[*

Center for Human Rights & Humanitarian Law Washington College of Law, American University *y el*

Bazelon Center for Mental Health Law

Washington, D.C. junio de 1995

Mental Disability Rights International

Mental Disability Rights International (MDRI) es una organizaci6n dedicada a prornover el reconocirniento y curnplirniento internacional de los derechos de las personas con discapacidades rnentales. El MDRI docurnenta violaciones a los derechos hurnanos, apoya la prornoci6n y desarrollo de los derechos de los discapacitados rnentales en el rnundo, asesora a los defensores de estos derechos que buscan reforrnar el sisterna legal y de servicios de salud, y prornueve la supervisi6n internacional para dar curnplimiento al derecho internacional de los derechos hurnanos en beneficio de los discapacitados mentales en los Estados Unidos y en el exterior. Con base en el conocimiento y la experiencia de abogados y profesionales de la salud mental, los usuarios de los sisternas de salud y sus familias, el MDRI est'i forjando una nueva alianza para desafiar la discriminaci6n y el abuso que sufren las personas con discapacidades mentales en todo el mundo.

Los expertos de! MDRI llevaron a cabo viajes de investigaci6n en Uruguay, Ucrania, Hungria y la Republica Checa. Actualrnente el MDRI apoya la creaci6n de nuevos proyectos de protecci6n y prornoci6n de los derechos de los discapacitados en Argentina, Hungria y la Republica Checa. Recientemente, el MDRI present6 sus observaciones al Comite de las Naciones Unidas sobre Derechos Hurnanos acerca de la aplicaci6n de! Pacto Internacional sobre Derech s Civiles y Politicos en los Estados Unidos.

El MDRI es un proyecto conjunto de! *Baze/on Center for Mental Health Law* (Centro Bazelon para Derecho de la Salud Mental) y el *Center for Human Rights and Humanitarian Law* (Centro para Derechos Humanos y Derecho Hurnanitario) de! *Washington School of Law* (facultad de derecho) de la American University.

Autores y participantes en la misi6n

**Eric Rosenthal,** Abogado (JD), Universidad de Georgetown, EE.UU. El Dr. Rosenthal es el fundador y director de! MDRI. Ha publicado varios articuJos sobre los derechos hurnanos de las personas con discapacidades mentales y ha llevado a cabo investigaciones sobre este terna en la Republica Checa, Hungria, Israel y los Territorios Ocupados, Jordania, Mexico, Ucrania y Uruguay. Ademas de su trabajo en el MDRI, el Dr. Rosenthal ha trabajado para el *Baze/on Center for Mental Health Law* y ha escrito informes sobre derechos hurnanos para las organizaciones *Minnesota Advocates for Human Rights, Human Rights Watch* y *Physicians for Human Rights.* En 1993 el Dr. Rosenthal present6 su testimonio sobre las implicaciones de la politica de comercio exterior estadounidense para los derechos hurnanos, ante la Camara de Representantes de los Estados Unidos. El Dr. Rosenthal recibi6 una beca de la Fundaci6n Ford para realizar estudios en derecho internacional publico y de! *Echoing Green Public Service Fellowship* para apoyar su trabajo social.

**Elizabeth M. Iglesias,** Abogada (JD), Universidad de Yale, EE.UU. La Dra. Iglesias es profesora asociada de la facultad de derecho de la Universidad de Miami, en donde dicta cursos de derecho econ6mico internacional y desarrollo de! tercer mundo, procedimiento penal y relaciones laborales. Antes de integrarse al cuerpo docente de la Universidad de Miami, la Dra. Iglesias se desempefi6 como investigadora asociada de! centro de justicia penal de la facultad de derecho de la Universidad de Harvard, en donde trabaj6 en un proyecto sobre reforrna de lajusticia penal en Guatemala, bajo la direcci6n de! profesor Phillip B. Heyman. La profesora Iglesias ha publicado nurnerosos articulos sobre la relaci6n fuerza laboral-ley de empleo y su impacto en las mujeres de color; la traosici6n hacia la democracia en America Latina; y el impacto de la globalizaci6n de! capital en el movimiento sindical **norteamericano.**

**Humberto L. Martinez,** Medico psiquiatra (MD) de la facultad de medicina de la Universidad de Puerto Rico; residencia en psiquiatrfa de! colegio de medicina Albert Einstein y el Hospital Lincoln de! Bronx en Nueva York; Y becario de la *Division of Social and Community Psychiatry School of Public Health* (Divisi6nde Psiquiatrfa Social Y Comunitaria de la Escuela de Salud Publica) de la Universidad de Columbia. El Dr. Martinez es catedratico 1>lfnico asociado de! *New York Medical College* (Colegio de Medicina de Nueva York). Es uno de las fundadores ebdinect,,r ejecutivo de! *South Bronx Mental Health Council* (Consejo de Salud Mental de! South Bronx), una

comunitaria sin fines de lucro. El Dr. Martinez ha recibido nurnerosos reconocimientos por su trabajo, se destaca el *Distinguished Psychiatric Administrator Award* (Premio Administrador Psiquiatrico

Distinguido) otorgado por la *American Association of Psychiatric Administrators* (Asociaci6n Americana de Administradores Psiquiatricos) de Nueva York. De 1987 a 1994 fue miembro de! *American Psychiatric Association Committee on the Abuse and Misuse of Psychiatry* (Comite sobre Abuso y Uso hnpropio de la Psiquiatrfa de la Asociaci6n Americana de Psiquiatras - APA). Actnalmente es miembro de! *Scientific Program Committee* (Comite de Programas Cientfficos) de la APA. Es tambien el presidente de! comite de derechos hmnauos de la *World Association for Psychosocial Rehabilitation* (Asociaci6n Mundial para la Rehabilitaci6n Psicosocial) y secretario de Ia secci6n de salud mental de la *American Public Health Association* (Asociaci6n Americana de Salud Publica). El Dr. Martinez ha publicado articulos y dictado conferencias sobre rehabilitaci6n psicosocial en los Estados Uuidos, Canada, Colombia, Espana, Puerto Rico, Irlanda y Uruguay. El Dr. Martinez es miembro de! Consejo Directivo Nacional de! MDRI.

**Leonard S. Rubinstein,** Abogado (JD), Universidad de Harvard, EE.UU. El Dr. Rubinstein es Director Ejecutivo de! *Baze/on Center for Mental Health Law,* un consultorio jurfdico sin fines de lucro, ubicado en Washington, DC. Como abogado litigante que representa a adultos y menores de edad con discapacidades mentales, ha logrado producir decisiones de las cortes federales que sientan precedentes sobre derechos, tratamiento clinico apropiado, trato justo y protecci6n contra el abuso de personas discapacitadas. El Dr. Rubinstein tambien ha liderado esfuerzos tendientes a lograr la promulgaci6n de nuevas !eyes federales que protejan los derechos civiles de los individuos con discapacidades bajo las emniendas a la ley-marco que protege el derecho equitativo a una vivienda *(Fair Housing Act)* y la ley-marco que protege a los ciudadanos americanos con discapacidades *(Americans with Disabilities Act).*

El Dr. Rubinstein es profesor adjunto de la facultad de derecho de la Universidad de Georgetown, en donde ensefia responsabilidad profesional en el programa de estudios en derecho de interes publico *(Public Interest Law Scholars Program).* El Dr. Rubinstein tambien ha sido miembro de! comite sobre derecho de la discapacidad mental y ffsica *(Commission on Mental and Physical Disability Law)* de! *American Bar Association,* y autor de numerosos articulos sobre temas de derecho y etica concernientes a las personas con discapacidades mentales. Es el fundador y actual miembro de la junta directiva del consultorio jurfdico para los sin-techo de Washington *(Washington Legal Clinic for the Homeless).* Designado por el Concejo de la Ciudad de Alexandria, Virginia el Dr. Rubinstein es miembro de la junta de salud mental, retardo mental y drogadicci6n *(Mental Health and Mental Retardation and Substance Abuse Services Board)* dirigiendo el comite dedicado a las personas con .retardos mentales. Tambien es miembro de la junta directiva de *Beth El House,* una casa comunitaria que recibe a farnilias sin techo. Basta 1993, el Dr. Rubinstein fue miembro de! cornite *ad hoc* sobre vivienda para familias de bajos recursos. El Dr. Rubinstein ha sido presidente de! *American Civil Liberties Union* y actualmente es rniembro de! Consejo Directivo Nacional de! MDRI.

**Clarence J. Sundram,** Abogado (JD), Universidad de Buffalo, EE.UU. El Dr. Sundram es rniembro fundador de una agencia independiente que supervisa las condiciones de infraestructura de las instituciones y de los programas comunitarios para personas con discapacidades mentales *(New York State Commission on Quality of Care for the Mentally Disabled).* Esta comisi6n tambien funciona como una agencia federal para la protecci6n y promoci6n de los derechos de personas discapacitadas de! estado de Nueva York. Bajo la direcci6n de! Dr. Sundram la Comisi6n ha recibido reconocimiento nacional como Hder en la defensa de los discapacitados mentales. Entre los multiples premios recibidos se encuentran los otorgados por las instituciones *Public Citizen Health Research Group, National Council of State Governments* y *Public Employees Roundtable.* En 1993 el Dr. Sundram recibi6 el premio al empleado pubIico de! afio ("*Public Official of the Year")* otorgado por la asociaci6n de ayuda para la rehabilitaci6n del estado de Nueva York *(New York Association of Rehabilitation Facilities).*

El Dr. Sundram ha publicado numerosos articulos acerca de los derechos de las personas con discapacidades mentales, y ha testimoniado ante el Senado y la Camara de Representantes de los Estados Unidos, Y numerosos cornites legislativos de! estado de Nueva York. Ha sido designado en las cortes federales como miembro de! *Willowbrook Review Panel,* el comite asesor de! estado de Alabama en el cumplimiento de las obligaciones derivadas de! caso *R'yatt v. Stickney,* y como consultor experto en el caso *Gary W. v. Lousiana* y ***Dixon v. Weinberger,* entre otros. El Dr. Sun.dram es un orador invitado con frecuencia a conferencias estatales y** nacionales asi como tambien a programas de televisi6n como *Nightline* y *CBS Evening News.* El Dr. Sundram es miembro de! Consejo Directivo Nacional de! MDRI.

CONTENIDO

Agradecimientos . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . Prefacio .

Sumario .......................... .

Pr6logo: objetivos y metodos del presente informe

. vii

IX

xi

1

1. Introdncci6n . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3
	1. La preocupaci6n internacional por los derechos de los discapacitados mentales . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3
	2. [Obligaciones internacionales del Uruguay 7](#_TOC_250010)
	3. Contexto hist6rico-politico del Uruguay 10
	4. Organizaci6n del sistema de salud mental uruguayo 13
		1. [Mutualistas . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 13](#_TOC_250009)
		2. [Hospitales publicos 14](#_TOC_250008)
		3. [Pensiones para discapacitados 14](#_TOC_250007)
		4. Recursos profesionales 15
		5. Servicios a victimas de violaciones a los derechos humanos 16

Situaci6n de los derecbos humanos de los discapacitados mentales 17

1. [Estructura de los servicios de salud mental . . . . . . . 17](#_TOC_250006)
	1. lnstitucionalizaci6n de la custodia 18
	2. "Pacientes sociales" 18
	3. Falta de alternativas comunitarias 21
2. lnternaci6n civil 23
	1. Falta de criterios para determinar las internaciones 23
	2. Falta de garantias procesales 24
	3. [Plazo indeterminado de internaci6n 29](#_TOC_250005)
	4. Problemas adicionales de la internaci6n judicial 29
	5. Alta provisional 31
3. [Condiciones de las instituciones 31](#_TOC_250004)
	1. [Condiciones fisicas insalubres . . .... . 32](#_TOC_250003)
	2. lnadecuada cantidad de personal . . .... . 34
	3. [Practicas de tratamiento 37](#_TOC_250002)
	4. [Poder decisorio y derechos de los pacientes 45](#_TOC_250001)
4. Mecanismos de supervision 50
	1. [Ausencia de estandares de control de calidad 50](#_TOC_250000)
	2. Reglamentaci6n inadecuada para evaluar a los proveedores de servicios . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 51
	3. Inexistencia de procedimientos para denunciar o investigar incidentes . . . .

. 51

m. Esperanzas para una reforma: aspectos positivos del sistema de salud mental uruguayo 53

1. Recomendaciones Bibliografia Adicional . .

..... *55*

. 62

# Agradecimientos

El MDRI esta en deuda con muchas personas en el Uruguay que dieron su tiempo para ofrecer observaciones y opiniones sobre este informe. Para proteger su privacidad, en el informe no se mencionan los nombres de la mayoria de las personas entrevistadas, incluyendo usuarios de los servicios de salud mental, familiares de los pacientes, proveedores de servicios de salud mental, miembros de asociaciones profesionales de psiquiatras, enfermeras, representantes de! Ministerio de Salud Publica, y miembros del poder judicial.

El trabajo de MDRI en el Uruguay no hubiera sido posible sin la asistencia e invitacion de! Instituto de Estudios Legates y Sociales del Uruguay (IELSUR), y sin la colaboracion estrecha y gufa personal de Francisco Ottonelli, Director Ejecutivo de IELSUR, y Sylvia Cousin, miembro de la junta directiva de IELSUR. Queremos agradecer tambien a los miembros de! personal de IELSUR que organizaron todos los aspectos de la mision investigadora y nos ofrecieron su hospitalidad. Agrademos especialmente a Mariana Terra por sus largas horas de traduccion y por su amable, inteligente y provocativa introduccion a la historia, cultura y lugares de! Uruguay. Christian Courtis, abogado y asesor legislativo del Senado argentino, tambien proporciono su valioso apoyo como traductor y como miembro activo de la mision investigadora en el Uruguay.

El profesor Herman Schwartz, Co-Director de! Centro de Derechos Humanos y Derecho Humanitario de! *Washington College of Law,* ofrecio el apoyo y las ideas que hicieron posible la creacion de! MDRI y el exito del proyecto uruguayo. El profesor Robert Dinerstein de! *Washington College of Law* aporto su comentario detallado de! proyecto inicial de este informe. Claire Morel-Seytoux, profesora de la Universidad de Monterrey, Mexico, Karen Bower, del Programa de Derechos de la Mujer y Politicas Publicas de *Georgetown University Law Center,* y Melissa Crow, Becaria *Schell* de *Human Rights Watch,* contribuyeron tambien con sus valiosos comentarios sobre el borrador de! proyecto. Agradecemos tambien a Felipe Michelini de! Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL/SUR), Montevideo, Uruguay, por su asesoramiento al MDRI sobre este proyecto. El doctor Peter Statsny, de! *Einstein Medical College,* reviso el informe y contribuyo con las referencias psiquiatricas.

Angelica Moncada y Simon Abromovici aportaron una valiosa investigacion sobre las

!eyes de salud mental en el Uruguay. Peter Hansen ayudo en la revision y preparacion de! informe para su publicacion. El informe original en ingles fue traducido al casteilano por Jerome

1. Luhn, Laura Noriega-Martin, Alejandra Segura, Guillermo Ramirez, Laura Bergman, Valentina Delicha, Monique Byrne y Luis Byrne. La correccion, traduccion y compatibilizacion de! lenguaje de la version final fue hecha por Christian Courtis y Liliana Obregon.

El Centro de Derechos Humanos y Derecho Humanitario financio la publicacion de este informe. El trabajo de MDRI en el proyecto uruguayo fue financiado por la Fundacion Nathan Cummings, el Centro Bazelon de Derecho de la Salud Mental, y el Centro de Derechos Humanos y Derecho Humanitario. Agradecemos especialmente a *Echoing Green Foundation* por proporcionar los fondos originales para la creacion de! MDRI. Clarence J. Sundram, Leonard

S. Rubenstein, y la facultad de derecho de la Universidad de Miami contribuyeron generosamente para cubrir los costos de! viaje y de la investigacion en el Uruguay.

VII

## Prefacio

Despues de siglos de indiferencia, los derechos humanos son ahora reconocidas como esenciales para el desarrollo de una sociedad libre, democratica y humana, y como un asunto que concierne a toda la gente de bien en el mundo. A rafa: de la aparici6n inicial de! tema de los derechos humanos dentro de contextos politicos, es entendible que en el mundo se le haya dado mayor importancia a los derechos politicos como los de libertad de expresi6n, prensa y asociaci6n. Los derechos de las personas institucionalizadas eran de interes iinicamente si se !es asociaba con algiin tipo de abuso politico.

Hoy esa tendencia ha cambiado en algo, pero los derechos de los discapacitados mentales aiin estan fuera de las prioridades de los que abogan por los derechos humanos. Si se puede presentar la experiencia de Estados Unidos como alguna indicaci6n, se puede afirmar que existen pocos irupos sujetos a tanta discriminaci6n, crueldad, y la mas absoluta negligencia e indiferencia. Unicamente los detenidos en prisi6n preventiva son tan maltratados, y, por lo menos, tienen una sospecha de culpabilidad, a pesar de la presunci6n de inocencia. Los discapacitados mentales son, sin embargo, completamente inocentes. Los iinicos crimenes en los que estan involucrados son aquellos perpetrados contra ellos.

Tampoco es probable que Estados Unidos seas iinico en este sentido. Aun en sociedades libres y democraticas, como la de! Uruguay, en donde los que trabajan en el campo de la salud mental le dan un trato humano a los discapacitados mentales, este informe encuentra que:

" Las condiciones en las instituciones psiquiatricas de Uruguay violan un espectro amplio de los derechos codificados en los Principios para la Protecci6n de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atenci6n de la Salud Mental de la Resoluci6n 46/119 de las Naciones Unidas, incluyendo la protecci6n contra el dafio y la medicaci6n indebida, el respeto por la dignidad personal, la privacidad y la elecci6n, y el derecho a un tratamiento dirigido a la preservaci6n y fortalecimiento de la autonomfa personal. "

Tan poca atenci6n se le ha prestado a esta gente desafortunada, que pese a los tratados internacionales, la acci6n de las Naciones Unidas, y a otras iniciativas bien intencionadas, los que abogan por los derechos humanos poco conocen sobre el trato a los discapacitados mentales, y aiin menos han hecho por ellos.

Eso debe cambiar. Aquellos de nosotros preocupados por los derechos humanos debemos volvernos conscientes de! trato inhumano que aun las sociedades mas civilizadas infligen a los discapacitados mentales, y comenzar a hacer algo al respecto. Este podrfa ser un momento particularmente propicio para ello, porque hay un creciente interes internacional en el tratamiento de los discapacitados, como se refleja en el articulo 22 de la Declaraci6n de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Naciones Unidas de Viena en junio de 1993, Y

IX

en la designaci6n de! Relator Especial para la lgualaci6n de Oportunidades para las Personas con Discapacidades, de las Naciones Unidas.

El informe de! MDRI de! *American University Human Rights Center* sobre el trato a los discapacitados mentales en el Uruguay es un gran paso en esa direcci6n. *Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* documenta la combinaci6n de negligencia, indiferencia y completa crueldad perpetrada sobre esta gente desamparada, y propone una estrategia para el cambio que toma en cuenta la situaci6n econ6mica y social del pafs. Su lectura es indispensable para todos los interesados en lo que ha sido, hasta ahora, un rinc6n oscuro de los abusos contra los derechos humanos. Con suerte, este sera solo el comienzo.

Profesor Herman Schwartz

Co-Director, *Center for Human Rights Washington College of Law*

*American University*

X

*Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* • x1

Sumario

Este informe documenta la situaci6n de los derechos humanos en el sistema de salud mental de! Uruguay, y ofrece recomendaciones que estimamos necesarias para implementar las normas internacionales de derechos humanos en el derecho interno de! pais. El informe es el resultado de una misi6n de investigaci6n realizada de! 29 de noviembre al 8 de diciembre de 1993 por un equipo de! *Mental Disability Rights International* ("MDRI") (Organizaci6n Internacional por los Derechos de Discapacitados Mentales) constituido por varios abogados y un psiquiatra, que visit6 al Uruguay por invitaci6n de! Instituto de Estudios Legales y Sociales de Uruguay (IELSUR).

La identificaci6n de violaciones de los derechos humanos en este informe no pretende menospreciar el valioso trabajo de aquellas personas que laboran en el sistema de salud mental de! Uruguay, y que dedican su tiempo y esfuerzo a la atenci6n de las personas que padecen de discapacidades mentales. El informe tampoco ignora los aspectos valiosos de! sistema de salud mental uruguayo: excelentes recursos humanos y el amplio interes por los derechos de las personas con discapacidades mentales, aspectos promisorios que, en combinaci6n, sostienen la esperanza de que el Uruguay sea un pais lider en la reforma de los sistemas de salud mental.

1. Estructura de los servicios de salud mental

El sistema de salud mental en el Uruguay depende casi exclusivamente de grandes instituciones donde se internan pacientes, a expensas de ofrecer servicios de salud mental comunitarios. Hay mas de 2.000 personas internadas en las instituciones psiquiatricas publicas de! Uruguay (sobre una poblaci6n total de 3.100.000 personas), de los cuales de 1.300 a 1.400 viven en asilos (llamados "colonias") ubicados en lugares aislados de! pais. La mayoria de los pacientes permanecen en las colonias el resto de sus vidas.

En el Uruguay existen algunos programas de salud mental de excelente calidad, tanto publicos como privados. Sin embargo, los programas publicos le dan atenci6n a menos de 200 individuos, y no alcanzan a cubrir la demanda de! gran numero de personas que necesita de los servicios comunitarios. Informes oficiales estiman que entre la mitad y dos tercios de las personas internadas en el sistema uruguayo son "pacientes sociales", quienes no tienen ninguna necesidad de hospitalizaci6n psiquiatrica ..

Muchos de los "pacientes sociales" no son enfermos mentales, y sin embargo estan

* ,,;;ccc;, C > detenidos en instituciones psiquiatricas porque no tienen un hogar a d6nde ir. Algunas personas

i\.;P manecen en las instituciones por haber cometido delitos menores, por alcoholismo, epilepsia,

*;,::1i}'.fJf*o retardo mental. La internaci6n de personas con retardo mental en las instituciones del

* + Illg yes particularmente dafiina e inapropiada, ya que estas personas no reciben servicios ial para su condici6n particular.

medicos y de seguridad social del Uruguay no se adaptan a las necesidades n1 1s. i;on discapacidades mentales que viven en la comunidad, situaci6n que crea im,u,s v lleva a promover la internaci6n. La cobertura medica de la poblaci6n no

xu • *Mental Disability Kights International*

incluye atenci6n psiquiatrica alguna, mas alla de la medicaci6n psicotr6pica. Las pensiones por incapacidad cesan cuando sus beneficiarios obtienen cualquier clase de empleo, aunque dicho trabajo no proporcione ingresos suficientes para garantizar un nivel minimo de subsistencia.

A mediados de los afios ochenta, poco despues de recuperar la democracia, el Ministerio de Salud Publica de! Uruguay reuni6 una Comisi6n Nacional para estudiar la necesidad de una reforma de! sistema de salud mental. El *Programa Nacional de Salttd Mental,* presentado por la Comisi6n en septiembre de 1986, recomend6 que el Uruguay "abandone el hospital" como lugar primario de los servicios de salud mental y que simultaneamente desarrolle servicios comunitarios integrados en un sistema nacional de salud. El *Programa Nacional de Salttd Mental* fue adoptado por el Ministerio de Salud, pero nunca se asignaron fondos para su implementaci6n.

El hecho de que el sistema de salud mental uruguayo dependa casi exclusivamente de la internaci6n y del tratamiento institucional trae como resultado la injustificada, innecesaria y potencialmente dafiina hospitalizaci6n de personas perfectamente capaces de vivir y trabajar en la comunidad. Por ende, la estructura del sistema de salud mental del Uruguay viola normas medicas y de derechos humanos internacionalmente aceptadas, adoptadas por la Organizaci6n Panamericana de la Salud ("OPS") en la *Declaraci6n de Caracas,* y por la Asamblea General de las Naciones Unidas en los *Principios para la protecci6n de las erifermos m.entales y para el mejoramiento de la atenci6n de la salud mental ("Principios de Salud Mental").* La internaci6n de "pacientes sociales" de acuerdo a la discrecionalidad de las autoridades hospitalarias constituye "detenci6n arbitraria", prohibida por la Convenci6n Americana sobre Derechos Humanos (en adelante, "la Convenci6n" o "la Convenci6n Americana") y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Politicos (en adelante, "el PIDCP"). La hospitalizaci6n inadecuada e injustificada de personas capaces de vivir en comunidad tiene como resultado la perdida de su capacidad de desenvolvimiento social, y viola el derecho de cada paciente a gozar de! nivel de salud mental mas elevado posible, garantizado por el Pacto Internacional de Derechos Econ6micos, Sociales y Culturales (en adelante, "el PIDESC").

El derecho internacional requiere que la internaci6n de los "pacientes sociales" se termine, y que el estado establezca alternativas comunitarias frente a los hospitales psiquiatricos. Los recursos actualmente disponibles para el area de atenci6n a la salud mental deben ser reorientados a asegurar la vigencia de los derechos humanos reconocidos internacionalmente. El Uruguay esta obligado internacionalmente a invertir recursos adicionales para reformar su sistema de salud mental, si ello fuera necesario para implementar plenamente las garantias establecidas por el PIDCP y la Convenci6n Americana. Para que el sistema de salud mental uruguayo entre en conformidad con normas internacionales de derechos humanos, el MDRI recomienda que Uruguay:

* 1. Cese la internaci6n de "pacientes sociales";
	2. Lleve a cabo una revision total de las internaciones;
	3. Establezca servicios de salud mental comunitarios y otras alternativas a las instituciones psiquiatricas;
	4. Establezca servicios que permitan a las personas con retardo mental vivir en la comunidad;

* 1. Acabe con los desincentivos para trabajar cuando se reciben pensiones por discapacidad; A-6 Jncluya una cobertura psiquiatrica en los seguros generales de salud;

Independientemente de la necesidad de nuevas !eyes, el Ministerio de Salud deberfa : A-7 Liderar la reestructuraci6n de] sistema de salud mental del Uruguay;

* 1. Involucrar a los usuarios de! sistema y a los familiares en los esfuerzos de reforma;
	2. Presentar publicamente a la legislatura un plan para la implementaci6n de las reformas, incluyendo un presupuesto y un cronograma.

El plan del Ministerio de Salud deberfa calcular tanto el costo de creaci6n de servicios comunitarios como el ahorro representado por el cierre de las instituciones hospitalarias. Es posible que el Uruguay .deba invertir recursos adicionales para reestructurar su sistema de salud mental, en especial para crear servicios de salud mental comunitarios. El plan de implementaci6n debe incluir un calculo realista de estos nuevos costos.

1. Internaci6n civil

La ley de internaci6n civil de] Uruguay ("Ley de Asistencia al Psic6pata") no ofrece las garantias procesales y sustanciales minimas requeridas por los *Principios de Salud Mental.*

La ley uruguaya permite la internaci6n por certificaci6n medica (que requiere el acuerdo de un director de la instituci6n, dos medicos y un familiar). No se requiere que el paciente sea peligroso o que necesite tratamiento psiquiatrico. El unico criterio para la internaci6n es la determinaci6n medica de "enfermedad mental", disposici6n incluso no respetada, ya que gran parte de los pacientes no son enfermos mentales. La ley uruguaya tampoco contempla el derecho de revision peri6dica e independiente de la internaci6n civil, ni el de recibir asistencia juridica durante el procedimiento de internaci6n, como lo requieren los *Principios de Salud Mental.*

La ley de salud mental uruguaya es claramente incompatible con los requisitos minimos establecidos por los *Principios de Salud Mental* y con las garantfas contra la detenci6n arbitraria plasmadas en el PIDCP y la Convenci6n Americana. Por lo tanto, el Uruguay deberfa:

* 1. Revisar y modificar su legislaci6n de salud mental de modo de incluir normas sustantivas de internaci6n adecuada y garantfas procesales (entre ellas, el derecho a la revision independiente y peri6dica de la internaci6n y el derecho a recibir asistencia jurfdica durante el procedimiento), ta! como se establece en los *Principios de Salud Mental.*
1. Condiciones de las instituciones

Para las personas internadas en instituciones psiquiatricas, la experiencia de hospitalizaci6n suele ser mas destructiva que provechosa. Para la mayorfa de los pacientes, los servicios psiquiatricos no cumplen con el cometido de fortalecer su autonomfa personal ni con el de promover su reintegraci6n a la comunidad. El tratamiento clinico es a menudo inapropiado e innecesariamente riesgoso.

El tratamiento psiquiatrico en las instituciones piiblicas se limita casi exclusivamente a Ia terapia somatica (medicaciones psicotr6picas y terapia electroconvulsiva). Estos tratamientos son frecuentemente administrados sin justificaci6n medica alguna (por ejemplo, en personas que sufren de retardo mental y que no tienen diagn6stico psiquiatrico). La falta de historias clinicas completas, de diagn6sticos especificos, de personal profesional, y el inadecuado analisis de los efectos colaterales de la medicaci6n, hacen que la administraci6n efectiva y no riesgosa de medicaci6n sea imposible para muchos pacientes.

Las instituciones psiquiatricas no suministran ningiin servicio de psicoterapia y pocos servicios de rehabilitaci6n social o de orientaci6n vocacional. Muy pocos pacientes reciben atenci6n personalizada que Jes ayude a regresar al trabajo, a sus familias, y a la comunidad. En consecuencia, los pacientes duermen o yacen sentados junto a sus camas, vagan por los pasillos o no hacen absolutamente nada durante casi todo el dia. Cualquier capacidad social o vocacional que tuvieran al entrar al hospital se deja deteriorar o perder durante el periodo de internaci6n.

Las condiciones de vivienda generalmente no se adaptan al respeto de la dignidad y privacidad de los pacientes. Con la excepci6n de unos pocos lugares en los dormitorios donde los pacientes han pegado fotos o tienen algiin animal de juguete, las instituciones son casi completamente impersonales, tristes y sin decoraci6n. Muchas instituciones tienen edificios antiguos y decrepitos, y en algunas areas las condiciones son antihigienicas (por ejernplo, en el pabell6n de seguridad de la Colonia Etchepare, las aguas negras de los retretes atascados inundan los pasillos y algunos pacientes duermen directamente sobre los pisos sucios).

No existen sistemas para proteger los derechos de los pacientes en las instituciones, y muchas decisiones que afectan a sus derechos (incluyendo el traslado a salas bajo llave) son tomadas discrecionalmente por los administradores, sin parametros, guia ni supervision. Aunque los tratamientos de contenci6n fisica y el aislamiento parecen ser poco utilizados, no existen normas establecidas que reglamenten su uso. De acuerdo a varios testimonios, algunas personas han sido mantenidas en aislamiento de cuatro a seis semanas.

A los pacientes no se Jes explican sus derechos, y existe entre ellos una generalizada ignorancia de que tienen derechos. No existe ningiin mecanismo establecido para recibir quejas, ni para investigar denuncias de abuso o violencia.

Estas condiciones violan un gran niimero de derechos codificados en los *Principios de Salud Mental,* incluyendo la protecci6n contra todo dafio y contra la administraci6n de medicaci6n no justificada, el respeto a la dignidad personal, intimidad, el poder decisorio individual, asi como el derecho a que el tratamiento se dirija a la preservaci6n y refuerzo de la autonomia personal. Los tratamientos y las condiciones inapropiadas y riesgosas de! sistema de salud mental uruguayo causan a los pacientes sufrimiento innecesario e injustificado, y violan las garantias establecidas contra el tratamiento inhumano por el PIDCP y la Convenci6n Americana. En ciertos casos, las condiciones o tratamientos pueden incluso llegar a ser una amenaza para la vida de los pacientes. Las condiciones de infraestructura y tratamiento que tienen como resultado el deterioro de la salud mental y de la posibilidad de desenvolvimiento social violan el derecho a disfrutar de! mas alto nivel de salud fisica y mental posible, como lo establece el PIDESC.

Para que el sistema de salud mental uruguayo entre en conformidad con los principios internacionales de derechos humanos, Uruguay deberia:

* 1. Adoptar estandares de tratamiento, que incluyan procedimientos para el uso adecuado y no riesgoso de medicacion psicotropica y de terapia electroconvulsiva;
	2. Asegurar una amplia participacion en la elaboracion de los estandares; C-3 Acudir a par:imetros internacionales de pr:ictica psiqui:itrica;
	3. Emplear diagnosticos internacionalmente aceptados;
	4. Mejorar los planes de tratamiento y la forma en que se Bevan las historias clinicas; C-6 Establecer un sistema de aseguramiento de la calidad de! servicio;
	5. Desarrollar programas de tratamiento y servicios comunitarias
	6. Revisar a fondo las pr:icticas de medicacion y de terapia electroconvulsiva;
	7. Investigar las pr:icticas de mercadeo e investigacion de la industria farmaceutica
	8. Establecer requisitos de educacion continuada para el personal;
	9. Tomar en consideracion los problemas de motivacion de! personal;
	10. Combatir la estigmatizacion publica y el generalizado problema de la anomia en las instituciones.
1. **Mecanismos de supervision**

El Ministerio de Salud no supervisa las pr:icticas de tratamiento de las instituciones publicas, y las propias autoridades sefialan que no existen normas para evaluar estas instituciones.

El unico mecanismo de superv1s10n independiente de las instituciones psiqui:itricas consiste en el denominado "Inspector General de Psicopatas," cargo que permanecio vacante durante veinte afios. El nuevo Inspector, que asumio el cargo en octubre de 1993, prometio revisar todas las internaciones psiqui:itricas de! pais. El Inspector cuenta unicamente con un personal de dos profesionales. Los pacientes no tienen derecho a participar en la revision de las internaciones. Incluso, es posible que nunca se enteren de la revision, que puede consistir unicamente en una conversacion telefonica entre el Inspector y el director de la institucion.

El estado uruguayo, de acuerdo a convenios internacionales de derechos humanos, tiene la responsabilidad de garantizar la seguridad y el bienestar de pacientes internados en instituciones de salud mental. Dadas las condiciones deplorables de las instituciones, los tratamientos peligrosos y la falta de proteccion adecuada en el procedimiento de internacion, la existencia de mecanismos de supervision independiente es extremadamente importante. El MDRI recomienda que el Uruguay realice una revision completa de las pr:icticas de tratamiento y:

* 1. Establezca un procedimiento de supervision efectivo para asegurar la vigencia de los derechos humanos en las instituciones psiqui:itricas
	2. Informe anualmente, de manera publica, sobre las condiciones institucionales; D-3 Establezca comites de derechos humanos en las instituciones psiqui:itricas;

D-4 Apoye a las organizaciones de usuarios y de familiares.

1. Recomendaciones a los defensores de los derechos de los discapacitados y a la comunidad internacional

Para lograr apoyo politico a la reforma nacional <lei sistema de salud mental, los defensores en el Uruguay deberian:

* 1. Reunir a todos los sectores interesados en la reforma de! sistema incluyendo a los pacientes, grupos de familiares, prestadores de servicios comunitarios, profesionales de la salud mental y defensores de derechos humanos;
	2. Restablecer lo desarrollado en el Plan Nacional de Reforma 1985/1986, que requeria la creaci6n de servicios de salud mental comunitarios;
	3. Concientizar a la poblaci6n acerca de las condiciones de las instituciones y de la existencia de alternativas a la hospitalizaci6n;

La comunidad internacional debe hacer esfuerzos por la v1genc1a <lei derecho internacional de los derechos humanos:

* 1. El Relator Especial de Naciones Unidas sobre lgualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidades debe evaluar la situaci6n de las personas que sufren de discapacidad mental en el Urugu!)', y los esfuerzos uruguayos para crear servicios y programas que ofrezcan a las personas con discapacidades mentales oportunidades plenas de trabajar y vivir en la comunidad. Este Relator Especial debe ofrecer asistencia tecnica al Uruguay para crear programas de servicios comunitarios y debe promover la ayuda financiera internacional para el desarrollo de dichos programas de servicios;
	2. El Comite de Derechos Humanos de las Naciones Unidas debe requerir al Uruguay que informe sobre la implementaci6n y aplicaci6n de los derechos de las personas con discapacidades mentales de acuerdo al PIDCP;
	3. El Comite de Derechos Econ6micos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas debe requerir al Uruguay que informe sobre la situaci6n de los derechos de las personas con discapacidades mentales bajo el PIDESC.

# Prologo: objetivos y metodos del presente informe

A fines de! afio 1993, el MDRI *(Mental Disability Rights Intemational-Organizaci6n* Internacional por los Derechos de Discapacitados Mentales) envi6 una misi6n de investigaci6n al Uruguay, respondiendo a una invitaci6n de! Instituto de Estudios Legales y Sociales de! Uruguay (IELSUR). IELSUR es una organizaci6n de derechos humanos con asiento en Montevideo, que desempefia un papel activo en la defensa de derechos de personas con discapacidades mentales en ese pais. IELSUR, preocupada desde hace tiempo por las violaciones de los derechos humanos en el sistema de salud mental, ha iniciado un nuevo esfuerzo tendiente a lograr reformas importantes en las normas y los servicios de salud mental del Uruguay.

El presente informe detalla la situaci6n de! sistema de salud mental de! Uruguay, y recomienda las medidas necesarias para que el sistema uruguayo se adecue a normas de derechos humanos reconocidos internacionalmente. El informe es el resultado de una misi6n de investigaci6n que se llev6 a cabo de! 27 de noviembre al 9 de diciembre de 1993, por un grupo interdisciplinario integrado por cuatro abogados y un psiquiatra de los Estados Unidos y un abogado de Argentina. 1 Los integrantes de! equipo de! MDRI entrevistaron a funcionarios de! Ministerio de Salud de! Uruguay, proveedores de servicios gubernamentales y no gubernamentales (administradores de programas institucionales y comunitarios, psiquiatras, asistentes sociales, enfermeras y otros miembros de! personal), representantes de asociaciones profesionales de salud mental, el Presidente de la Suprema Corte de! Justicia y abogados encargados de la supervision de! procedimiento de internaci6n psiquiatrica. El **MDRI** entrevist6 tambien a usuarios de! sistema de salud mental y sus familiares.2

El equipo de investigaci6n del MDRI llev6 a cabo visitas *in situ* a dos "colonias" (asilos o instituciones publicas psiquiatricas ubicadas en zonas rurales), dos hospitales psiquiatricos publicos en la ciudad de Montevideo, una instituci6n psiquiatrica privada, una instituci6n para menores y adultos con retardo mental y otras incapacidades mentales, y dos centros comunitarios de salud mental.3 Durante estas visitas, los miembros de! equipo entrevistaron a administradores, visitaron las instalaciones, examinaron las condiciones de internaci6n, examinaron las historias clinicas de pacientes escogidos al azar y entrevistaron a usuarios de! sistema y al personal.

El equipo de! **MDRI** tuvo pleno acceso a las instalaciones, pacientes y a sus historias

' Los miembros de! equipo figuran al inicio de! informe. El Dr. Christian Courtis, abogado y asesor legislativo de! senado argentino, tambien particip6 en la misi6n y colabor6 con el informe final.

2 Por razones de protecci6n de la privacidad y confidencialidad, este informe no menciona los nombres de los proveedores o usuarios entrevistados por el MDRI. Sin embargo, todas las notas de las entrevistas estan en los archivos del MDRI, y la fuente de cualquier comentario o referenda citada en este informe puede ser identificada, con excepci6n de aquellos inclividuos que pidieron que sus nombres se mantuvieran en reserva.

3 Este informe se concentra solamente en el area de! sistema publico de salud mental y no sobre los servicios prestados por los sistemas privados de salud mental. Basandonos en la informaci6n obtenida a traves de los proveedores de servicios y de los usnarios, y en una visita realizada a una instituci6n psiquiatrica privada de Montevideo, las instituciones privadas son generalmente mas limpias y mejor financiadas, pero gran parte de las preocupaciones sobre los derechos humanos identificadas en este informe pueden aplicarse a las practicas de tratamiento de las instituciones psiquiatricas privadas.

clinicas sin ningun tipo de limitaciones. Los proveedores de serv1c1os, administradores, representantes del Ministerio de Salud del Uruguay, miembros del poder judicial, personal y todas las demas personas se entrevistaron abiertamente con los miembros del equipo del MDRI, demostrando siempre gran interes. Asimismo, la colaboraci6n por parte de representantes de las asociaciones de psiquiatras y enfermeras fue extremadamente util.

La mayoria de las personas que el MDRI entrevist6 brind6 generosamente su ayuda al equipo de investigaci6n, y dedicaron gran parte de su tiempo a los entrevistadores, respondiendo a las preguntas detalladamente y con mucha sinceridad. Estas personas aportaron valiosas opiniones referidas a los problemas del sistema de salud mental, y demostraron una autentica preocupaci6n por las personas que sufren de discapacidades mentales. El informe no hubiera sido posible sin contar con su i\_nestimable ayuda.

Tres miembros del equipo de MDRI presentaron un resumen de las conclusiones de] presente informe en una conferencia organizada por IELSUR en Montevideo, Uruguay, el 17 y 18 de agosto de 1994. Representantes del Ministerio de Salud Publica de! Uruguay, directores y administradores de las mas importantes instituciones publicas de atenci6n psiquiatrica, miembros de asociaciones profesionales de psiquiatras y enfermeras, proveedores privados de servicios y lideres de la comunidad (incluyendo usuarios del sistema psiquiatrico y sus familias) participaron en una animada discusi6n de] informe. *Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay* refleja muchas de las cuestiones debatidas en esa reunion. Un avance de este informe fue enviado en diciembre de 1994 al Ministerio de Salud Publica para recibir comentarios, con el ofrecimiento de publicarlos si se entregaban antes de! 20 de marzo de 1995. Lamentablemente, el **MDRI** nunca recibi6 una respuesta oficial a nuestra oferta.

Sin embargo, los miembros de! equipo de] **MDRI** recibieron con entusiasmo el amplio interes y apoyo a la reforma de! sistema de salud mental uruguayo que, de manera individual, evidenciaron las autoridades gubernamentales, administradores de] sistema de salud mental, proveedores, familiares y usuarios del sistema. Esta confluencia de interes y preocupaci6n representa la mayor esperanza para poder extender plenamente la protecci6n de] derecho internacional de los derechos humanos a las personas con discapacidades mentales de] Uruguay.

Este informe no tiene la intenci6n de sefialar criticamente al Uruguay, si no de examinar la aplicaci6n de! derecho internacional de los derechos humanos pertinente a las personas con discapacidades mentales en el mundo. Las Naciones Unidas y la comunidad internacional de los derechos humanos deberia vigilar la aplicaci6n de estos derechos en todo el mundo. El MDRI ha comenzado a hacer este esfuerzo en Europa de! Estey en los Estados Unidos. Los puntos de vista expresados en este informe son de! MDRI y de sus autores, y no representan una posici6n oficial del *Washington College of Law* o de la *American University.*

*Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* 5 3

# Introduccion

Esta introducci6n describe las normas internacionales de derechos humanos que rigen el trato de las personas con discapacidades mentales, y la obligaci6n del estado uruguayo de reformar su sistema de salud mental de acuerdo a las normas internacionales de derechos humanos. Ademas, se proporcionan antecedentes del contexto hist6rico-politico del Uruguay, incluyendo la experiencia del pafs como un innovador en programas de seguridad social. Finalmente, se procede a delinear la organizaci6n actual del sistema de salud mental.

* + 1. La preocupaci6n internacional por los derechos de los discapacitados mentales Durante la segunda mitad del siglo veinte se ha producido un gran desarrollo con respecto

al alcance del derecho Internacional de los derechos humanos y su aplicaci6n a las personas particularmente vulnerables a ser sujetas a abuso. Las Naciones Unidas ha redactado tratados internacionales de derechos humanos para proteger los derechos de las mujeres, nifios, refugiados y minorfas etnicas o nacionales. Ademas, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha adoptado resoluciones de derechos humanos que establecen normas mfnimas en areas que previamente eran consideradas interes exclusivo de la polftica interna de cada Estado, incluyendo derechos en el contexto del trabajo, empleo, matrimonio, educaci6n, seguridad social, trato de prisioneros, y tratamiento de personas con discapacidades mentales.4

A principios de la decada de los setenta, se comenzaron a establecer normas internacionales mfnimas para el trato de las personas con discapacidades mentales. En 1971 las Naciones Unidas adopt6 la *Declaraci6n sobre los Derechos de las Personas con Retardo Mental'* y en el afio 1975 el mismo organismo adopt6 la *Declaraci6n sobre los Derechos de las Personas Discapacitadas.*6 A fines de los afios setenta ya principios de los ochenta, organismos especializados de la ONU comenzaron a desarrollar normas de derechos humanos para proteger a los enfermos mentales.

Al mismo tiempo que las Naciones Unidas esbozaba normas de derechos humanos para los enfermos mentales, algunos organismos regionales como la Organizaci6n Panamericana de la Salud (OPS), tomaron la iniciativa de solicitar a los estados que adoptaran medidas concretas

4 Las Naciones Unidas, al adoptar estandares internacionales, contribuye a la "internacionalizaci6n" de los derechos de las personas con discapacidades mentales. La internacionalizaci6n es el proceso juridico-politico par **el cual los derechos se convierten "en un tema apropiado para la diplomacia, instituciones intemacionales y el** derecho internacional" (la traducci6n es nuestra). HENKIN. LOUIS, THE AGE OF RIGHTS, pag. 17 (1990). *Ver* Eric Rosenthal y Leonard Rubenstein *International Hunum Rights Advocacy under the "Principles for the Protection of Persons with Mental Illness",* 16 INT'L J. L. & PSYCHIATRY, pags. 257 y 269 (1993) (donde se describe la internacionalizaci6n de las derechos de los discapacitados mentales).

*5 Declaraci6n sabre los Derechos de las Personas con Retardo Mental,* G.A.Res. 2856, U.N.GAOR, 26th Sess, Supp. No. 29, pag. 99, U.N. Doc.A/8429 (1971).

*6 Declaraci6n sabre los Derechos de las Personas Discapacitadas,* G.A.Res. 3447, U.N.GAOR, 30th Sess., Snpp. No. 34, pag. 92, U.N. Doc. A/10,034 (1975).


##### con el fin de asegurar la protecci6n de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales.7 En el mes de noviembre de 1990, la OPS convoc6 a una reunion de gran trascendencia hist6rica, debido a que en la misma tanto legisladores, como organizaciones no gubernamentales (ONGs), profesionales de la salud mental y lideres de derechos humanos de Norte y Sudamerica adoptaron la conocida *Declaraci6n de Caracas.* 8 Esta declaraci6n dictamin6 que depender exclusivamente de los hospitales psiquiatricos "afsla a los pacientes de su ambiente natural (... ) generando una mayor discapacidad social."9 Tales condiciones "ponen en peligro los derechos humanos y civiles de los pacientes."10

La *Declaraci6n de Caracas* convoca a las autoridades nacionales y a los organismos no gubernamentales a reestructurar los sistemas de cuidado de la salud mental para "promover modelos de servicio alternativos que se originen en la comunidad, integrados a redes de cuidado mental y social."11 Los recursos de la salud mental deben emplearse para "asegurar la dignidad personal y los derechos humanos y civiles"12 y "la legislaci6n nacional debe ser reformada si es necesario... "13 para asegurar la protecci6n de los derechos humanos.

En el mes de diciembre de 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas adopt6 el borrador final de los *Principios para la Protecci6n de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atenci6n de la Salud Mental* (en adelante *"Principios de Salud Mental").14* Los *Principios de Salud Mental* constituyen la codificaci6n mas completa y detallada de los derechos de la discapacidad mental existente en el derecho internacional.15 Estos *Principios* constituyen un instrumento para evaluar de modo equilibrado y consistente las practicas de derechos humanos en los sistemas de salud mental alrededor del mundo, aplicables a diversas culturas y niveles de desarrollo econ6mico. Los *Principios* reconocen que ciertas practicas varfan

*1 Ver* Itzak Levav, Helena Restrepo, y Carlyle Guerra de Macedo, *The Restructuring of Psychiatric Care in Latin America: A New Policy for Mental Health Services,* 15 J. PUB HEALTil & POL pag. 71 (1994) (donde se describe la teoria y el desarrollo de la Declaraci6n de Caracas).

8 Una reproducci6n completa de la *Declaracion de Caracas* en ingles puede hallarse en Levav, Restrepo l Macedo, *id.* pag. 82.

*'Idem.* pag. 83, Preambulo, parrafo 2.

10 ***Idem.***

11 *Idem.* articulo I.

12 *Idem.* artfculo 3.

13 *Idem.* articulo 4.

14 *Principios para la Proteccion de Los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atencion de la Salud Mental,* G.A. Res. 119, U.N. GAOR, 46" Sesi6n, Supp No. 49, Anexo, pags. 188-192. U.N. Doc.A/46/49 (1991).

*15* i.os valores, alcance y limitaciones de los *Principios* se describen mas ampliamente en Rosenthal & Rubenstein, *supra* nota 4, pag. 260.

*Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* • *5*

de pafs a pafs y por lo tanto, protegen el derecho del paciente a un "tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales. "16 Asimismo, el equipo de trabajo de las Naciones Unidas que desarroll6 los *Principios* dej6 en claro que los mismos constitufan "normas mfnimas"17 creadas para "reflejar y ajustarse adecuadamente a todos los sistemas jurfdicos y sociales y estados de desarrollo sin sacrificar las necesidades esenciales y los derechos basicos de los seres humanos involucrados. "18 En consecuencia, los *Principios* establecen que cada Estado debera "aplicar los presentes *Principios* adoptando las medidas pertinentes de caracter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra fndole... "19

Los *Principios* se aplican a los enfermos mentales en general, sean pacientes internados en instituciones psiquiatricas o no. Son tambien aplicables a "todas las personas que ingresan en una instituci6n psiquiatrica, "20 independientemente de que hayan sido diagnosticados como enfermos mentales. Los *Principios* protegen a esas personas contra cualquier tipo de discriminaci6n21 y detallan una serie de derechos concebidos para garantizar que las personas con discapacidades mentales y otras personas que se encuentran en instituciones psiquiatricas sean "tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana."22

Los *Principios* establecen normas sustantivas23 y garantfas procesales24 contra

16 *Principios,* principio 7(3).

17 El grupo de trabajo expres6 que los *"Principios..*.representan los standards mlnimos de las Naciones Unidas para la protecci6n de las libertades fundarnentales y los derechos humanos y juridicos de las enfermos mentales" (la traducci6n es nuestra). United Nations, Economic and Social Couocil, Commission on Human Rights, *Human Rights and Scientific and Technological Development Report of the Working Group on the Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care,* U.N. Doc.E/CN.4/1991/39, pag.6.

18 *Idem.* pag. 6. (se le agrega enfasis).

*19 Idem.* principio 23.

20 *Idem.* principio 24.

21 *Idem.* principio 1(4).

22 *Idem.* principio 1(2).

23 Para que una persona sea internada involuntariarnente en una instituci6n psiquiatrica, debe existir un diagn6stico de enfermedad mental, y "debido a esa enfermedad mental" debe existir un "riesgo grave de dafio imnediato o inminente para esa persona o para terceros". *Idem.* principio 16(1)(a). En caso de que la "enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio este afectada" se justifica la reclusi6n a fin de prevenir "uo deterioro considerable" o para proporcionar "tratamiento adecnado que s6lo puede aplicarse si se admite al paciente... ". *Idem.* principio 16(1)(b).

24 Las personas que ban sido recluidas en involuntariarnente tienen el derecbo a una revisi6n independiente por "uo 6rgano judicial u otro 6rgano independiente e imparcial... ". *Idem.* principio 17(1). La decisi6n de! Organo de revisi6n puede apelarse ante un "tribunal superior". *Idem.* principio 17(7). El paciente tiene el derecho a uo defensor, a solicitar y presentar uo dictamen independiente de su salud mental ya presentar pruebas orales, escritas


###### 6 @ *Mental Disability Rights International*

internaciones psiquiatricas arbitrarias. Entre los criterios sustantivos, por ejemplo, se limita la posibilidad de internaci6n en instituciones psiquiatricas a las personas diagnosticadas como enfermas mentales "con arreglo a normas medicas aceptadas internacionalmente."25

Los *Principios* especifican que las personas que reciben tratamiento de salud mental tienen el derecho de estar protegidos contra de "cualquier dafio, incluso la administraci6n injustificada de medicamentos ... "26 "No se administrara ningun tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado... " (excepto bajo circunstancias especiale establecidas en los mismos *Principios).* 27

Los *Principios* hacen hincapie constantemente en que "todo paciente tendra derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible... "28 Dentro de las instituciones psiquiatricas, "el tratamiento de cada paciente estara destinado a preservar y estimular su independencia personal. "29 Ademas, los *Principios* establecen que "Todo paciente tendra derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que **vive.** "30

Cabe destacar que mientras algunos derechos proclamados en los *Principios* crean protecciones en contra de la intervenci6n de! gobierno en las vidas de las personas con discapacidades mentales, otros derechos requieren que los Estados provean servicios de salud mental adecuados. 31 Como puede verse, los *Principios* tienen la finalidad de otorgar un espectro amplio de protecciones de derechos humanos a personas con discapacidades mentales, permitiendoles de ese modo la posibilidad de gozar las mismas libertades y derechos que tienen otras personas y disfrutar plenamente de la vida.

o de otra indole. *Idem.* principio 18.

*25 Principios,* principio 4.

26 *Idem.* principio 8. "El tratamiento y las cuidados de cada paciente se basaran en un plan prescrito individualmente... ". *Idem.* principio 9(2). La medicaci6n se administrara solamente "con fines terapeuticos o de diagn6stico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros". *Idem.* principio 10(1).

27 *Idem.* principio 11(1).

28 *Idem.* principio 9(1). Este principio establece que: "Toda paciente tendril derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratarniento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad fisica de terceros".

29 *Idem.* principio 9(4).

30 *Idem.* principio 7(1). Los *Principios* tambien especifican que las pacientes tienen "el derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad". *Idem.* Principia 3.

31 Los *Principios* elaboran protecciones ya incluidas tanto en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Politicos (PIDCP) coma en el el Pacto Internacional de Derechos Econ6micos, Sociales y Culturales (PIDESC). *Ver* Rosenthal & Rubenstein, *supra* nota 4, pag. 279 (donde se describe el uso de las *Principios* coma guia para la interpretaci6n de ambos pactos).

*Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* ® 7

Desde que se adoptaron los *Principios,* las Naciones Unidas han alentado la realizaci6n de esfuerzos internos e internacionales, en vistas a mejorar las condiciones y oportunidades de las personas con discapacidades mentales. En el mes de diciembre de 1993, la Asamblea General adopt6 las *Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad* (las *"Normas Vniformes")* 32• En las *Normas Uniformes* sobre la igualdad, las Naciones Unidas establecen que los Estados deben prever politicas,33 desarrollar programas de rehabilitaci6n y otros servicios, y reformar las normas para "crear las bases jurfdicas para la adopci6n de medidas cjue permitan el logro de los objetivos de la plena participaci6n y la igualdad de las personas con discapacidad. "34 Debido a que tales programas y garantfas jurfdicas requieren de la inversion de recursos, los Estados tienen "la responsabilidad financiera de los programas y las medidas nacionales destinadas a crear igualdad de oportunidades para las personas con discapacid'.1d.35

Las *Normas Vniformes* proponen que los Estados reunan "peri6dicamente estadfsticas, ... y otras informaciones acerca de las condiciones de vida de las personas con discapcidad"36 y establezcan "comites nacionales de coordinaci6n o entidades analogas que centralicen a nivel nacional las cuestiones relacionadas con la discapacidad. "37 Las *Normas Uniformes* tambien hacen un llamado a "la cooperaci6n internacional relativa al logro de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. 38 Finalmente, las *Normas Vniformes* crean un Relator Espacial para controlar la aplicaci6n de las *Normas* e iniciar el intercambio y cooperaci6n internacional con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidades.39

* + 1. Obligaciones internacionales del Uruguay

Los *Principios* desarrollan una serie de protecciones garantizadas en tratados internacionales de derechos humanos de los cuales Uruguay es parte. Estos incluyen el Pacto

32 G.A. Res. 96, U.N. GAOR, Sesion 48 (1993)

33 *Idem.* norma 14. Las personas con discapacidades, las organizaciones que las representan y las comunidades locales deberfan trabajar activamente en el desarrollo de esas politicas. Art. 14(2); Art. 14(5).

34 *Idem.* Art. 15.

35 *Idem.* Art. 16.

36 *Idem.* Art. 13.

37 *Idem.* Art. 17.

38 *Idem.* Art. 22.

39 ***Idem. "Mecanismo de Supervisi6n".***

**g** • ***Mental Disability Rights International***


##### Internacional de Derechos Civiles y Politicos (PIDCP),4° el Pacto Internacional de Derechos Econ6micos, Sociales y Culturales (PIDESC)41 y la Convenci6n Americana de Derechos Humanos (la Convenci6n Americana).42 Por ello, los *Principios* pueden ser invocados como gufa para la aplicaci6n de las disposiciones de los tratados de derechos humanos en lo referente a las condiciones de los sistemas de salud mental.43 Las garantfas de los *Principios* relacionados con la internaci6n en una instituci6n psiquiatrica protegen, por ejemplo, contra la "detenci6n arbitraria" prohibida en el PIDCP44 y en la Convencion Americana.45 Las practicas de las instituciones psiquiatricas que violan los *Principios* y causan gran sufrimiento pueden llegar a constituir "tratamiento inhumano" prohibido por los tratados anteriormente mencionados,46 o bien pueden representar una violaci6n al derecho de las personas detenidas a ser "tratadas con humanidad y con respeto por la dignidad inherente de la persona humana. "47

El PIDPC y la Convenci6n Americana obligan a los Estados Partes a "respetar" y

40 G.A. Res. 2200, 21 U.N. GAOR, Supp. (No.16) 52, U.N. Doc. A/6316 (1966), ratificado por Uruguay el primero de abril de 1970 (con reservas).

41 G.A. Res. 2200, 21 U.N. GAOR, Supp. (No.16) 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), ratificado por Uruguay el primero de abril de 1970 (sin reservas).

42 O.A.S. Off. Rec. OEA/Ser.L./V/II.23,doc.21, rev.6 (1979), ratificada por Uruguay el 19 de abril de 1985 (con reservas).

43 Rosenthal & Rubenstein, *supra* nota 4, pag. 279. *Ver* United Nations Connnittee on Economic, Social and Cultural Rights, *General Comment on people with disabilities* (1994), UN Doc E/C.12/1994/WP.13, 3 December 1994.

44 PIDCP, articulo 9(1). ("Todo individuo tiene derecho a la libertad ya la seguridad personal. Nadie podra ser sometido a detenci6n o prisi6n arbitrarias"). Las garantias de los *Principios* referidas a la internaci6n civil puede proteger tambien el derecho de "toda persona... circular libremente por el [pals] y a escoger libremente... su residencia". *Idem.* articulo 12(1).

" Convenci6n Americana, articulo 7.

46 PIDCP, articulo 7. ("Nadie sera sometido a... penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie sera sometido sin su libre consentimiento a experimentos medicos o cientificos"). Convenci6n Americana, articulo 5 ("Nadie debe ser sometido a ... penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad sera tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano"). Se ha interpretado que el articulo 7 del PIDCP se aplica ampliamente al tratamiento psiquiatrico. Los Estados Partes de! PIDCP tienen la obligaci6n de informar a la Comisi6n de Derechos Humanos acerca de la aplicaci6n de los derechos establecidos en el PIDCP. El MANUAL ON HUMAN RIGHTS REPORTING establece que de acuerdo con el articulo 7, los Estados "deberan... enfrentar las condiciones y procedimientos de la atenci6n medica y especialmente del cuidado psiquiatrico. Se debera inform/Jr acerca de la detenci6n en hospitales psiquiatricos, las medidas que se hayan adoptado para prevenir abusos en este campo, los recursos de apelaci6n que disponen las personas internadas en instituciones psiquiatricas y sobre cualquier queja registrada durante el periodo de informaci6n" (la traducci6n es nuestra). UNITED NATIONS CENTRE FOR HUMAN RIGHTS, MANUAL ON HUMAN RIGHTS REPORTING, pag. 92, 1991

(en adelante MANUAL ON REPORTING).

47 PIDCP, articulo 10(1) ("Toda persona privada de libertad sera tratada humanamente y con el debido respeto a la dignidad inherente al ser humano".

"asegurar" Ia total aplicaci6n de sus garantfas.48 Los Estados Partes se comprometen a adoptar "medidas ]egislativas y de otro caracter que sean necesarias para llevar a la practica los derechos reconocidos en el presente Pacto."49 El PIDCP no establece ninguna excepci6n a la obligaci6n de aplicaci6n de los derechos que requieran inversion de recursos, y estos derechos solo podran ser suspendidos en "situaciones excepcionales que pongan en peligro la vida de la naci6n y cuya existencia haya sido proclamada oficialmente. "50

De modo similar, bajo el PIDESC, el Uruguay esta obligado a asegurar el derecho al "disfrute de! mas alto nivel posible de salud fisica y mental."51 Los Estados pueden asegurar progresivamente esta obligaci6n mediante el establecimiento de polfticas de salud mental consistentes con las normas minimas que establecen los *Principios.* Por ejemplo, las polfticas consistentes con el *Principia* que establece que "el tratamiento de cada paciente estara destinado a preservar y estimular •su independencia personal" 52 o el principio que determina que "todo paciente tendra derecho a ser tratado y atendido en lo posible en la comunidad en la que vive,"53 pueden ser considerados como pasos hacia el cumplimiento de las obligaciones de los tratados a fin de asegurar el mas alto nivel de salud mental.

A diferencia de! PIDCP, que crea una obligaci6n inmediata de ejecuc1on plena, el PIDESC crea una obligaci6n de "desarrollo progresivo." Si bien ningun pafs puede obtener el "maximo" nivel de salud mental de inmediato, cada Estado parte de! PIDESC "se compromete a adoptar medidas ... hasta el maximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados... la plena efectividad de los derechos aquf reconocidos" .54 A pesar que los resultados se pueden obtener solamente a lo largo de! tiempo, "la obligaci6n de adoptar medidas es inmediata... Como mfnimo, esto implica al menos el delinear un plan detallado de acci6n para la ejecuci6n progresiva de! derecho. "55 Estas medidas deben ser "deliberadas, concretas y dirigidas" a la ejecuci6n plena de los derechos.56

48 PIDCP, articulo 2(1); Convenci6n Americana, Articulos 1(1) y 1(2).

49 PIDCP, articulo 2(2). El lenguaje empleado por Convenci6n Americana es casi identico. Convenci6n Americana, articulo 1(1).

*50* PIDCP, articulo 4(1). La Convenci6n Americana tambien limita la suspensi6n de derechos. Convenci6n Americana, Articulo 27(1). Sin embargo, los derechos de naturaleza "tecnica o econ6mica" pueden quedar sujetos a los *principios* de! "desarrollo progresivo". *Idem.* artfculo 26. La obligaci6n de! desarrollo progresivo se describe mas adelante en la nota 54 y el texto subsiguiente.

51 PIDESC, articulo 12(1).

52 *Principios,* principio 9(4).

53 *Idem.* principio 7(1).

54 PIDESC, articulo 2(1). (se le agrega enfasis)

*55* (la traducci6n es nuestra) MANUAL ON REPORTING, *cit.,* pag. 46.

56 ***Idem.***

El PIDESC, al requerir que cada Estado adopte las medidas "al maximo de los recursos de que disponga," no especifica cuales son los recursos nacionales que pueden ser considerados "disponibles" para la reforma.57 Los Estados Partes del PIDESC deben al menos hacer uso de los recursos actualmente disponibles en los presupuestos de salud mental para ejecutar las politicas que posibilitaran la aplicaci6n de los derechos establecidos en el PIDESC. Aun en el caso de la existencia de recursos limitados, la obligaci6n de "delinear estrategias y programas" para la promoci6n de los derechos consagrados en el PIDESC "de ninguna manera desaparecen como resultado de la limitaci6n de recursos. "58

Como demuestra este informe, la practica de tratamientos inadecuados en el sistema de salud mental uruguayo despierta preocupaciones en el campo de los derechos humanos. Sin embargo no quiere sugerir que existan personas que trabajan en el sistema de salud mental de! Uruguay con la intenci6n de causar dafio a otros.59 Al contrario, MORI se encontr6 con un gran mimero de personal sinceramente dedicado al bienestar de los pacientes a su cargo. Las reformas que las normas internacionales requieren, permitiran que esa misma dedicaci6n del personal sea adecuadamente reorientada hacia tratamientos que son mas respetuosos de los derechos de las personas con discapacidades mentales.

* + 1. Contexto hist6rico-politico del Uruguay

Uruguay es un pais pequefio ubicado en la costa Atlantica de Sudamerica, entre Argentina y Brasil. Cuenta con una poblaci6n aproximada de tres millones de habitantes. El producto bruto interno per capita de Uruguay es el cuadragesimo quinto del mundo (se encuentra aproximadamente en el mismo nivel que Hungria y Grecia); sin embargo el "lndice de Desarrollo Humano" del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) lo situa en el vigesimonoveno lugar.60 El ranking del PNUD refleja el hecho de que el Uruguay tiene un

*51* En este sentido el MANUAL ON REPORTING de las Naciones Unidas expresa que "[l]a expresi6n "los recursos de que disponga" se refiere tanto a los recursos de cada Estado como a aquellos de que este dispone a traves de la comunidad internacional, a traves de la cooperaci6n y asistencia internacional". (la traducci6n es nuestra) *supra.* nota 46, pag. 46.

58 *Idem.* pag. 45 (la traducci6n es nuestra).

"La diferencia entre "tortura" y "trato inhumano" en derecho internacional retleja esta distinci6n. Para que una practica constituya "tortura", el sufrimiento debe ser voluntariamente inflingido con alguna motivaci6n ilegltima. Este informe no alega que se este sometiendo a los pacientes discapacitados a torturas en las instituciones psiquiatricas del Uruguay. En contraste, el trato inhumano es una practica injustificada que causa gran sufrimiento. El trato inhumano puede provenir de una practica que tiene la intenci6n de beneficiar al. paciente, pero que constituye una injustificada negaci6n del derecho individual a elegir ode otro derecho. Una practica no justificada motivada principahnente por una conveniencia administrativa puede tambien constituir trato inhumano. *Ver* debate en Rosenthal y Rubenstein, *supra* nota 4, al 273. Las personas con discapacidades mentales son sometidas a trato inhumano en las instituciones psiquiatricas del Uruguay.

60 SERVICIO, PAZ y JUSTICIA, URUGUAY, INFORME pag. 80 (1992). El Indice de Desarrollo Humano es una combinaci6n de factores econ6micos y sociales compilados por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. De acuerdo con este indice, Estados Unidos esta situado en el decimonoveno Ingar en el mundo. *Idem.* pag. 51.

alto grado de alfabetismo, 61 un sistema excelente de educaci6n universitaria,62 una larga esperanza de vida y varios buenos programas de asistencia social. Si bien en los iiltimos afios se restringieron los programas sociales, la distribuci6n de! ingreso en el Uruguay sigue siendo la mas igualitaria de America Latina.63

l. Estado social, dictadura y democracia

Desde finales de! siglo diecinueve hasta mediados de! siglo veinte Uruguay disfrut6 de un largo periodo de crecimiento econ6mico y estabilidad politica. Durante ese tiempo, Uruguay desarroll6 uno de los mejores y mas innovadores programas de asistencia social de la region. Posteriormente, en la decada de los afios cincuenta, comenz6 un periodo de declinaci6n econ6mica que continu6 en los afios sesenta. En 1973, los militares tomaron el poder despues de un perfodo de desorden laboral y politico. El gobierno militar dur6 doce afios y se caracteriz6 por ser un regimen brutalmente represivo. 64 Despues de! plesbicito de 1980, el gobierno militar permiti6 la celebraci6n de elecciones generales luego de ser sorprendido por el voto en contra de una constituci6n que hubiera legitimado su poder. El 1 ° de marzo de 1985, los militares dejaron el poder y Julio Maria Sanguinetti, de! Partido Colorado, se hizo cargo de la Presidencia de! pais al triunfar en las elecciones.

20 Impacto **del** deterioro econ6mico y de **la** dictadura

La gran disponibilidad de beneficios sociales existente en Uruguay comenz6 a declinar en los afios sesenta al debilitarse la economfa y los programas sociales fueron restringidos aiin mas por el gobierno militar. Administradores hospitalarios y autoridades de! Ministerio de Salud Piiblica informaron al **MDRI** que la dictadura provoc6 un perfodo de estancamiento en el sistema de la salud mental, epoca durante la cual era imposible realizar reformas importantes. Cuando los militares llegaron al poder en 1973, la tendencia mundial con respecto al tratamiento de las personas con discapacidades mentales en la comunidad recien habfa comenzado a influir sobre el disefio de los servicios de salud metal en Uruguay. Despues de! golpe militar, todo cambio se hizo dificil o imposible. La consecuencia inmediata de esta situaci6n fue el mantenimiento de!

Las cifras que aquf se citan son de! aiio 1990.

61 Uruguay ofrece educaci6n gratuita y universal hasta la edad de catorce aiios. El nivel de alfabetismo de! pais es de! 96 par ciento, el cual constituye el mas alto de Latinoamerica. URUGUAY: A CoumRY STUDY 86 (R. Hudson, S. Meditz, eds. 1992) en adelante COUNTRY STUDY.

62 Uruguay tiene una de las mejores universidades piiblicas de America Latina: la Universidad de la Repiiblica, Los estudios son gratuitos para todo el que sea adrnitido. La universida cuenta con facultades de derecho, medicina, ciencias sociales e ingenierfa, entre otras. *Idem.* pag. 87.

63 *Idem.* pag. 76.

64 La declinaci6n econ6rnica, el surgimiento de la dictadura y las violaciones de derechos humanos durante este perfodo en Urugnay se describen en SERVICIO PAZ y JUSTICIA, URUGUAY, NUNCA MAS, HUMAN RIGHTS VIOLATIONS 1972-1985, pag. 3 (1992) (en adelante SERPAJ).

*status quo* -grandes hospitales psiquiatricos para el tratamiento de la mayoria de las personas con discapacidades mentales. En definitiva, en la decada de los afios setenta y ochenta existian muy pocas alternativas al uso de los grandes hospitales psiquiatricos.

3. Prograrna Nacional de Reforma

Poco despues de] restablecimiento de la democracia, hubo esfuerzos por reinstaurar y mejorar los programas sociales que se habian debilitado durante la dictadura.65 El Ministerio de Salud inici6 un nuevo esfuerzo a fin de estudiar y planificar una reforma integral del sistema de salud mental.66 Asimismo, el Ministerio de Salud cre6 una comisi6n interdisciplinaria integrada por treinta y seis representantes de todos los sectores de] sistema de salud mental (la "Comisi6n Nacional "), que redact6 un programa con el objeto de producir una reforma a nivel nacional (el "Programa Nacional").67 El Programa Nacional propuso que la reforma se dirigiera a dos objetivos principales: (1) el desarrollo de un sistema de salud mental originado en la comunidad e integrado dentro de] sistema general de] cuidado de la salud y (2) el establecimiento de una campafia de prevenci6n y rehabilitaci6n. El plan hacia hincapie en la importancia de un enfoque interdisciplinario para el tratamiento psiquiatrico en el cual las familias deberian estar completamente comprometidas en el proceso de prevenci6n y rehabilitaci6n. El Programa Nacional fue aprobado por el Ministerio de Salud en 1986 y actualmente, sus objetivos constituyen la polftica oficial de] Ministerio.

Los psiquiatras, asistentes sociales y enfermeras entrevistados por el **MORI,** expresaron que despues de la adopci6n de] Programa Nacional reinaba un espiritu alentador y generalizado acerca de que este habria de dar origen a una serie de cambios importantes en el sistema de salud mental. Sin embargo, cuando el equipo de] **MORI** visit6 Uruguay en 1993, el Programa Nacional no habia sido aun implementado. Ni la Comisi6n Nacional, ni el Ministerio de Salud habian calculado los costos de su implementaci6n,68 y la Legislatura tampoco destin6 los fondos que hubieran sido necesarios para su aplicaci6n. A pesar de ello, Jos funcionarios de] Ministerio de Salud entervistados sefialaron que algunos elementos de] Programa Nacional fueron llevados a la practica. En Hnea con las recomendaciones del Programa Nacional, se pusieron en practica medidas dirigidas a la descentralizaci6n de los servicios de salud mental, a traves de unidades de salud mental establecidas en hospitales publicos fuera de Montevideo. Se estableci6 una unidad de salud mental en el Hospital Maciel, en Montevideo, como centro de derivaci6n o transferencia de pacientes hacia otros hospitales. Ademas de ello, el Ministerio de Salud y los

65 En el sistema de salud hubo un aumento de! 17 por ciento de! nfu:nero de personas cubiertas por seguro medico. Los gastos de! gobierno en equipos para el cuidado de la salud se cuadriplic6 entre 1985 y 1987. Los gastos de! Ministerio de Salud Publica aumentaron al 34 par ciento en terminos reales y los gastos en medicarnentos se incrementaron en un cien por ciento. COUNTRY STUDY, *cit.,* pag. 84.

66 Comisi6n Nacional de Salud Mental, *Programa Nacional de Sa!Uil Mental,* 8 de septiembre de 1986. (en adelante, Prograrna Nacional).

67 *Idem.*

68 Ex-miembros de la Comisi6n Nacional hicieron saber al MDRI que nunca se Jes solicit6 estimar el costo de aplicaci6n de! Prograrna Nacional.

administradores de las Colonias llevaron adelante significativos esfuerzos para enfrentar las pauperrimas condiciones de vida registradas, incluyendo la insuficiencia de comida y la falta de calefacci6n. Durante los iiltimos aftos, al estancarse la economia de Uruguay, el Ministerio de Salud ha sido objeto de recortes presupuestarios, dando origen a su vez a que el sistema de salud mental se aleje aiin mas de los objetivos establecidos en el Programa Nacional para la reforma.69

#### Organizacion de! sistema de salud mental uruguayo

Uruguay dispone de servicios psiquiatricos piiblicos y privados. Un sesenta por ciento de la poblaci6n recibe asistencia medica, (lo que incluye acceso al cuidado de la salud mental) a traves de mutualistas.,7° redes de medicos y hospitales privados que proveen servicios de acuerdo a seguros medicos reglamentados por el gobierno. La mayoria de la poblaci6n activa de! Uruguay tiene obligaci6n de hacerse miembro de una mutualista. El treinta por ciento de la poblaci6n no afiliada a una mutualista puede recibir asistencia a traves de! sistema de salud piiblica. Tambien existen seguros medicos privados, que benefician a las personas de mayores ingresos econ6micos y a los empleados estatales.71

#### Mutualistas

La disponibilidad de atenci6n medica adecuada para pacientes internados y ambulatorios, de hospitales mutualistas es muy limitada, y consiste casi totalmente en tratamiento farmacol6gico. No hay servicios de orientaci6n vocacional, rehabilitaci6n, o psicoterapia a traves de las mutualistas.

El tratamiento ambulatorio se lleva a cabo a traves de medicos psiquiatras, que brindan atenci6n en los hospitales mutualistas y las policlinicas. El tratamiento ambulatorio consiste en consultas muy breves con psiquiatras -de 10 a 15 minutos-, con el fin de recetar medicamentos o controlar el nivel de farmacos en sangre. La mutualista paga el costo de la internaci6n en centros de salud mental privados por un maximo de treinta (30) dias. Dichos centros generalmente no proveen ningiin tipo de asistencia psiquiatrica, de modo que los psiquiatras de las mutualistas visitan a los pacientes internados para supervisar la prescripci6n de medicamentos psicotr6picos y la administraci6n de terapia electroconvulsiva. **No** existen centros de salud mental privados fuera de la ciudad de Montevideo. En consecuencia, el tratamiento fuera de

69 Como resultado de estos recortes presupuestarios, se elimin6 un tratamiento para alcoh6licos que habfa logrado grandes exitos y reconocimiento nacional. Se dejaron de financiar los albergues para personas desamparadas. Asimismo, se recortaron los prograrnas de hogares adoptivos temporales para personas que habfan sido dadas de alta de instituciones psiquiatricas.

*1°*Cifras dadas por el Ministerio de Salud Publica.

71 El diez98Xpriento de la poblaci6n no es miembro de mutualistas debido a que (a) pueden pagar su propio seguro privado o (b) est.in inclufdos en otros programas de! gobiemo (el mas extenso esta constitufdo por programas de seguro social para la policia y los militares). Los miembros de las mutualistas pueden tambien obtener servicios no provistos por su cobertura mutual (incluyendo psicoterapia) a traves de proveedores de seguros medicos.

Montevideo es brindado a traves de hospitales generales y de mutualistas.

* + - 1. Hospitales publicos

El sistema publico de salud mental brinda atenci6n a individuos que no cuentan con seguro medico y que no pueden pagar su tratamiento. Tambien cubre a los pacientes cr6nicos que ya han agotado los beneficios provistos por el sistema de mutualistas.

El sistema publico de salud mental esta compuesto casi por completo por centros de internaci6n, aunque los hospitales tambien brindan alguna atenci6n a pacientes ambulatorios. En el pafs un poco mas de dps mil camas hospitalarias (0.6% de la poblaci6n uruguaya, de tres millones).72 Segun el Ministerio de Salud, el costo al gobierno es de veinte a veinticinco d6lares al dfa por cada paciente psiquiatrico internado.

En el Uruguay hay dos "Colonias" (Santin Carlos Rossi y Etchepare), localizadas a 90 kilometros de Montevideo, que tienen a un total de 1300 pacientes internados. Tambien existen dos institutos psiquiatricos en Montevideo, el Musto y el Vilardebo, que cuentan con poblaciones de 600 a 650 pacientes, respectivamente.

Segun las autoridades de! Ministerio de Salud, el promedio de internacion es de por lo menos diez afios. En el Musto y el Vilardeb6, el Ministerio de Salud informo que el promedio de internacion es de aproximadamente un afio. El equipo de! MDRI no ha podido verificar estos datos, pero hay evidencia que sugiere que el promedio de internacion en cada una de estas instituciones es mucho mayor.73

No existen centros publicos de tratamiento del alcoholismo o de la drogadiccion, como tampoco albergues para desamparados.

* + - 1. Pensiones para discapacitados

A traves de! sistema de seguridad social, existe un sistema de pensiones disponible para aquellas personas que no pueden trabajar por razones de discapacidad mental. Solo las personas que trabajan y aportan al sistema de seguridad social estan en condiciones de recibir estas pensiones, equivalentes de ochenta a cien dolares por mes. Si una persona que recibe una pension por discapacidad encuentra cualquier clase de trabajo remunerado, pierde por completo ese aporte economico (sin que se tenga en cuenta si el nuevo salario es suficiente para mantenerse). Algunos beneficiarios de prestaciones por discapacidad mental, familiares y asistentes sociales han sefialado que esta regla desestimula la busqueda de trabajo. Como la

72 Hay aproximadamente 2.100 camas en los cuatro hospitales psquiatricos publicos en Uruguay. Sise suman todas las camas hospitalarias publicas y privadas, se obtiene un total de aproximadamente 3.500 -4.000 camas en Uruguay, cifra ligeramente superior al 0.1 % de la poblaci6n uruguaya de los tres millones de habitantes.

73 En la Colonia Santin Carlos Rossi, por ejemplo, las autoridades informaron que la mayoria de los pacientes fueron admitidos antes de 1985, y que permanecen en la instituci6n el resto de sus vidas.

pension no alcanza para cubrir las necesidades minimas, los pacientes que viven en la comunidad trabajan ilegalmente. Esta practica hace dificil el buscar trabajo y da como resultado la falta de protecci6n legal y de beneficios a estos individuos.

* + - 1. Recursos profesionales

Uruguay es un pais rico en recursos humanos y cuenta con una poblaci6n educada. Parad6jicamente, el pais posee una gran oferta de profesionales especializados en salud mental de nivel universitario, como psiquiatras y psic6logos. Sin embargo, existe una reducida oferta de profesionales de orientaci6n practica y de menor formaci6n te6rica -como es el caso de enfermeras y asistentes sociales de especializaci6n psiquiatrica.

La Asociaci6n Psiquiatrica del Uruguay cuenta con mas de 450 psiquiatras registrados,74 lo que constituye una concentraci6n de psiquiatras (per capita) relativamente alta para promedios mundiales. 75 La mayoria de los psiquiatras han estudiado en la facultad de Medicina de la Universidad de Uruguay. Existen aproximadamente 2.500 psic6logos en Uruguay con cinco afios de estudio universitario.76 La mayoria de los psic61ogos tienen preparaci6n psicoanalftica y cuentan con pacientes en la practica privada.

Existe un gran mlmero de psiquiatras y psic6logos formados que actualmente trabajan en la practica privada y que podrian contribuir potencialmente de modo importante al mejoramiento de sistema de salud mental. Hay tambien muchos profesionales y no profesionales mal pagos que trabajan en salud mental, que podrian contribuir mucho mas de lo que lo hacen en este momenta, pero que, por los bajos salarios, s6lo pueden trabajar tiempo parcial en el sistema publico de salud mental. En cada instituci6n, el MDRI encontr6 un porcentaje de! personal que demostr6 un gran compromiso con su trabajo y con el bienestar, dignidad y derechos de los pacientes. Estas personas, que muchas veces tienen ademas otros trabajos, dedican muchas horas por el cuidado de los pacientes internados en hospitales publicos.

Existe un gran potencial de oportunidades para que los profesionales de la salud mental contribuyan al mejoramiento de los servicios. Podria atraerse a mas y mejores profesionales para trabajar en la esfera publica, y las personas que actualmente trabajan en el sistema publico de

salud mental podrian contribuir aun mas a medida que noten que sus esfuerzos tienen concreci6n real.

Hay gran escasez de otros profesionales formados. Debido a los bajos salarios del sistema

74 En 1993 habfa mas de 462 psiquiatras registrados. ELLEN R. MERCER, & LEA, MESNER, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION COMMITTEE ON INTERNATIONAL EDUCATION: AN INTERNATIONAL PSYCHIATRIC DIRECTORY, pag. 241 (1993).

75 Con una poblaci6n de 3.100.000 habitantes, Uruguay cuenta con un psiquiatra para cada 6,710 personas. En Estados Unidos, hay un psiquiatra por cada 5.680 habitantes. En Argentina, la relaci6n es 1:6. 620; en Hungria, 1:15. 846; yen Grecia, 1:9. 364. *Idem.* pags. 237, 4, 94 y 87.

*16 Idem.* pag. 243


##### publico de salud mental, los hospitales publicos no pueden contratar el suficiente numero de enfermeras y de asistentes sociales especializadas.

En Uruguay, las enfermeras no tienen especializacion psiquiatrica. De acuerdo a los representantes de la Asociacion de Enfermeras de Uruguay, existen 1800 enfermeras con titulo universitario en Uruguay, pero solo muy pocas de estas trabajan en instituciones psiquiatricas publicas, debido a los bajos salarios. Existe una gran escasez de asistentes sociales con especializacion psiquiatrica, y solamente un pequefio numero de ellos trabajan en instituciones psiquiatricas publicas.77 La mayor parte de! personal, conocidos como *"tecnicos,"* no son profesionales sino que se han formado mediante la practica en la profesion.

* + - 1. **Servicios a victimas de violaciones a los derechos hnmanos**

##### El Servicio de Rehabilitacion Social (SERSOC) es una organizacion no gubernamental destinada a proveer asistencia en salud mental a las personas y familiares que sufren efectos post-traumaticos debidas a tortura, desapariciones y otros abusos cometidos durante la dictadura.

Psicologos, asistentes sociales, psiquiatras y otros medicos han asistido a mas de 3.000 personas. El SERSOC estima que solo ha prestado servicios a un pequefio porcentaje de la poblacion que ha sufrido graves problemas de salud mental como consecuencia directa o indirecta de los abusos. Pese a esto, la organizacion no recibe ningun tipo de apoyo que provenga de los sistemas publico o privado de salud mental.

77 \_La Colonia Santin Carlos Rossi, instituci6n psiqniatrica con 716 pacientes, cnenta con ocho asistentes sociales. En el hospital Musto, en Montevideo, hay seis asistentes sociales para 373 internados y aproximadamente 700 pacientes ambulatorios.

1. Situacion de los derechos humanos de los discapacitados mentales

A continuaci6n se describen los principales hallazgos de la investigaci6n que hizo MDRI sobre la situaci6n de los derechos humanos en el sistema piiblico de salud mental de Uruguay. La secci6n A describe la estructura de! sistema de salud mental de! Uruguay y las consecuencias sobre los derechos humanos de un sistema basado casi exclusivamente en la internaci6n de los pacientes. La secci6n B describe las !eyes de internaci6n civil de! Uruguay y su aplicaci6n, y analiza su compatibilidad con normas internacionales. La secci6n C describe las condiciones de las instituciones psiquiatricas en el Uruguay e identifica las pnicticas violatorias de normas internacionales de derechos humanos.78 Finalmente, la secci6n D analiza el alcance de mecanismos suficientes para asegurar la vigencia de los derechos humanos en el sistema de salud mental.

##### Estructura de los servicios de salud mental

Las normas medicas y de derechos humanos adoptados por la Organizaci6n Panamericana de Salud en la *Declaraci6n de Caracas19* y por la Asamblea General de las Naciones Unidas en los *Principios de Salud Mental* le pide a los gobiernos que estructuren el sistema de servicios de salud para apoyar a las personas con discapacidades mentales. Como lo establecen los *Principios,* "toda persona que padezca una enfermedad mental tendra derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad. "'0 Ademas todo paciente tiene el derecho "a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible... "81

Uno de los aspectos mas llamativos de] sistema de salud mental de Uruguay es que se basa casi exclusivamente en las instituciones psiquiatricas, en lugar de proveer servicios comunitarios. Esta confianza casi exclusiva en tratamientos basados en la internaci6n tiene como consecuencia la injustificada, innecesaria y potencialmente dafiina internaci6n de personas capaces de vivir y trabajar en la comunidad.

La separaci6n de esas personas de la comunidad rompe sus vfnculos personales, familiares y econ6micos con al mundo exterior, y trae como resultado un detrimento para el desenvolvimiento mental y social de] paciente. Las autoridades de] Ministerio de Salud,

78 Una descripcion mas detallada de las condiciones de cada institucion psiquiatrica pueden ser obtenidas a

!raves de material suplementario de! MDRI, Washington College of Law, 4400 Massachusetts Ave. NW, Washington D. C. 200016-8084

79 La Declaracion de Caracas sefiala que la hospitalizaci6n lleva al "aislamiento de la comunidad" ya una "mayor discapacidad social". Declaraci6n de Caracas, reproducida en Levav, Restrepo y Macedo, *supra* nota 7, en 83. La declaraci6n hace un llarnado a los Estados para que reestructuren sus sistemas de salud mental de modo que se organicen principalmente sobre la base de servicios comunitarios. *Ver supra* notas 8 a 13 (discusi6n sobre la Declaracion de Caracas)

80 *Principios,* principio 3.

81 *Idem.* principio 9(1).

psiquiatras, enfermeras y otras personas sefialaron al MORI su preocupac1on acerca de! desequilibrio de servicios, y han intentado remediar esa situaci6n. Existen en Uruguay algunos servicios de salud mental comunitarios realmente notables. 82 Estos programas proporcionan servicios esenciales que permiten a un pequefio niimero de personas dejar las instituciones y recibir asistencia en salud mental en la comunidad. Dichos programas sirven como modelo uruguayo para el disefio de servicios de salud mental que permitan a la gente recibir apoyo y tratamiento en la propia comunidad.

1. Institucioualizaciou de la custodia

Las instituciones de salud mental en Uruguay tienen dos funciones, el tratamiento de agudos y el tratamiento a largo plazo. Los pacientes a largo plazo reciben basicamente un cuidado custodial, que incluye medicaci6n psicotr6pica y un limitado numero de programas de actividades dentro del hospital. Miembros de! personal de las Colonias han informado al MORI que el enfasis primario de] tratamiento consiste en mantener a los individuos en las instituciones, antes que en ofrecer la posibilidad de rehabilitaci6n y devolver lo mas pronto posible a los pacientes a la comunidad de la cual han venido.

La falta de enfasis o de urgencia dada a la rehabilitaci6n y reinserci6n en la comunidad puede apreciarse en todas las instituciones de salud mental de! Uruguay. El problema de la institucionalizaci6n custodial es particularmente acuciante para al menos la mitad de las 2.000 personas internadas en el sistema publico que son rotuladas como "pacientes cr6nicos" y sobre las cuales se piensa que tienen poca o ninguna posibilidad de retornar a la comunidad. En consecuencia, los "pacientes cr6nicos" viven diez, veinte, treinta afios y a veces toda su vida en las instituciones psiqui:itricas. Muchos "pacientes cr6nicos" no reciben tratamiento de rehabilitaci6n que pueda darles al menos la esperanza de dejar alguna vez la instituci6n. Se sefiala que muchos de los residentes de las Colonias viven alli hasta su muerte.

La hospitalizaci6n custodial tambien afecta negativamente a otros pacientes que solo necesitan tratamiento de agudos. La superpoblaci6n hace diffcil la posibilidad de encontrar camas para pacientes agudos. Debido a la sobrecarga de los ya inadecuados servicios de rehabilitaci6n y colocaci6n fuera de la instituci6n (descriptos en la Secci6n C), las estadias de "corto plazo" en la instituci6n se extienden por periodos de tiempo innecesariamente largos. En el Musto, instituci6n designada como "unidad de tratamiento de agudos," el promedio de estadia es de un afio (la estadia promedio en el Musto bien podria ser mas larga, sin embargo, dado el gran numero de pacientes de largo plazo).

1. **"Pacieutes sociales"**

Autoridades de las instituciones psiquiatricas publicas de! Uruguay informaron al MORI que entre un tercio y dos tercios de los dos mil pacientes no necesitan ser internados en una instituci6n psiquiatrica, y que son mantenidos alli porque no tienen ningun otro lugar d6nde ir. Estos individuos se Haman normalmente "pacientes sociales." De acuerdo con las autoridades

82 Estos programas estan descritos mas adelante en el capitulo III.

***Derechos humanos*** *y* ***salud mental en el Uruguay* 1111** 19

de las instituciones todos estos individuos podrian dejar las instituciones psiquiatricas si hubiera organismos apropiados en la comunidad.

Funcionarios y administradores del sistema de salud mental expresaron gran preocupaci6n por los "pacientes sociales," sefialando que el desarraigo de estas personas deriva de problemas que van mucho mas alla del sistema de salud mental. En efecto, el sistema de salud mental debe soportar los efectos de una vasta serie de problemas sociales -entre ellos la pobreza, el desempleo, la falta de vivienda accesible y el desmoronamiento de los sistema de asistencia familiar- no necesariamente ligados con la salud mental. Estos problemas sociales no pueden ser resueltos exclusivamente por el Ministerio de Salud Piiblica o por los administradores de instituciones psiquiatricas.

Los niveles de pacientes sociales incluyen cuatro categorias de individuos:

* 1. Personas que pudieron haber tenido necesidad de hospitalizaci6n

La primera categoria de pacientes sociales son individuos que padecen de enfermedades mentales y que quizas alguna vez necesitaron hospitalizaci6n psiquiatrica, pero que podrian ahora vivir perfectamente en la comunidad con tratamiento comunitario apropiado. Esta categoria incluye pacientes a "corto plazo" o "agudos," capaces de abandonar la instituci6n despues de recibido el tratamiento, asi como a pacientes "cr6nicos" que solo pueden abandonar la instituci6n despues de afios. Para ambos tipos de pacientes, la prolongaci6n innecesaria de la internaci6n aumenta la dificultad de regresar a la comunidad, ya que los vfnculos familiares y econ6micos quedan debilitados o se pierden.

En la colonia Santin Carlos Rossi y Etchepare hay un alto niimero de pacientes "cr6nicos" que han perdido casi todos los contactos con el mundo exterior. Muchos de estos individuos son ancianos que no necesitan o no reciben ningiin tipo de tratamiento psiquiatrico, sino que podrian requerir cuidados de enfermeria.

* 1. Personas con otras discapacidades o enfennedades y ancianos

La segunda categorfa de pacientes mentales es la de aquellas personas que sin padecer de enfermedades mentales, sufren de otras discapacidades o enfermedades que necesitan de apoyo comunitario, tales como el retardo mental, la epilepsia o el alcoholismo. En las colonias, es probable que de un tercio a la mitad (y tal vez mas) de! total de residentes sufran de retardo mental.83 Todos estos individuos podrfan vivir en la comunidad, 84 pero faltan servicios

83 De acuerdo a cifras oficiales, en diciembre de 1991 el 52% de la poblacion de la Colonia Santin Carlos Rossi eran personas con retardo mental. Durante su visita, el MDRI fue informado de que al menos un tercio de la totalidad de la poblacion de las dos colonias eran personas con retardo mental.

especializados adecuados a sus necesidades. La internacion psiquiatrica es especialmente inadecuada para personas con retardo mental, ya que su condicion los hace particularmente vulnerables al abuso y abandono. No existen en las instituciones psiquiatricos de! Uruguay servicios de rehabilitacion que se adecuen a sus necesidades especiales; por el contrario, frecuentemente reciben medicacion psicotropica o terapia electroconvulsiva, inapropiada para sus necesidades.

**MDRI** tambien encontro institucionalizados ancianos que no tienen familia o que est.in incapacitados para cuidarse de sf mismos. **MDRI** documento el caso de una mujer anciana que vivia sola pero con muchos gatos y otros animales domesticos. Cuando los vecinos se quejaron a la policia del ruido y olor de los animales, la mujer fue colocada en un hospital psiquiatrico. A su llegada a la institucion, los psiquiatras determinaron que la mujer no padecia de enfermedad mental, pero se la mantuvo internada porque no se encontro otro lugar para ella. A diferencia de muchos otros casos, esta mujer pudo finalmente dejar la institucion, ya que se le encontro lugar en un hogar de ancianos.

* 1. Delincuentes menores, marginados sociales.

Parte de los pacientes sociales que no padecen de enfermedades mentales son internados por orden judicial. Entre las personas de esta categoria se encuentran delincuentes menores que tal vez sean tambien alcoholicos o retardados mentales moderados, o que simplemente muestran un comportamiento extrafio que de una forma u otra hace que los jueces decidan internarlos en instituciones psiquiatricas, en lugar de mandarlos a prision. Como resultado de esta decision el individuo es sometido a una detencion por tiempo indeterminado, probablemente mas largo que el que le hubiera correspondido de ser condenado por el delito menor de! que se lo acusaba. Los funcionarios de salud mental no pueden externar a estas personas sin orden judicial. Este problema es tratado con mayor extension en la seccion B-4.

En un caso, los miembros del equipo de MDRI entrevistaron a una paciente de quien se decia que era lesbiana. Aunque esta paciente padecia de retardo mental moderado y pudo haber sido hospitalizada como "paciente social" solo por ese motivo, el hecho de ser lesbiana contribuyo aparentemente a la dificultad para volver a la comunidad. Efectivamente, el director de una institucion dijo que los pacientes homosexuales y lesbianas estaban excluidos de! programa de externacion de pacientes, por miedo al enfrentamiento con la gente de la comunidad.

* 1. Personas sin hogar

Una cuarta categoria de personas que residen en una institucion, no tienen enfermedad mental y posiblemente tampoco tengan otra discapacidad, son los vagabundos quienes no tienen

84 En la pasada generaci6n, se hizo un progreso enorme en asistir a personas con retardo mental para que puedan dejar sus insitutciones y puedan vivir y trabajar en la comunida. *Ver* JAMES W. CONROY & VALERIE J. BRADLEY, J., THE PENNHURST LONGITUDINAL STUDY: A REPORT OF FIVE YEARS RESEARCH AND ANALYSIS (1985).

*Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* • 21

ningiin otro sitio d6nde ir. En el hospital Vilardeb6 entrevistamos a una mujer brasilefta que habfa vivido en la instituci6n mientras esperaba que sus papeles oficiales fueran aprobados y que llegara asistencia financiera de sus familiares para poder volver a casa. Una mujer de dieciseis aftos de la colonia Etchepare nos inform6 que vivfa en la colonia porque sus padres eran dos pacientes de la instituci6n.

La institucionalizaci6n de personas sin hogar es un ejemplo grafico de responsabilidad que se asigna al sistema de salud mental, sin que el problema tenga nada que ver con la salud mental. El Estado uruguayo debe hacerse cargo de este problema, que no puede ser resuelto iinicamente por las autoridades de! sistema de salud mental.

1. Falta cle alternativas comunitarias

Los *Principios de Salud Mental* establecen que "todo paciente tendra derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible en la comunidad en la que vive."85 Muchas personas se ven obligadas a permanecer en instituciones debido a la gran escasez de alternativas comunitarias a la institucionalizaci6n. La necesidad de servicios comunitarios se extiende, amen de las mil cuatrocientas personas institucionalizadas y consideradas "pacientes sociales", a las personas internadas en instituciones psiquiatricas privadas y a muchas personas que actualmente no reciben tratamiento de salud mental. Ademas de ello, muchas otras personas que actualmente se encuentran internadas en instituciones psiquiatricas piiblicas y que no son llamados "pacientes sociales" podrfan prosperar dentro de la comunidad si se ofrecieran servicios de ese tipo.

Uruguay tiene unos pocos programas que ofrecen tratamiento a personas con enfermedades mentales en la comunidad, pero el niimero de personas que estos programas pueden tener es muy pequefto. Existe un programa de rehabilitaci6n conocido como el "Programa de Familias Sustitutas." Actualmente este programa sirve a menos de 75 individuos. Existe igualmente un programa de rehabilitaci6n con fondos piiblicos por parte de la comunidad, el Centro Nacional para la Rehabiiitaci6n Psiquiatrica, que sirve a menos de cincuenta personas

El Programa de Familias Sustitutas, que ubica a pacientes externados de las colonias en casas de familia, es un modelo admirable. El programa ofrece una compensaci6n econ6mica a las familias que aceptan alojar a un paciente psiquiatrico externado. Aunque las compensaciones son bajas (el equivalente a treinta y ocho d6lares por mes, aproximadamente), no hay escasez en la cantidad de familias que aceptan tomar pacientes psiquiatricos. El programa no solo provee un hogar en la comunidad a antiguos pacientes "cr6nicos" de las colonias, sino que tambien permite los servicios de seguimiento, destinados a proteger la seguridad y a promover el bienestar del paciente, que incluye asistencia en salud mental y en la biisqueda de trabajo. El programa se basa tambien en las estructuras ya existentes en la comunidad, estableciendo contactos entre el paciente y las iglesias, asociaciones civicas y programas de asistencia social.

85 *Principios,* principio 7(1).

22 @ *Mental Disability Rights International*

Aunque los administradores informan que el programa de familias sustitutas necesita mas fondos, actualmente funciona con contribuciones estatales sorprendentemente limitadas. El programa podrfa extenderse sin necesidad de aumentar considerablemente su financiamiento.

Tambien existen modelos tanto publicos como privados para establecer servicios de asistencia de salud mental en la comunidad. El sistema de salud mental publico financia actualmente un programa de rehabilitaci6n en la comunidad, en el Centro Nacional de Rehabilitaci6n Psiquiatrica. El Centro ofrece un lugar de tratamiento psiquiatrico y rehabilitaci6n para cuarenta a sesenta personas que padecen de discapacidades mentales,. como tambien un programa de trabajo asistido para ochenta participantes. Cada participante es evaluado por un grupo interdisciplinario de psiquiatras, psic6logos y asistentes sociales, para luego desarrollarle un plan de tratamiento individual. El tratamiento de salud mental es discutido con el paciente, y no se efectua tratamiento compulsivo. Los participantes de! programa de rehabilitaci6n viven solos o con sus familias, y concurren el dfa entero o medio dia al centro de rehabilitaci6n, donde realizan artesanias, terapia ocupacional y actividades de recreaci6n.

El Centro Nacional de Rehabilitaci6n Psiquiatrica es la unica instituci6n comunitaria de! sistema publico de salud mental. Existen ademas cuatro a cinco centros comunitarios de tratamiento de salud mental privados. El MORI visit6 uno de estos centros, el Centro de Rehabilitaci6n Sur Palermo, que ofrece programas estructurados para la rehabilitaci6n de dieciseis a veinte ex pacientes psiquiatricos externados, en un ambiente de apoyo asistencial. Tanto el personal como los usuarios se consideran "miembros" de una comunidad igualitaria, y no se proporciona tratamiento sin el entendimiento y el consentimiento del usuario. Ex miembros y sus familias informaron al **MORI** que el programa Sur Palermo proporciona un servicio efectivo que ayuda a pacientes psiquiatricos a vivir en la comunidad, evitando la hospitalizaci6n.

Los dos programas comunitarios de salud mental comentados en este informe demuestran que existen en el Uruguay los medios tecnicos y el conocimiento necesario para desarrollar servicios comunitarios, y que pueden lograrlo con un aporte limitado de recursos publicos. Ademas de ello, demuestran la relevancia cultural y el valor practico de los programas basados sobre el respeto de las decisiones y los derechos de los usuarios de! sistema.

Ademas de la ausencia de servicios comunitarios de salud mental, faltan tambien muchas otras clases de servicios que facilitarian la posibilidad de las personas de abandonar las instituciones psiquiatricas. Existe en especial una gran necesidad de servicios de asistencia y rehabilitaci6n para personas que sufren de retardo mental. Casi todas las personas con retardo mental hoy internadas en instituciones podrfan vivir en la comunidad mejorando sustancialmente su calidad de vida.86 **A** pesar de esto, el equipo del **MORI** no pudo ubicar en Uruguay ningun programa de asistencia que permita a adultos con retardo mental vivir en la comunidad. Se han registrado ademas recortes de fondos en los programas comunitarios para gente con problemas de alcoholismo y para personas sin hogar.

86 *Ver*

CONROY,

VALERIE, &

BRADLEY, *supra,*

nota 84.

*Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* ® 23

Finalmente, los recursos disponibles para expandir las alternativas comunitarias a la institucionalizaci6n no han sido completamente utilizados. Ademas de servir como modelo para nuevos programas, los programas comunitarios de salud mental podrian extenderse con solo un pequefio aumento de los aportes del Estado. El director del Centro Nacional para la Rehabilitaci6n Psiquiatrica explic6 que este organismo actualmente opera por debajo de su capacidad. El centro podria admitir diez o veinte pacientes mas sin necesidad de aumentar el niimero de! personal u oficinas. El personal de programa de familias sustitutas tambien explic6 que existen mas familias deseosas de acoger pacientes psiquiatricos mediando la compensaci6n econ6mica actualmente estipulada (aproximadamente 38 d6lares por paciente al mes) pero escazean los fondos para financiarlo. Los programas de Sur Palermo y SERSOC no reciben ningiin tipo de aporte econ6mico estatal.

* 1. **Internacion** civil

La internaci6n civil en las instituciones psiquiatricas del Uruguay esta reglamentada por la "Ley de Asistencia al Psic6pata. "87 La ley -que data de 1936- no ofrece la protecci6n minima contra internaciones indebidas establecida en los *Principios,* tanto en lo referente a criterios sustantivos como en lo que hace a las garantfas procesales.88 En la practica ni siquiera se cumplen los requisitos mfnimos de la ley de internaciones de! Uruguay.

1. Falta de criterios para detenninar las internaciones

El artfculo 15 de la Ley de Asistencia al Psic6pata, expresa de modo generico que solo se permite la internaci6n compulsiva por orden medica con fines de tratamiento. 89 Ningiin otro para.metro sustantivo se requiere para la mayorfa de las internaciones compulsivas. Aunque la ley limita las internaciones compulsivas a pacientes diagnosticados como "enfermos mentales", no existe ninguna definici6n de Io que constituye "enfermedad mental". Ningiin otro criterio sustantivo es requerido para las reclusiones que son mayormente involuntarias.'0

87 Ley 9.581 de! Uruguay, articulos 13 a 28 (1936) (en adelante, "Ley 9.581"); reproducida en Salud y Enfermedad Mental en el Uruguay, pags. 16 a 21 (Ed. IELSUR 1992) (en adelante, "IELSUR (1992)"

" La ley de interuacion civil de! Uruguay es analizada en su totalidad en Angelika Moncada, *Involuntary Commitment and the Use of Seclusion and Restraint in Uruguay: A comparision with the United Nations Principles for the Protection of Persons with Mental Illness,* 25 U. MIAMI INTER-AM. L REV 58 (1994).

89 El articulo 15 dispone: "La admisi6n par indicaci6n medica, o sea involuntaria, de un enfermo psiquico, solo podra ser un media de tratamiento y nnnca de privaci6n correcional de la libertad". Ley 9.581 artfculo 15, IELSUR (1992) pag. 17-18.

*90* **Incluso cuando existen criterios sustantivos para la admisi6n, estos no son suficientes. Como se describe en la secci6n B-2-a,, abajo, existen cuatro tipos de intemaci6n involuntaria.**

Uno de las cuatro tipos de interuacion, la intemaci6n policial, tiene requisitos snstantivos. Para ser objeto de la internaci6n policial, la ley requiere que la persona ponga en peligro el orden publico y que un medico deterruine que esa persona se halla "en un estado de peligrosidad para sf o para las demas". *Idem.* artfculo 20 IELSUR (1992) pag. 19. En la practica estos criterios pueden ser ignorados ya que siempre puede ser utilizada la interuacion par

24 • *Mental Disability Rights International*

##### La Jey de internaciones de! Uruguay no garantiza las normas sustantivas mm1mas establecidas por Jos *Principios de Salud Mental,* que limitarfan las internaciones involuntarias a Jos individuos peligrosos para si mismos o para los demas,91 o a individuos que, debido a la gravedad de su enfermedad mental, requieran un tratamiento que no pueda recibirse fuera de! hospital psiquiatrico.92 Ademas de no definir "enfermedad mental", la ley tampoco requiere que la determinaci6n de lo que es "enfermedad mental," "se formule con arreglo a normas medicas aceptadas internacionalmente."93

A pesar de su debilidad, la ley de internaciones <lei Uruguay podrfa evitar la hospitalizaci6n de la mitad de los pacientes que estan hoy internados en instituciones publicas del Uruguay si fuera realmente aplicada. Como se describe mas adelante en la secci6n A-2, las autoridades estiman que de un tercio a la mitad de la poblaci6n de las colonias viven en dichas instituciones por su retaido mental y no por enfermedad mental. Por ley, las personas hospitalizadas por epilepsia, alcoholismo, vejez o por delitos de poca monta, no deberfan ser internados si no son enfermos mentales. Los "pacientes sociales", que segun calculos oficiales constituyen aproximadamente la mitad de la poblaci6n de pacientes, son hospitalizados "porque no tienen lugar al que ir," y no con la *finalidad* de ser tratados psiquiatricamente tal como lo requiere la ley de internaciones. Como puede verse, una completa aplicaci6n de la ley de internaciones de! Uruguay exigiria la suspension de la internaci6n de "pacientes sociales."

1. **Falt**a **de garantfas procesales**

##### Los procedimientos de internaci6n bajo la Ley de Asistencia al Psic6pata no ofrecen suficientes garantias destinadas a proteger contra internaciones indebidas, tanto en terminos legales como en terminos practicos.

* 1. **Internaciones bajo la ley nruguaya**

##### Bajo la ley de Uruguay, Jos individuos pueden ser sometidos a internaci6n involuntaria de cuatro maneras diferentes: (1) por certificaci6n medica,94 (2) por internaci6n medica de

certificado medico.

91 Los *Principios de Salud Mental* permiten la internaci6n involuntaria si "debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de dafio inmediato o inminente para esa persona o para terceros". *Principios,* principio 16(l)(a).

92 Para las personas, "cuya enfennedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio este afectada", los *Principios de Salud Mental* penniten la admisi6n involuntaria en casos en que "el hecho de que no se la admita, o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condici6n o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que s6lo puede aplicarse si se admite al paciente en una instituci6n psiquiatrica de conformidad con el principio de la opci6n menos restrictiva". *Idem.* principio 16(l)(b).

93 *Idem.* principio 4(1).

94 Ley 9.581, articulo 15, IELSUR (1992) pag. 17-18.

emergencia,95 (3) por internaci6n urgente dispuesta por la policfa,96 (4) o por orden judicial.97 De acuerdo con las autoridades de la instituci6n, la gran mayorfa de los pacientes son internados por certificaci6n medica, y solo de diez a quince por ciento son internados por orden judicial.98 Solo de! uno al dos por ciento de los pacientes son internados en Ia instituci6n como pacientes voluntarios.

Tres de los cuatro metodos de internaci6n, (salvo la internaci6n judicial que se describira mas adelante, en la secci6n C-4) implican un proceso de certificaci6n que puede incluir la aprobaci6n de! director de la instituci6n medica, medicos independientes, la familia o Ia policfa (estos tres metodos de internaci6n son descritos como internaci6n "por certificado"). En estas tres formas de internaci6n por certificaci6n, los medicos que admiten al paciente tienen que notificar a un "Inspector General de Psic6patas"99 ya un juez dentro de! plazo de veinticuatro horas. Ni al inspector hi al juez se !es requiere que actuen sobre esta notificaci6n.

Al no haber un criterio sustantivo para determinar quien puede ser internado en Ia mayorfa de los casos (a excepci6n de la "enfermedad mental" y "con el prop6sito de un tratamiento psiquiatrico"), el proceso de certificaci6n bajo la ley de Uruguay requiere *solo el consentimiento* de la persona que expide el certificado. No existen Ifmites en la discrecionalidad de! individuo que otorga el consentimiento.

La "certificaci6n medica, " el medio mas comun por el que las personas son internadas en instituciones psiquiatricas (y, a su vez, el proceso con menores garantfas), requiere el consentimiento de! medico de admisiones de! hospital, y el acuerdo de dos medicos mas acerca de la "enfermedad mental" de la persona. Debe existir ademas el consentimiento de los familiares mas cercanos, representantes legales, o de un adulto que viva con el paciente. Dado que la certificaci6n medica es siempre una posibilidad, toda protecci6n adicional creada por otras formas de internaci6n puede ser salteada

No es sorprendente que ninguno de estos tres metodos de internaci6n por certificaci6n de la ley uruguaya de 1936 garantice las protecciones procesales requerida por los *Principios* de Salud Mental. Aunque el juzgado debe ser "notificado" en el perfodo de veinticuatro horas

*95 Idem.* articulo 17 IELSUR (1992) pag. 18.

96 *Idem.* articulo 20, IELSUR (1992) pag. 19.

*91 Idem.* articulo 23, IELSUR (1992) pag. 19-20.

98 Las colonias tienen el porcentaje mas bajo de pacientes admitidos por orden judicial. En Musto, aproximadamente el quince por ciento de la poblaci6n es admitida por orden judicial. Vilardeb6 tiene el porcentaje mas alto de pacientes admitidos por orden judicial (setenta y uno de doscientos sesenta pacientes en el momenta de la visita de MDRI).

99 *Ver* mas adelante secci6n B-2-b.

26 ® *Mental Disability Rights International*

posterior a toda internacion involuntaria, 100 no existe el derecho de apelar la internacion ante "un organo judicial u otro organo independiente e imparcial. "101 Ninguno de los metodos de internacion por certificacion garantiza a una persona sometida a una internacion involuntaria el derecho de apelacion "a un tribunal superior."102 Tampoco se contempla el derecho de! individuo a un abogado,103 o a "asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oido en ella."104

Los *Principios de Salud Mental* no conceden a los familiares o a los representantes legates el derecho de internar a un paciente psiquiatrico, y en general el derecho internacional no permite que una persona sustituya con su decision los derechos individuates de otra. A pesar de! exiguo alcance de los derechos concedidos a la persona que es objeto de internacion, los derechos que la ley uruguaya delega en los miembros de su familia podrian garantizar protecciones contra algumis internaciones indebidas. Aun asf, ni siquiera esta garantia minima se aplica de manera consistente en Uruguay. Muchos familiares informaron al MDRI que nunca se Jes pidio permiso cuando sus familiares fueron internados. Algunos familiares a los que se Jes solicito su consentimiento dijeron que ellos lo consideraron una mera formalidad: no se les informo acerca de la internacion y nunca creyeron realmente que existiera otra alternativa.

Una madre informo que pudo evitar la internacion negando su consentimiento, pero que la experiencia resulto poco tranquilizadora. Cuando ella se nego, los psiquiatras trataron de evadirla pidiendo autorizacion para la internacion a otros miembros familiares. Respecto a la madre, los psiquiatras de la institucion dijeron a los otros familiares que su juicio no era imparcial, debido a su *stress* y cansancio. A pesar de esto, ninguno de los familiares acepto dar su autorizacion, y no se procedio a la internacion.

#### Inspector General de Psicopatas

##### Una de las garantias potencialmente mas importantes bajo la Ley de Asistencia al Psicopata es el cargo denominado "Inspector General de Psicopatas. "105 La funcion de! Inspector es la de ofrecer una supervision independiente sobre el proceso de internacion y la de controlar la aplicacion de las !eyes de salud mental en general.106 Los medicos de admision

100 La legislaci6n uruguaya requiere que el tribuual competente sea notificado, pero no requiere que el tribuual tome ninguua acci6n, ni tampoco concede a la persoua interuada ningun derecho. Ley 9.581, articulo 27, IELSUR (1992) pag. 21.

101 *Principios,,* principio 17(1).

102 *Idem.* principio 17 (7).

103 *Idem.* principio 18(1).

104 *Idem.* principio 18(5).

'°' *Ver* ley 9.581, articulos 11,12,15-18, IELSUR (1992) piig. 16-19

106 *Idem.* articulo 18, IELSUR (1992) pag. 18.

en un centro psiquiatrico tienen veinticuatro horas para notificar al inspector de cualquier internaci6n y extender un certificado explicitando la condici6n y sintomas de! paciente.107 El inspector puede ayudar a familiares que quieren dar de alta a un paciente de una instituci6n psiquiatrica llevando el caso a las autoridades judiciales. 108 El inspector debe lievar un registro de todas las internaciones civiles.109 Para supervisar la ejecuci6n de las !eyes de salud mental, el inspector puede organizar visitas no anunciadas a las instituciones psiquiatricas, advertir a la instituci6n acerca de internaciones indebidas, o denunciar ante los tribunales posibles delitos cometidos en las instituciones.110

Pese a estos intentos de protecci6n, el valor practico de esta ley ha sido limitado. Desde comienzos de 1970 hasta 1993, el cargo de Inspector General de Psic6patas estuvo vacante.111 En octubre de 1993-un mes antes de la visita de! equipo de! MDRI- el puesto fue ocupado por primera vez. El nuevo Inspector, actuando como *"ombudsman"* independiente, esta en condiciones potenciales de suministrar una importante protecci6n a los pacientes sometidos a internaci6n civil. Sin embargo, la ley actual establece limitaciones significativas para el Inspector.

La limitaci6n mas importante al papel del Inspector, es que los pacientes no tienen el *derecho* de que el Inspector revise las internaciones, ni el derecho de participar de algun modo en la revision. La investigaci6n de los casos particulares es completamente discrecional para el Inspector. Esta limitaci6n es realmente grave, dada la ausencia en la ley de internaciones de! derecho a una audiencia ante un organismo de apelaci6n independiente. El poder de! Inspector esta tambien limitado por la debilidad de la mencionada ley de internaciones, que el debe

107 *Idem.* articulo 15, IELSUR (1992) piig. 20.

108 Aunque el Inspector puede "ayudar" a la familia, aparentemente el inspector no tiene autoridad para interceder en nombre del paciente o de la familia. La Ley de Asistencia al Psic6pata dispone que "La salida de un enfermo s6lo podrii ser autorizada por su medico. El representante legal de! enfermo podrii recurrir, ante una negativa de alta solicitada al medico, al Inspector General de Psic6patas, que la someterii al dictamen de la Comisi6n Honoraria. Si par razones terapeuticas debe asegurarse la continuidad de una forma de asistencia o de tratamiento determinado, el medico asistente pondrii el hecho en conocimiento del Inspector General de Psic6patas, que pedirii la intervenci6n, cuando corresponda, de las autoridades judiciales." *Idem.* articulo 31, IELSUR (1992) pag. 22.

109 *Idem.* articulo 18, IELSUR(1992) piig.18.

110 El poder de llevar a cabo visitas sorpresivas a la instituci6n es quiziis la facultad mas importante de! inspector. El articulo 18 dispone que "cada vez que el Inspector General de Psic6patas considere oportuno o conveniente podrii, sin previo aviso, comprobar la situaci6n de cada uno de los pacientes dentro de los establecimientos, atendiendo a las posibles denuncias sobre internamiento indebido y transmitiendolas, en su caso, al juzgado correspondiente, para la determinaci6n de las responsablidades en que hubiera incurrido y que sefiala el C6digo Penal." *Idem.* articulo 18, IELSUR (1992) pag. 18.

111 Seg(in el actual Inspector General, Antonio Aguirre Ariel, la legislaci6n estipul6 el salario del cargo, e incluy6 tantas limitaciones en las caracteristicas de la persona apta para cubrirlo (por ejemplo, ser psiquiatra sin ejercer la priictica psiquiatrica privada), de manera nadie aceptaba el cargo. El nuevo Inspector acept6 el cargo con la condici6n de poder continuar trabajando en la actividad privada no psiquiiitrica y que s6lo trabajarfa de Inspector **dos veces por semana.**

ejecutar.

El nuevo Inspector tiene un enorme trabajo frente a el, despues de afios de internaciones indebidas. 112 El Inspector informo al **MDRI** que su primera tarea importante sera la de modernizar y computarizar el registro psiquiatrico, que contiene informacion acerca de todas las personas que han sido internadas en un hospital psiquiatrico.113 Ademas de ello, el Inspector dijo que planeaba instituir un nuevo sistema, requiriendo a las instituciones la obtencion de! consentimiento escrito de los familiares antes de usar terapia electroconvulsiva.

El Inspector aseguro que dentro de! plazo de un afio, intentara revisar todos las internaciones psiquiatricas de! pafs de mas de sesenta dfas, comenzando por los internados en las instituciones psiquiatricas privadas. El metodo utilizado -presenciado por un miembro de! equipo de! **MDRI-** es el·de Hamar por telefono al director de la institucion psiquiatrica y preguntar por el estado de un paciente particular. Si el director afirma que el paciente esta presente y aun sufre de enfermedad mental, el proceso de revision acaba allf. Aunque este metodo de revision ayuda a poner al dfa el registro psiquiatrico, casi no garantiza ninguna proteccion a los derechos humanos de! paciente. Este metodo no aporta ninguna oportunidad de revisar si un individuo cumple con el criterio sustantivo para ser internado, no aporta a los pacientes garantfas procesales o la oportunidad de expresar sus puntos de vista o preocupaciones, no aporta una inspeccion independiente de la autoridad de la institucion, y tampoco le da al inspector informacion alguna acerca de las condiciones o posibles abusos sobre los pacientes psiquiatricos.

El Inspector nos informo tambien que los pacientes tienen problemas de acceso a ese servicio. Despues de dos meses en el cargo, muy pocos pacientes sabfan de su existencia, y ningun paciente lo habfa contactado por un problema. Frente a esta cuestion, el Inspector dijo tambien que el insistirfa para que todas las instituciones psiquiatricas privadas proporcionen a los pacientes acceso a un telefono. El Inspector dijo a **MDRI** que dentro de pocos meses se revocarfa la licencia de toda institucion privada que no ofrezca a sus pacientes acceso a un telefono.

112El Inspector tiene dos psic6logos y un asistente coma su personal de trabajo. El MDRI no pudo establecer

**si estos cargos son de tiempo completo.**

113 Existen varias maneras a traves de las cuales la informaci6n respecto al pasado medico o historia psiquiatrica de una persona puede ser err6neamente usada, dado el estigma que implica

la enfermedad mental. Par ello, las *Principios de SahKi Mental* establecen limites a la posibilidad de calificar a las personas coma enfermos mentales. Los *Principios de Salud Mental* prohiben calificar a una persona coma enferma mental "salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de esta." *Principios de Salud Mental,* principio 4(5). Una vez calificado coma enfermo mental, el paciente tiene derecho a que esta informaci6n se mantenga confidencial. *Idem.* principio 6.

El Inspector indic6 que el prop6sito de! registro es ayudar a familiares a localizar a parientes con las que ban perdido contacto coma consecuencia de la internaci6n. Mientras esta informaci6n se mantenga reservada al registro psiquiatrico, se limite su prop6sito, y nose proporcione informaci6n adicional, la practica no parece violar las *Principios de Salud Mental.* Sin embargo, algunos familiares, expresaron sus temores de que estas listas fueran utilizadas para discriminar a personas con enfermedades mentales en el trabajo o de algiin otro modo.

1. **Plazo indeterminado de internaci6n**

La Ley de Asistencia al Psicopata solo contempla la internacion por tiempo indeterminado, y no ofrece ninguna limitacion practica a la discrecionalidad de las autoridades medicas para retener a una persona en una institucion. Muchos pacientes solo pueden ser dados de alta cuando el medico a cargo determina que el tratamiento ya no es necesario.114

La ley establece que los individuos que alguna vez han sido sometidos a la restriccion de su libertad en una institucion, solo pueden ser liberados cuando "haya cesado su peligrosidad. "115 Sin embargo, la ley no contempla el *derecho* de! paciente que ya no es mas peligroso a ser dado de alta.

La ley uruguaya requiere que el medico a cargo informe periodicamente al Inspector General de Psicopatas cuando el paciente es internado involuntariamente, transferido, dado de alta o cuando un paciente se escapa.116 Los *Principios de Salud Mental* establecen que los pacientes tiene derecho a una completa y periodica revision de la internacion por un organismo de revision ("un organismo judicial u otro organismo independiente e imparcial") en intervalos establecidos por la ley.117 Los pacientes internados compulsivamente a traves de certificacion medica no tienen ese derecho de acuerdo a la ley de internacion de! Uruguay.

1. **Problemas adicionales de Ia internaci6n judicial**

##### El cuarto metodo de internacion es el realizado por orden judicial. Una persona puede ser internada por orden judicial, si un juez lo considera inimputable, o determina por cualquier razon que el individuo debe ser internado. 118

114 Varias disposiciones de la ley ofrecen diferentes condiciones para la salida de un enfenno. El articulo 31 dispone que "la salida de un enfenno s6lo podra ser autorizada por el medico asistente". Ley 9.581, articulo 31, IELSUR (1992) pag. 22. El articulo 39 (A) es mas amplio, ya que sugiere que la mayoria de los pacientes deberia ser dada de alta a partir de su propia petici6n. Al expresar que "los enfennos ingresados voluntariamente, por indicaci6n medica o por disposici6njudicial ... seran dados de alta cuando ellos, o sus familiares, o su representante legal lo soliciten, o cuando el medico que lo atiende considere que ha cesado la necesidad de su hospitalizaci6n." *Idem.* articulo 29 (A). En la practica, el artfculo 31 parece ser operativo, ya que las autoridades infonnan que la decisi6n de externar a la mayoria de pacientes queda sujeta a la discrecionalidad de! medico de cabecera.

*115 Idem.* artfculo 29 (B), IELSUR (1992) pag.21. La ley no define "restricci6n de libertad" y no dice quien detennina si el paciente es aun peligroso. Mas alla de esta protecci6n, parece que las autoridades de! hospital tienen en la practica completa descrecionalidad para detenninar cuando debe dejar ir a una persona que no ha sido internada judicialmente.

116 *Idem.* articulo 15,30,32 y 33, respectivamente.

*111 Principios,* principio 17(4).

118 De acuerdo con los abogados de! servicio de infonnaci6n judicial, la mayoria de las personas internadas por orden judicial, ban sido declaradas como inimputables por un juez, **Sin** embargo, cnalquier persona que se presente ante un juez por cualquier raz6n puede ser internado por orden judicial si al juez le parece que una internaci6n de ta! tipo es necesaria. *Ver* Ley 9.581, articulo 23, IELDUR (1992) pag. 19 y 20. El articulo 23

Las personas sometidas a internacion judicial afrontan un numero de problemas especiales. La ley uruguaya requiere la aprobacion judicial antes para que sean externadas.119 Sin embargo, no existen en Uruguay ni !eyes ni *normas* aplicables para decidir la externacion de una persona de la institucion. De acuerdo con el Presidente de la Suprema Corte de Justicia del Uruguay, la decision queda librada a la entera discrecionalidad del juez. Algunos jueces ordenan una evaluacion psiquiatrica independiente del paciente antes de decidir sobre cada caso.120 Algunas veces, los jueces ordenan que se mantenga a una persona internada en una institucion aun cuando tanto la institucion como un psiquiatra imparcial determinan que el paciente ya no es enfermo mental o que ya no es peligroso. A los jueces no se les requiere que expidan una orden escrita o que expliquen las razones por las cuales mantienen a un individuo internado en un hospital psiquiatrico.

De acuerdo a los administradores de las instituciones, hasta hace poco tiempo personas internadas judicialmente sin necesidad de hospitalizacion podian pasar afios en la institucion psiquiatrica sin que el juez revisara el caso. No habia revision periodica de las internaciones ni mecanismo para llevar el caso ante unjuez. En 1991, la Corte Suprema de Justicia del Uruguay autorizo al Servicio de Informacion Judicial, una oficina compuesta por dos abogados, a tomar la responsabilidad de identificar a las personas que estan en condiciones de ser dadas de alta y llevar esos casos ante los jueces.

Pese a la creacion del Servicio de Informacion Judicial, directores y personal de instituciones psiquiatricas se quejaron de casos en los que pacientes que no tienen necesidad de hospitalizacion esperan semanas o meses para obtener su alta judicial. El equipo del MORI entrevisto a tres individuos que habian recibido el alta medica, pero que esperaban la aprobacion judicial para su liberaci6n. El personal del Servicio de Informaci6n Judicial confirm6 que existen muchos casos acumulados, y explicaron que se sentian abrumados por el niimero de casos que aiin hace falta revisar.121

En algunas instituciones, como el Vilardeb6, toda persona internada por via judicial es ubicada en el pabellon de seguridad.122 En consecuencia, los efectos de la internaci6n judicial

prevee que unjuez puede pedir un examen medico, o puede eximir de! examen en una emergencia. Cualquiera sea el resultado de! examen medico, las abogados de! servicio de informaci6n judicial y el presidente de la Corte Suprema de Uruguar le explicaron al MDRI que la decisi6n de internar a un paciente finalmente, queda a la absoluta discreci6n de] juez.

119 *Idem.* articulo 29 (c), IELSUR, (1992) pag.21-22.

120 La ley requiere una evaluaci6n medica y un informe, pero no hay ninguna exigencia que el juez base su decisi6n en los resultados de la evaluaci6n, o que explique las razones de su decisi6n. *Idem.* articulo 23, IELSUR (1992) pag. 19-20.

121 Con respecto al personal de las instituciones, los abogados sefialaron que no pueden dedicarse a su trabajo como debieran porque los bajos salarios Jes obligan a tomar trabajos adicionales o casos privados.

122 En el Musto y en la CoIonia Etchepare, la mayoria de la poblaci6n judicialmente admitida tambien parece estar alojada en pabellones de seguridad.

*Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* @ 31

pueden ser extremadamente duros, ya que las condiciones de! pabe116n de seguridad son peores que las de! resto de! hospital. Las condiciones son especialmente malas en el pabe116n de seguridad de la colonia Etchepare, y son peores que en otras partes de la instituci6n, tanto en el Vilardeb6 como en el Musto *(Ver* secci6n C). En la colonia Etchepare y en el Musto, las autoridades recluyen y retiran a las personas en la sala de seguridad de acuerdo a su propia decision, pero en el Vilardeb6 las autoridades informaron que no podian hacerlo sin la aprobaci6n de! juez.123

S. Alta provisional

La Ley de Asistencia al Psic6pata tiene una disposici6n especial que permite al director de una instituci6n mantener el control sobre un paciente, aun cuando el paciente haya sido externado de! hospital.124 El director de una instituci6n puede autorizar un "alta provisional." El alta provisional no puede exceder los tres meses, salvo en casos especiales en los cuales puede extenderse hasta por dos afios (aunque no esta definido cuando se trata de un "caso excepcional "). En la practica, se mantiene a las personas (incluidos los participantes de! programa de familias sustitutas mencionado anteriormente) formal o informalmente en situaci6n de alta provisional por tiempo indefinido.

Aun cuando los limites temporales fueran cumplidos, al alta provisional presenta una serie de problemas bajo la legislaci6n uruguaya. No existen limitaciones acerca de quien puede ser sujeto a alta provisional. Por ende, aun las personas con mayor capacidad de desempefiarse en la comunidad y sin ningun rastro de enfermedad mental pueden ser retenidos a traves de! alta provisional. Una vez que se coloca a una persona en situaci6n de alta provisional, no existen estandares medicos o de comportamiento por las que un paciente pueda liberarse de! sistema de salud mental. Los pacientes sometidos a alta provisional pueden ser internados nuevamente en cualquier momento, conforme a la discrecionalidad de! director, sin ninguna de las formalidades requeridas por la ley de internaciones uruguaya.

* 1. Condiciones de las instituciones

Los *Principios de Salud Mental* establecen el derecho de las personas institucionalizadas a recibir protecci6n contra posibles dafios y contra la administraci6n injustificada de

123 En teoria, la Ley de Asistencia al Psic6pata limita el alojamiento en pabellones cerrados a personas "peligrosas" o "antisociales", pero le deja esta decisi6n a las autoridades medicas sin ningun procedimiento de revision. *Idem.* articulo 10, IELSUR (1992) pag. 19-20. El articulo 10 establece la separaci6n de los pacientes de **acuerdo a dos categorias de "servicios", abiertos, y cerrados:**

1. los servicios abiertos deben destinarse a la asistencia de neur6ticos o de pacientes internados voluntariamente... y de las personas internadas por orden medica, a traves de los procedimientos de! articulo 15, que no presenten tendencias antisociales o signos de peligrosidad.
2. los servicios cerrados deben destinarse a la asistencia de los enfermos internados involuntariamente por orden medica, o por ordenjudicial o policial, en estado de peligrosidad o con tendencias antisociales.

La ley no define un "estado de peligrosidad" o "tendencias antisociales", y la secci6n (b) perrnite que ta! determinaci6n se base en una "orden medica" sin revisi6n.

124 *Idem.* artlculo 34, IELSUR (1992) pag. 22-23.

medicamentos, 125 el derecho a ser "tratado humanamente y con respeto a la dignidad inherente al ser humano,"126 y el derecho al tratamiento "dirigido hacia la preservaci6n y aumento de la autonomfa personal. "127 El tratamiento y las condiciones que innecesariamente prolonguen la hospitalizaci6n violan el derecho al tratamiento en el ambiente menos restrictivo.128

A continuaci6n se describe la situaci6n de los derechos humanos en las instituciones de internaci6n psiquiatrica del Uruguay. El equipo del MDRI visit6 las Colonias Santin Carlos Rossi y Etchepare, gigantescas institituciones situadas a 90 kil6metros de Montevideo que albergaban 716 y 670 personas, respectivamente, en el momento de la visita, en noviembre de 1993. En Montevideo, el equipo del MDRI visit6 las otras dos instituciones psiquiatricas publicas, los hospitales Musto y Vilardeb6, que en noviembre de 1993 tenfan poblaciones respectivas de 373 y 260 pacientes.

En todas las instituciones publicas visitadas por el equipo del **MDRI** se encontraron problemas que los administradores intentan enfrentar con gran esfuerzo. Estos problemas incluyen condiciones fisicas deplorables, personal inadecuado, metodos terapeuticos inapropiados caracterfsticos de instituciones de custodia, y una falta general de protecci6n hacia la dignidad y los derechos de los pacientes. Estas deficiencias, en general yen particular, hacen mas diffcil la rehabilitaci6n y la reintegraci6n de los pacientes a sus comunidades. Los perfodos de hospitalizaci6n innecesariamente largos y la falta de atenci6n particularizada de los casos lleva a la perdida de los lazos sociales, familiares, y econ6micos con la comunidad. La hospitalizacion psiquiatrica en el Uruguay crea riesgos innecesarios para salud y contribuye al deterioro de la capacidad de desenvolvimiento social y del bienestar psicol6gico de los pacientes.

#### Condiciones fisicas insalubres

##### Los *Principios de Salud Mental* establecen que las condiciones de las instituciones "deberan aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal," incluyendo el respeto hacia la dignidad, la intimidad, las actividades recreativas y de descanso, la educaci6n y la rehabilitaci6n vocacional del paciente.129 Desde el fin de la dictadura, el Ministerio de Salud Publica ha tornado la iniciativa para encarar el tema de las condiciones fisicas de las instituciones, que pocos afios antes eran practicamente lesivas de la vida y de la salud de los pacientes (por ejemplo, comida inadecuada, ausencia de calefacci6n, falta de sabanas y frazadas, etc.). Esta iniciativa ha tenido como resultado importantes mejoras en las condiciones fisicas de las instituciones.

120 *Principios,* principio 8(2).

126 *Idem.* principios 1(2).

127 *Idem.* principio 9(4).

128 *Idem.* principio 9(1).

129 *Idem.* principio 13(2).

*Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* • 33

Las condiciones fisicas de las Colonias han mejorado mucho respecto a su estado de hace cinco o seis afios. Algunos edificios han sido pintados y modernizados, se ha arreglado la plomeria, y se ha mejorado las condiciones de higiene de los residentes de la colonia. En el Vilardeb6, el equipo de! **MORI** observ6 tambien mejoras fisicas de! mismo tipo, como por ejemplo un nuevo cableado electrico. Las instalaciones de los servicios externos del Vilardeb6 son otro buen ejemplo de estas mejoras.

A pesar de las mejoras de los ultimos afios, las instalaciones fisicas de las cuatro instituciones psiquiatricas publicas no se "aproximan en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal", tal como los requieren los *Principios de Salud Mental.* Son impersonates, no permiten intimidad alguna y carecen de adornos y de elementos convenientes para la vida diaria. Las Colonias, localizadas en zonas verdes, en el area rural, presentarfan un gran potencial para ser·convertidas en ambientes agradables para la rehabilitaci6n, el ejercicio y otras actividades, pero son pocas las actividades disponibles.130 Aunque algunos de los edificios en la Colonia Etchepare son nuevos o han sido modernizados, la mayorfa de los edificios son viejos y estan decrepitos. Durante la visita del MDRI, en algunas areas habfa olor a orina y excrementos fecales, y en muchos edificios abundaban las moscas. El Hospital Vilardeb6 era una bella mansion construida en 1880, pero esta en completo deterioro y ruina; sus jardines estan abandonados y cubiertos por la maleza. A pesar de que el personal se encontraba lavando y fregando los pisos en areas de la Colonia Santin Carlos Rossi y en Vilardeb6 durante la visita de! equipo del MDRI, las baldosas de los pisos estan tan viejas y manchadas que parecen sombrfas incluso despues de limpiarlas. El Musto es la mas moderna de las cuatro instituciones publicas, y sin embargo, su ambiente es deprimente e impersonal.

Los condiciones particulares y el ambiente en general de cada instituci6n puede captarse mejor en las observaciones individualizadas por instituci6n, incluidas en el apendice A (que puede obtenerse en el MDRI).

#### Ambiente inadecuado para la rehabilitaci6n

##### La mayorfa de los pacientes internados en instituciones psiquiatricas publicas del Uruguay viven en grandes salas de veinte o treinta camas dispuestas en largas filas, sin otros muebles. No hay ninguna clase de decoraci6n, ni armarios donde guardar los efectos personales, ni lugar donde puedan estar solos. En general, la cama del paciente es el unico espacio u objeto personal que puede considerarse privado. Casi no existen efectos personales y los pabellones no cuentan con ningun tipo de material de lectura. Tampoco se ven relojes o almanaques que indiquen el paso de! tiempo.

En algunas de las instituciones, no existen en Ios pabellones residenciales salas de recreaci6n u otras actividades, y a veces ni siquiera lugares c6modos para sentarse. En la

130 Las colonias estan ubicadas en un area rural, a 90 Km. de Montevideo. El transporte publico es lirnitado, y eso crea dificultades para las personas que tienen que viajar. La ubicaci6n de las colonias en esta zona alejada viola los derechos de las personas que no viven cerca. Los *Principios* establecen que"el paciente tendra derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos... " *Idem.* principio 7(2).

Colonia Santin Carlos Rossi, los pacientes tienen que sentarse en bancos de! comedor para ver television. En el hospital mas moderno, el Musto, hay un sala en cada pabell6n que sirve de sala de recreo y comedor. En el momento de la visita de! MDRI, la sala estaba casi completamente desprovista de adornos y muebles. Muchos de los pacientes de! Musto tienen que comer de pie o recostados de las paredes sobre el alfeizar de las ventanas.

* 1. Condiciones antibigienicas en pabellones de seguridad

El aseo mas elemental constituye un gran problema en los hospitales. Durante la visita de! MDRI, en el pabell6n de seguridad de! Musto, las paredes y los pisos estaban cubiertos de graffiti y suciedad, las ventanas sucias y el bafio inundado. En el pabell6n de castigo de la Colonia Rossi, algunos pacientes deambulaban desnudos, y olia a excremento. En un cuarto de aislamiento, habia un colch6n de esponja sucio en el suelo. En el Hospital Vilardeb6, observamos a un paciente comiendo sobre la tapa de un basurero volcado en el suelo.

En el pabell6n de seguridad de la Colonia Etchepare, el peor lugar que vio el equipo de] MDRI, el area de inodoros y lavamanos estaban obstruidos, y el agua que desbordaba por el suelo llegaba a los pasillos y dormitorios. Habia muchas camas rotas y sin colchones, y algunos pacientes dormian en el piso. No hay elementos para calentar la comida, y los alimentos preparados en la cocina, por lo general se sirven frios. Durante el verano el agua escasea en las Colonias, hecho que dificulta la limpieza y determina su menor frecuencia.

1. fuadecuada cantidad de personal

Los *Principios de Salud Mental* establecen que los sistemas de salud mental deben contar con "personal medico y otros profesionales calificados en numero suficiente .. . para proporcionar al paciente un programa de terapia apropiada y activa. "131 La escasez de personal puede tener tambien como consecuencia el tratamiento indebido y el uso injustificado de medicaci6n, violando al derecho a la protecci6n contra abusos, establecido por·los *Principios de Salud Mental.*132

Las instituciones uruguayas tienen mucho personal, pero hay una carencia de profesionales capacitados y adecuadamente pagos. A pesar de que, tecnicamente, existe una cantidad adecuada de psiquiatras, su contacto con los pacientes se ve limitado por las condiciones econ6micas que los fuerzan a desempefiarse en varios empleos simultaneamente. Por lo regular los psiquiatras no pueden atender a un paciente por lapsos prolongados, ni supervisar de forma adecuada el efecto de los medicamentos. En el sistema de salud mental, son poco los psic6logos, las enfermeras, y los asistentes sociales, hecho que mayormente se debe a los bajos salarios. En la practica, sus funciones son desempefiadas por "tecnicos" no profesionales.

* 1. Bajos salarios, ausentismo

131 *Idem.* principio 14(1).

132 *Idem.* principio 8(2).

*Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* @ 35

Los salarios bajos y las maias condiciones de trabajo en las instituciones psiquiatricas traen como consecuencia un gran ausentismo y, en general, una baja calidad del servicio profesional. Los sueldos de los psiquiatras fluctuan entre 450 d6lares mensuales para el director de la instituci6n psiquiatrica, hasta menos de 200 o 150 d6lares mensuales, para los otros medicos y psiquiatras. Como resultado, los medicos se ven obligados a tomar uno, dos o mas trabajos adicionales. Algunos psiquiatras confesaron al equipo de! MORI que con frecuencia se sienten demasiado exhaustos por el exceso de trabajo y desanimados por las inadecuadas condiciones de la instituci6n como para estar motivados y dar lo mejor "de *si* en su empleo en las instituciones psiquiatricas publicas.

Los salarios de los asistentes sociales, enfermeras y empleados no profesionales, son aun mas bajos. Los asistentes sociales y las enfermeras ganan solamente 100 d6lares mensuales. El ausentismo en el Hospital Musto asciende al 50 o 60 %.133

La moral de los empleados que se presentan a trabajar sufre las consecuencias de esta situaci6n. A pesar de todo, el equipo de! MORI observ6 en todas las instituciones grupos de empleados totalmente dedicados a sus tareas. Estos empleados, que tambien tienen mas de un empleo, nos informaron sobre las Jargas horas de trabajo y sobre la cantidad abrumadora de tareas que deben llevarse a cabo en las instituciones psiquiatricas publicas.

* 1. Escasez de profesionales especializados

Aunque en el Uruguay hay muchos psic6logos, la mayoria prefiere trabajar solamente en la practica privada. Hay pocos asistentes sociales psiquiatricos y pocas enfermeras psiquiatricas, por lo cual el trabajo de las instituciones psiquiatricas se encomienda a empleados no especializados en las necesidades de los pacientes. Faltan ademas profesionales capacitados en tareas de rehabilitaci6n y en otros programas para pacientes con retardo mental. A pesar de! gran numero de retardados mentales internados en las instituciones publicas, el equipo del MORI no encontr6 un solo asistente social o psic6logo capacitado para ofrecer asistencia a estos pacientes en ninguna de las Colonias, ni el Vilardeb6, ni en el Musto.

No hay suficientes enfermeras ni asistentes sociales para atender adecuadamente a los pacientes internados en las instituciones. En la Colonia Santin Carlos Rossi hay dos psic6logos, tres terapistas ocupacionales, dos enfermeras capacitadas, y ocho asistentes sociales para una poblaci6n de 716 pacientes. Ademas de trabajar fuera de las Colonias, algunos de estos empleados nunca atienden a pacientes porque su trabajo es meramente administrativo. En el Hospital Musto, seis asistentes sociales atienden a 373 pacientes internos y a aproximadamente 700 pacientes ambulatorios. Como los asistentes sociales tienen otros empleos, sus tareas finalizan todos los dfas a las dos de la tarde.

133 Los administradores se quejan de que las !eyes laborales protectoras de los empleados publicos hacen practicamente imposible el despido de los empleados que nunca se presentan a trabajar.

El reducido numero de personal profesional debilita la efectividad de los que asisten a su trabajo y atienden con dedicaci6n a los pacientes. El personal de servicio social de! Musto, por ejemplo, tiene la responsabilidad de ayudar a los pacientes a recibir los servicios diurnos en el hospital, de mantener los contactos fuera de! hospital y de asistirlos en sus planes posteriores al alta. Son tantos los pacientes que los empleados no dan abasto y, por lo tanto, los pacientes tienen que esperar meses para que se los de de alta. Como resultado, la la internaci6n se prolonga, la comunicaci6n con los familiares, amigos y empleadores se pierde, y el proceso de alta se hace mas dificil.

Las instituciones sin suficiente personal adecuado (sin psic6logos, asistentes sociales, y otros empleados profesionales) no estan en condiciones de ofrecer a los pacientes servicios de rehabilitaci6n, atenci6n particularizada, y otras actividades que permitan al paciente desarrollar y mantener sus capacidades sociales o vocacionales para volver a la comunidad cuando esten preparados. Los pacientes estan la mayor parte de! tiempo al cuidado de "tecnicos" sin ninguna capacitaci6n. Las autoridades de! Hospital Musto, una de las instituciones mejor dotadas de personal, informaron que durante el dfa, por lo regular, no hay ningun profesional de salud mental en los pabellones. Durante esas horas, con frecuencia, solo hay un "tecnico" de guardia, por cada 100 pacientes institucionalizados.

* 1. Trato custodial

Con dichas limitaciones de dotaci6n, las instituciones psiquiatricas de! Uruguay ofrecer poco tratamiento. Las actividades de los "tecnicos" observadas por el MDRI son limitadas - limpiar y velar por la higiene de los pacientes, o bien esperar en la sala de enfermerfa para actuar en caso de emergencia. Los "tecnicos" explicaron al MDRI que sus funciones incluyen: administrar medicaci6n, separar y controlar a los pacientes cuando pelean, y ocasionalmente, tranquilizar a los pacientes alterados. Estos tecnicos carecen de la capacitaci6n y de la direcci6n u orientaci6n administrativa de sus superiores para asumir un papel mas activo con los pacientes. Durante la visita de! **MDRI,** los miembros de! equipo notaron poca comunicaci6n, dialogo o interacci6n entre los tecnicos y los pacientes. En consecuencia, la mayorfa de los pacientes estan inactivos todo el tiempo, deambulando por los pasillos, sentados solos o en grupos, o acostados en sus camas.

Durante el dia, en las distintas instituciones visitadas por el MDRI, entre el diez y el sesenta por ciento de los pacientes internados estaba en cama en algun momento determinado. Entre los pacientes levantados, se observa una sorprendente falta de actividades significativas.

El hecho de que el hospital no ofrezca actividades organizadas, se potencia aun mas con las reglas y normas que inhiben la iniciativa de! paciente en todos los niveles. Por ejemplo, en el Hospital Musto, una paciente internada por epilepsia nos describi6 sus impresiones despues de tres meses en el hospital:

Me gustarfa salir. No me dejan ni siquiera ir al parque. Me siento ahogada. A veces preferirfa morir a sentirme tan aburrida.

Aunque algunos pacientes comentaron que se Jes permite salir de! edificio, las quejas

acerca de! aburrimiento continuo e interminable son la preocupaci6n mas comun que escuch6 el equipo de! **MORI** de los pacientes psiquiatricos.

#### Practicas de tratamiento

Los *Principios de Salud Mental* establecen el derecho de! paciente a recibir atenci6n adecuada a sus necesidades de salud,134 y tratamiento de salud mental " dirigido a preservar y estimular la independencia personal de! paciente."135 Los pacientes tambien gozan de! derecho de "protecci6n contra . .. dafios, incluida la administraci6n injustificada de medicamentos. "136

Como en muchas instituciones de custodia, el tratamiento en las instituciones psiquiatricas de! Uruguay se limita a terapias somaticas (medicaci6n psicotr6pica y terapia electroconvulsiva). La falta de historias clfnicas adecuadas y la ausencia de diagn6sticos completos limitan el uso debido de estos tratamientos. Ademas de ello, las oportunidades de retorno de muchos pacientes a la comunidad se ve limitado por la falta de asistencia en rehabilitaci6n.

#### Expedientes clinicos

##### Un componente esencial para el tratamiento adecuado es el de mantener un expendiente clfnico (registro de tratamiento) completo. Los *Principios de Salud Mental* requieren un plan prescrito individualmente,137 debiendo documentarse los detalles de! tratamiento en un expendiente clfnico.138 Oebe constar tambien si el tratamiento es voluntario o involuntario.139 El MORI revis6 algunos expedientes de pacientes en cada instituci6n, pero ninguno de los expedientes inclufa un plan completo de tratamiento, o la indicaci6n de si el tratamiento era voluntario o involuntario.

Las historias clfnicas de las instituciones psiquiatricas de! Uruguay son generalmente muy breves y carentes de informaci6n. En su mayor parte registran el dfa, la hora y la dosis de la medicina recetada, sin explicar los niveles de medicaci6n o las razones de cambios. Con frecuencia, los expedientes no especifican el diagn6stico completo, ni ofrecen mas que una historia medica y social muy limitada de] paciente. Los expedientes muestran muy escasa evidencia de examenes ffsicos y generalmente hay poca o ninguna evidencia de informaci6n medica integrada a la evaluaci6n psiquiatrica. No se encontraron planes de tratamiento

134 *Principios,* principio 8.

1" *Idem.* principio 9(4).

136 *Idem.* principio 8(2).

137 *Idem.* principio 10(1).

138 *Idem.* principio 9(2).

139 *Idem.* principio 11(10).

individualizados, ni anotaciones de! progreso realizado (incluyendo observaciones sobre la respuesta de! paciente a la medicaci6n) en ninguna de las instituciones. Basandose en esta informaci6n, y tomando en consideraci6n el poco uso de pruebas de laboratorio y la falta de otros instrumentos de evaluaci6n (descrita en la subsecci6n C, mas adelante), resulta imposible que un psiquiatra pueda prescribir en forma apropiada medicinas psicotr6picas o evaluar los efectos de algun tratamiento en particular.

En una instituci6n psiquiatrica privada, el equipo de! MDRI pudo observar que la forma de llevar historias clinicas es muy similar a la de las instituciones publicas. Por el contrario, en el Centro Nacional de Rehabilitaci6n Psiquiatrica los expedientes medicos contienen historias clinicas y sociales completas, planes individualizados de tratamiento, notas sobre el progreso de los pacientes, y planes para su alta. Estos expedientes explican la respuesta de los pacientes al programa terapeutico, y las razones de todo cambio en el plan.

* 1. Diagnostico

Los *Principios de Salud Mental* requieren que la determinaci6n acerca de la existencia de unaa enfermedad mental se haga "de acuerdo con las normas establecidas o aceptadas internacionalmente."140 El diagn6stico apropiado, es esencial para poder ofrecer al paciente el cuidado "apropiado a sus necesidades de salud," requerido por los *Principios.141*

Aun cuando los psiquiatras informan de! uso de diagn6sticos reconocidos internacionalmente,142 el equipo de! MDRI not6 muy poca o ninguna referencia a diagn6sticos especificos en las historias clinicas. En general los diagn6sticos se limitan a sefialar que el

140 *Idem.* principio 4(1). Los dos principales sistemas internacionalmente reconocidos de diagn6stico psiquiatrico son el *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical*

*Manual of Mental Disorders (DSM)* y el *World Health Organization's International Classification of Mental dDsorders (/CD).* En 1994, el *American Psychiatric Association* adopt6 la cuarta edici6n de su manual, el DSM

*N.* AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (1994).

En su tercera edici6n, el DSM-III-R, era el sistema de diagn6stico mas ampliamente utilizado en el mundo. La decima revisi6n de! sistema de diagn6stico de la Organizaci6n Mundial de la Salud, conocido como el !CD (10), adopt6 muchos de los elementos de! DSM III que lo hice muy popular entre los psiquilitras, haciendo posible que el ICD eventualmente supere al DSM en su uso como documento de referenda mundial. Jack D. Maser, Charles Kaehler, y Richard E. Weise, *International Use and Attitudes Toward DSM-III and DSM-m-R: Growing Consensu in Psychiatric Classification,* 100 J. ABNORMAL PSYCHOLOGY 171, 276 (1991)

En la mayoria de los casos, el uso de los sistemas de diagn6stico DCM o ICD cumpliriia con el requisito de I *Principia* 4 que requiere el uso de un sistema internacional de diagn6stico reconocido. Sin embargo, los *Principios* tambien requieren que el tratamiento de salud mental sea apropiado a la cultura de! paciente. *Principia* 7 (3). Por lo tanto, los profesionales de la salud mental que utilizan cualquier sistema estandarizado de diagn6stico deben ser sensibles a necesidades y des6rdenes mentales que son especificos de una cultura. Muchos psiquiatras ban observado, desafortunadamente, que el DSM Ill y el DSM-III-R nose adecuan a las variaciones culturales, y no hacen ninuna referencia a los des6rdenes mentales especificos de una cultura.

141 *Idem.* principio 8(1).

142 Algunos psiquiatras informaron el empleo de! MSM III, y otros <lei ICD (10).

paciente es "psic6tico," o "esquizofrenico." A menudo, el (mico detalle adicional de la historia clfnica es si el paciente es considerado de condici6n "aguda" o "cr6nica." El MORI revis6 varias historias clfnicas de individuos sin ningun diagn6stico psiquiatrico. Una historia clfnica, por ejemplo, sefiala que un paciente fue admitido por un "desorden de conducta." En otros casos ni siquiera se informa la raz6n para la hospitalizaci6n. Las autoridades de las instituciones nos explicaron que la mayoria de la poblaci6n institucionalizada no tiene diagn6stico psiquiatrico en sus historias clfnicas porque en realidad no se trata enfermos mentales. Entre los pacientes que carecen de diagn6stico esta entre un tercio y la mitad de la poblaci6n de las Colonias, que de acuerdo a lo que se nos inform6, padecen de retardo mental,143 al igual que gran parte de los pacientes de! Musto y de! Vilardeb6.

* 1. Medicacion psicotropica

Los *Principios de Salud Mental* requieren que todo paciente reciba protecci6n contra posibles dafios, incluyendo la administraci6n injustificada de medicaci6n.144 La medicaci6n neuroleptica puede ser efectiva en el control de algunos cuadros psiquiatricos, siendo usada en el mundo entero.145 Sin embargo, es un principio generalmente aceptado el hecho de que debe ser administrada y supervisada cuidadosamente, por tener serios efectos secundarios. El uso inapropiado de medicaci6n psicotr6pica puede retardar o inhibir la capacidad de! paciente para reintegrarse a la comunidad.146 Los medicamentos psicotr6picos pueden causar gran sufrimiento, 147 debilidad permanente causada por tardodiskinesia (diskinesia tardia)148 e incluso la muerte por el sindrome neuroleptico maligno.149 El Ministerio de Salud Publica de!

143 **Dada la carencia de historias clinicas detalladas de los pacientes, las estimaciones oficiales del nUillero de personas con retardo mental son especulativas.**

144 *Principios,* principio 8(2).

145 HAROLD L KAPLAN, BENJAMIN J. SADOCK, JACK A. GREBB, SYNOPSIS OF PSYCHIATRY: BEHAVIORAL

SCIENCES, CLINICAL PSYCHIATRY 865 (seventh edition, 1994); Jonathan M. Silver, Stuard C. Yudofsky, Gerald

I. Hurowitz, *Psychopharf/Ulcology and Electroconvulsive Therapy, in,* TEXTBOOK OF PSYCHIATRY 909 (Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky, John A. Talbtot, eds., second edition, 1994)

146 David I. Mayerhoff & Jeffery A. Lieberman, *Behavioral Effect of Neuroleptics, in* ADVERSE EFFECTS OF PSYCIITROPICS DRUGS pag. 128 (John M. Kane & Jeffery A. Lieberman, eds., 1992); *ver* MATCHER! S. KESHAV AN & JOHNS. KENNEDY, DRUG-INDUCED DYSFUNCTION IN PSYCHIATRY (1992).

147 Mayerhoffy Lieberman, *supra* nota 146, pags. 128-138. *Ver* ABRAHAM R. FRANKEL, et. al., *Behavioral Side Effects Associated with Antidepressants and Lithium, en* Kane & Lieberman, *supra* nota 146, pags 111-127.

148 KAPLAN, SADOCK & GREBB, *supra* nota 145, pag. 885; Silver, Yudofsky, Hurowitz, *supra* note 145, at 912. Acerca de la noci6n de "demencia tardia", una demencia de] l 16bulo frontal inducida por droga, *en* Mayerhoff y Lieberman, *supra* nota 146, pag. 131-132.

149 **Sindrome maligno neuroleptico, insolaci6n, asfixia y efectos cardiovasculares son las causas de muerte** mas comunes relacionadas con el consumo de drogas psicotr6picas. La siguiente es una pequefia muestra de articulos sobre cada uno de estos t6picos: A. Shalev, H. Hermesh y H. Munitz, *Mortality from neuroleptic flUl!ignant syndrome,* 51 J. CLINICAL PSYCHIATRY pags. 18-25 (1989); W.G. Clark y J.M. Lipton, *Drug-related heat stroke,*

Uruguay tiene establecido un procedimiento de aprobacion para la medicacion psicotropica y un formulario para los medicamentos aprobados.

La falta de diagnosticos especfficos y de historias clinicas completas hace dificil o imposible determinar si la administracion de medicacion psicotropica es efectiva y segura en las instituciones psiquiatricas publicas. Basandonos en la revision de una muestra pequefia de historias clinicas en las instituciones psiquiatricas publicas y en informes de los psiquiatras de esas instituciones, aparecen sin embargo una serie de potenciales problemas que merecen una investigacion mas exhaustiva: revision inadecuada de efectos secundarios, dosis innecesariamente excesivas e injustificadas de medicacion psicotropicas y administracion simultanea de distintos medicamentos (polifarmacia).150

La practica medica internacional incluye el analisis y superv1s1on de los efectos secundarios de la medicacion psicotropica. 151 Las historias clinicas revisadas por el equipo de! MORI no tenian el grado de detalle suficiente como para permitir que los medicos noten todos los efectos secundarios relevantes. Las historias clinicas muestran falta de informacion sobre el examen de efectos secundarios que afecta a organos de! cuerpo, como medula osea (a traves de chequeos de celulas sanguineas), tiroides, higado y rifiones (a traves de perfiles de laboratorio). Las historias clinicas tambien demuestran una falta de analisis fisicos como el AIMS *(Abnormal Involuntary Movement Scale* - Escala de Movimiento Involuntario Anormal), destinado a controlar la existencia de tardodiskinesia, enfermedad irreversible que afecta el movimiento corporal. En muchas historias clinicas falta evidencia de analisis adecuados de niveles de medicacion en sangre (por ejemplo litio, acido valproico o carbamacepina, queen ciertos niveles pueden ser toxicos).

Algunas historias clinicas revelaron problemas de polifarmacia, o sea, el uso simultaneo de distintas medicinas de la misma clase o destinadas a surtir el mismo efecto terapeutico, lo cual puede ser peligroso para el paciente.152 Las drogas similares tienen efectos acumulativos, aumentando el riesgo de efectos secundarios y reacciones adversas a la droga. Como la

26 PHARMACOLOGY & THERAPEUTICS pags 345-388 (1984); Richard P. Brown & James H. Kocsis, *Sudden death and antipsychotic drugs,* 35 HOSPITAL & COMMUNITY PSYCHIATRY pags. 486-491 (1984); O.P. Mehtonen, R. Aranlco, L. Malkone and H. Vapaatalo, *A Survey of sudden death associated with the use of antipsychotic and antidepressant drugs: 49 cases in Finland,* 84 ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA pags. 58-64 (1991).

150 La polifarmacia se describe mas adelante, *i,ifra* nota 152.

151 KAPLAN, SADOCK & GREBB, *supra* nota 145, pag. 865; JERROLD G. BERNSTEIN, HANDBOOK OF DRUG THERAPY 1N PSYCHIATRY 25-50 (1988).

152 Rosanne M. Leipzig, y Alan Mendelewitz, *Adverse psychotropic drug-drug interactions,* en Kane & Lieberman, *supra* nota 145, pags. 13-76; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2 TREATMENT OF PSYCHIATRIC DISORDERS: A TASK FORCE REPORT OF THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION pag. 1,506 (1989) ("the

**simultaneous administration of phenothiazines tryciclic antidepressants and antiparkinsonian medication... may become dangerous for some patients, particularly the elderly, because of the synergistic effect resulting from the cholingeric action of these agents")("AARON S. MASON** & ROBERT P. GRAMACHER, CLINICAL HANDBOOK OF ANTYPSICHOTIC THERAPY 46 (1980) (la polifarmacia "debe

evitarse en todos los casos posibles. ").

polifarmacia hace imposible determinar el efecto de cada droga en particular, se hace diffcil tambien determinar los efectos secundarios de cada una. Tambien hace dificil identificar los medicamentos que resultan particularmente eficaces para controlar los sintomas de enfermedad mental.

La polifarmacia puede aceptarse en casos puntuales por razones especiales. Sin embargo, en dichos casos es importante documentar las razones en la historia clinica de modo que un examinador independiente pueda evaluar lo apropiado de la prescripci6n.

El equipo MDRI vi6 historias clfnicas en las cuales se recetaban dos, tres, cuatro y mas medicamentos psicotr6picos simultaneamente a un solo paciente. Por ejemplo, una mujer de 69 afios -diagnosticada como "melanc6lica"- aparece recibiendo simultaneamente las siguientes medicinas: Notropil, Haklol, Chlorpromazina, Lorazepan, Bromazine, Imipramina, Paranox (el personal inform6 que se trata de un hipn6tico), junto con drogas para la artritis y Piportil.153 La historia clinica de otro paciente con diagn6stico de "psicosis cr6nica" indica que se le administra Haldol, Tegretol, y Neuroleptil simultaneamente,154 y que al admitirlo se le recet6 Chlorpromazina, Levopromazina, Taractin y Chlorpretexeno.155

Dos historias clfnicas de pacientes con retardo mental revelan que a cada uno se le recetaron neurolepticos multiples sin justificaci6n medica aparente. En otro caso, a una senora con retardo mental y sin ningun otro diagn6stico psiquiatrico, se le recetaron Neuroleptil, Chlorpromazina, y Taractan. A otra mujer con retardo mental se le recetaron 20-30 mg. de carbamacepina (Tegretol), Haloperidol, Diazepam, y 150 mg. diarios de Profenamia (Parsidol)."6 La historia clinica sefiala que "si (la paciente) se excita, inyectarle Nozinan y

153 Nootropil es el nombre comercial de piracetam, nn estimulante cerebral,. nsado e.n la enfermedaded Alzheimer y en otras formas de demencia. Haldol es el nombre comercial Haloperidol, un neuroleptico. Clorpromazina es el nombre generico de un neuroleptico conocido como Torazina Promapar o Largactil. Lorazepam es el nombre generico de un tranquilizante menor (ebnzodiazepina) vendido como Ativan en los EE.UU. Bromazin es un antihistamlnico, que posee cualidades sedativas. Imipramina es un antidepresivo de! grupo triclclico, que se vende como Trofanil en los EEUU. Paranox no est\ claro, probablemente es paraldehido, una droga hipn6tica, usada para sedar e inducir el suefio. Piportil es el nombre comercial de! Palmitato de Pipotiazina un neuroleptico no disponible en los EEUU.

154 **Haldol, como se dice en la nota anterior, es un neurole'ptico. Tegretol es el nombre de marca para** carbamazepan, una droga antiepileptica usada como tranquilizante para la mania. "Neuroleptil" se refiere probablemente a Neuleptil, una marca de periciazina, un neruole'ptico que no se consigue en las Estados Unidos.

155 Levopromazine es probablemente Levomepromazine (methotrimeprazine), un neurole'ptico de la clase **phenothiazina, antihistaminicoque se receta en ocasiones conjuntamente con inyecciones neurole'pticaspara prevenir reacciones dystonicas.**

156 El Diazeparn es un tranquilizante menor, tambie'n conocido como Valium. Profenamina (Parsidol) es el nombre comercial de la ethropropazina bydrochlorldica, una droga

antiparkinsoniana, probablemente usada para tratar las efectos colaterales de los neurole'pticos. El Haldol es un

**neurole'ptico**

42 4D *Mental Disability Rights International*

Fenergan intra-muscular."157

El personal reconoci6 la importancia de analizar los niveles en la sangre de ciertos medicamentos, pero indicaron que no tenfan posibilidad de realizar dichos examenes. Los registros de evoluci6n y los informes de laboratorio demostraron que los niveles de litio y tegretol no son supervisados cuidadosamente. En el Musto, un psiquiatra explic6 que el procedimiento para obtener los resultados de los examenes de laboratorio es muy lento para las pruebas de acido Valproico, Tegretol, o Litio, hecho que dificulta la posibilidad de controlar los niveles potencialmente t6xicos de estos medicamentos.

Como se describe mas adelante, no hay ning(m procedimiento vigente que exija el consentimiento informado de! paciente para tomar medicaci6n psicotr6pica, como prescriben los *Principios.* 158 Aunque muchos pacientes conocfan los nombres y la dosis de los medicamentos que se !es recetan, ninguno de los pacientes que fueron entrevistados cont6 que se le hubieran informado sobre los posibles efectos secundarios adversos. En general, las autoridades de las instituciones informan que los pacientes no participan en la decision de recibir medicaci6n. Segun un empleado de la Colonia Etchepare, algunos psiquiatras no !es dicen a los pacientes nada sobre los efectos nocivos de los medicamentos, porque consideran que seria dafiino darles esa informaci6n. En algunas ocasiones, se consulta a las familias acerca de la medicaci6n.

El efecto de altas dosis de medicamentos psicotr6picos, es el de sedar a los pacientes. 159 Esto puede impedir la participaci6n de! paciente en actividades de rehabilitaci6n en el hospital y de preparaci6n para volver a la comunidad.160 Pese a que el MDRI no revis6 la suficiente cantidad de historias clinicas como para generalizar acerca de! nivel de las dosis, dos hechos exigen mayor investigaci6n. Primero, un empleado de! Musto sefial6 que los pacientes no participan en actividades porque reciben altas dosis de medicaci6n. Segundo, un gran porcentaje de pacientes de las instituciones uruguayas parece excesivamente sedado, yaciendo en sus camas o deambulando de un lugar a otro sin participar en ninguna actividad significativa. Este uso de medicaci6n es incompatible con los *Principios,* que dispone que "la medicaci6n respondera a las necesidades ... de! paciente... y (no) se administrara ... para conveniencia de terceros."

* 1. Terapia electroconvulsiva

157 **Nozinan es un nombre comercial para methotrimeprazina, un neuroleptico. Ferneran es un nombre** comercial para la promethazine, un antihistaminico que tambie'n se da un conjunto neurole'ptico para prevenir **reacciones disot6nicas.**

158 El derecho al consentimiento informado y a rehusar tratamiento, garantizado en el principio 11 de las

*Principios,* se describe ma's adelante. *Principios,* principio 1I.

159 1l1eodore Van Putten, Stephen R. Marder, Stephen R., *Behavioral toxicity of antipsychotic drugs,* 48 J.

CLINICAL PSYCHIATRY, *supplement,* pags. 13-19 (1987).

160 Par esto la medicaci6n injustificada viola el derecho a que "el tratamiento... (este) destinado a preservar y estimular su independencia personal" *Principios,* principio 9(4).

### *Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* ® 43

La terapia electroconvulsiva es un tratamiento aceptado para casos de depresi6n severa. Sin embargo, el tratamiento es potencialmente peligroso y puede causar perdida de la memoria de corto plazo.161 Por lo tanto se debe usar solamente cuando se puede demostrar claramente su eficacia, como por ejemplo, en casos severos de depresi6n. 162 Como con otros tipos de tratamiento, los *Principios* requieren que se limite el uso de terapia electroconvulsiva a los casos en que "corresponda a sus necesidades de salud" 163 y no provoca injustificado " dai'ios... ansiedad mental o molestias fisicas."164

La frecuencia de uso de la terapia electroconvulsiva y la modalidad de tratamiento varia por instituci6n. 165 Segun los administradores de la Colonia Santin Carlos Rossi, Colonia Etchepare, y Musto, la terapia electroconvulsiva se usa con frecuencia para controlar la "conducta agresiva" de los pacientes, tengan o no diagn6stico psiquiatrico. Los registros de la instituci6n reflejan este uso. En el Musto, donde las autoridades reportaron que el 10% de los pacientes recibe terapia electroconvulsiva alguna vez, se usa frente a una gran variedad de situaciones, incluyendo la conducta agresiva de personas con retardo mental.

El MDRI revis6 en el Musto dos expedientes de pacientes con retardo mental, quienes a pesar de no tener diagn6stico psiquiatrico alguno recibieron terapia electroconvulsiva intensiva. En un caso, una joven de 27 ai'ios con retardo mental recibi6 terapia electroconvulsiva semanalmente durante un ai'io, sin tener diagn6stico psiquiatrico alguno. La historia clfnica no

161 Los siguientes articulos reportan problemas significativos de la memoria de mediano y largo plazo, secundaria al ECT: Larry R. Squire, Pamela C. Slater and Particia L. Miller, *Retrograde amnesia and bilateral ECT: Long-term follow-up,* 38 ARCHIVES GEN PSYCHIATRY 89-95 (1981); Jolm R. Taylor, Rachel Tompkins, Renee Demers y Dale Anderson, *Electroconvulsive therapy and memory dysfunction: ls there evidence for prolonged defects?,* 17 BIOLOGICAL PSYCHIATRY pags. 1169-1193 (1982); P. Schuster, E. Opgenoorth, E. Gabriel y 0. Presslich, *Results of learning expriments in the course of treatment of endogenomorphic depression: psychopharmocological and ECT interventions,* 19 PsYcHOPATIIOLOGYpags. 116-130 (1986); L.R. Squire y J.A. Zouzounis, *ECT and memory: Brief pulse versus sine wave,* 143 AM. J. PSYCHIATRY pags. 596, 601 (1986) (las **deficiencias de memoria sonmayores cuando se utilizanma'quinas ma's antiguas que registran el "sine wave"). Una reciente y comprensiva revisi6n de literatura psiquia'trica encontr6 que, en la pra'ctica clinica, no existe evidencia** que el ECT unilateral causa dan~o cerebral estructural. Sin embargo, el ECT causa impedimentos del conocirnieuto, incluyendo "amnesia retr6gada de tiempo lirnitado" (la traducci6n es nuestra). D.P. Devanand, Andrew J. Dwork, Edward R. Hutchinson, Tom G. Bolwig & Harold A. Sackheim, *Does ECT Alter Brain Structure?,* 151 AM J. PSYCHIATRY 957, 958 (1994).

162 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION COMMISSION ON PSYCHIATRIC THERAPIES, THE PSYCHIATRIC THERAPIES pags. 213-248 (1984). *Ver* AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, THE PRACTICE OF ELECTR0C0NVULSIVE THERAPY 7-9 (1990).

163 *Principios,* principio 8(1).

164 *Idem.* principio 8(2).

165 En el Hospital Musto se hace profuso uso de la terapia electroconvulsiva. Hay poco uso de terapia electroconvulsiva en la Colonia Rossi y algo mas en la Colonia Etchepare, de acuerdo a los directores de ambas instituciones. La unica maquina de terapia electroconvulsiva en las colonias esta ubicada en Etchepare, Y se [las] usa para dar unos 30 tratamientos de terapia convulsiva por mes. El equipo de MDRI no pudo obtener informaci6n confiable acerca de cuan extenso es el uso de terapia electroconvulsiva en el Hospital Vilardeb6.

44 1111 *Mental Disability Rights International*

explica que pretendia lograrse con el tratamiento. Las breves notas de! caso solo explicaban que "es agresiva, se escapa de su casa constantemente, camina y grita." No existe indicacion sobre terapias de conducta practicadas o intentadas. Se informa que previamente habia sido internada varias veces en el Hospital Vilardebo, y segun surje de! expediente ha permanecido internada en el Musto los ultimos dos aftos.

Los administradores informaron que se usa generalmente la terapia electroconvulsiva bilateral, practica que, no siendo mas efectiva que la unilateral, tiene mas riesgo de perdida de memoria. Los aparatos de terapia electroconvulsiva que inspecciono el MDRI eran anticuadas maquinas de onda sinusoidal y no de! tipo de "pulso breve", mas modernas y menos riesgosas.166

A los pacientes no se Jes pide su consentimiento para recibir la terapia electroconvulsiva (ver seccion B-5). Las instituciones que piden el consentimiento, solo se lo piden a los familiares, y no a los pacientes. No se informa sobre los posibles efectos negativos de la terapia electroconvulsiva.

* 1. **Rehabilitaci6n** y **psicoterapia**

Ademas de requerir que el tratamiento se dirija hacia la mayor autonomfa personal, 167 los *Principios de Salud Mental* establecen que las instituciones deben ofrecer "medidas apropiadas de rehabilitacion para promover su reintegracion a la comunidad. "168 En el sistema publico de salud mental de! Uruguay no solo la rehabilitacion es limitada, sino que el ambiente permite largos perfodos de inactividad, que lleva a la perdida de las habilidades ocupacionales o sociales que los pacientes pudieran haber tenido cuando ingresaron en la institucion psiquiatrica.

En todos los hospitales existe algun programa de rehabilitacion, y el **MDRI** visit6 varias salas equipadas para actividades de rehabilitacion. En el Musto y el Vilardebo, los programas de rehabilitacion descritos por los administradores de las instituciones cierran durante los tres meses de verano y los pacientes quedan sin actividad alguna. Pero aun cuando permanecen abiertos, solo atienden a una pequefta parte de los pacientes de la institucion. Durante la visita de! **MDRI** a las cuatro instituciones psiquiatricas publicas, la gran mayoria de los pacientes no realizaba ninguna actividad significativa. En esas visitas, el **MDRI** solo observ6 algunos pacientes participando en un programa de rehabilitacion.

El taller de trabajo principal lo dirige la Universidad de! Trabajo en la Colonia Etchepare, ofreciendo clases de escultura, ebanisteria y reparacion de muebles. El **MDRI** recibio

166 **Las m3.quinas ma's viejas, que no se usan mas en Estados Unidos, pero que si se contint'ian usando en**

otros paises, producen deficit cognitivos mayores que las maquinas nuevas. Squire y Zouzounis, *supra* note 161, pags. 596-601.

*161 Principios,* principio 9(4).

168 *Idem.* principio 13(2)(d).


##### informes muy positivos de pacientes que part1c1paron en un taller de teatro en la Colonia Etchepare. En el Hospital Musto, el MDRI observo un taller de carpinteria. Ninguno de estos programas funcionaba cuando el MDRI los visito, a finales de noviembre, porque ya habian comenzado las vacaciones de verano.

Ademas de la carencia generalizada de actividades organizadas, casi no existen oportunidades para que los pacientes emprendan actividades por su propia iniciativa. En el Musto y el Vilardebo casi no hay lugar para tales actividades. En el Musto hay un salon vacio - denominado "salon de recreo"- en cual apenas hay algi\n mueble. En los pabellones de la Colonia Rossi, el unico lugar donde los pacientes pueden sentarse es en el comedor. Sin embargo, hay un edificio especialmente destinado para actividades.

* 1. **Mecanismos internos de supervision de la calidad de los servicios**

##### Los *Principios de Saltul Mental* requieren el establecimiento de los "mecanismos apropiados... para promover el cumplimiento de los *Principios.* "169 El **MDRI** no encontro evidencia de la existencia de controles internos para supervisar la calidad de! tratamiento psiquiatrico, investigar incidentes o denuncias de maltrato, o revisar las historias clinicas y la veracidad de los registros medicos. No existen mecanismos internos que informen sobre accidentes o incidentes.170 Dada la falta de personal, procedimientos de registro y examen de los efectos de los medicamentos psicotropicos adecuados, la ausencia de controles internos presenta especiales peligros para los pacientes psiquiatricos. El Ministerio de Salud Pi\blica expreso su interes en el establecimiento de mecanismos de este tipo, y el **MDRI** recomienda su implementacion.

Tambien faltan programas de educacion continuada para el personal profesional de las instituciones. Segun el informe de los psiquiatras de las instituciones, la capacitacion de los empleados en cuanto al uso de medicamentos psicotropicos es proporcionada principalmente por las compafiias farmaceuticas.171 Las instituciones tienen contratos de compra de medicamentos con las compafiias, y la mismas compafiias ofrecen sesiones de capacitacion para el uso de los medicamentos objeto de! contrato. Tampoco parece haber ningi\n tipo de educacion para la capacitacion de personas con retardo mental.

1. **Poder decisorio** y **derechos de los pacientes**

##### Existe muy poco o ningun reconocimiento de que los pacientes internados en las instituciones psiquiatricas tienen derechos legales. Despues de la internacion en la institucion

169 *Idem.* principio 22.

170 La falta de mecanismos intemos para asegurar servicios de calidad o para informar sobre accidentes hacen que la supervisi6n externa sea tambien dificil. *Ver* comentario sobre la supervisi6n en la secci6n D, pag. 51, *infra.*

171 En el Hospital Musto, las autoridades informaron que tienen un contrato de 6 meses con Rhone Poulenc, Ciba, y Gautier.

psiquiatrica, las autoridades controlan casi todos los aspectos, importantes o triviales, de la vida de! paciente. La propia internaci6n psiquiatrica queda librada por completo a la discrecionalidad de los psiquiatras y administradores, como qued6 descripto antes. Todos los aspectos de la vida de! paciente en la instituci6n -que clase de medicaci6n recibe, cuando come, cuando duerme, si puede salir o usar el telefono- parecen estar sujetos a la discreci6n de las autoridades de! plantel.

Entre los miembros de! personal, se reconoce que los pacientes tienen "derechos", pero la expresi6n de dichos derechos se deja librada al criteria de los empleados de la instituci6n. Por ejemplo, un psiquiatra explic6 que si "los pacientes tienen derecho a rechazar el tratamiento, el medico tiene derecho a dejar de !ado la decision de! paciente". Otro miembro de] personal profesional del Musto dijo al MDRI que "el hospital psiquiatrico es el protector legal de! paciente". •

##### Reconocimiento y aceptacion de derechos

El concepto del derecho de! paciente es conocido y reconocido en el Uruguay. En 1992, el Parlamento de! Uruguay, adopt6 una Declaraci6n de Derechos del Paciente, incorporando varios derechos de la Asociaci6n Americana de Hospitales, el Consejo Europeo, y los Hospitales de Catalufia, Espana. 172

Entre los muchos puntos incluidos en la Declaraci6n de Derechos, se establece que cada paciente tiene derecho a que se le informe de sus derechos como paciente, a ser tratado con respeto, a rehusar que se le examine o se le observe por algun miembro de! personal en especial, a tener un plan de tratamiento y a recibir informaci6n completa sobre su diagn6stico, tratamiento, y prognosis. Todo paciente tiene derecho a "participar en las decisiones que afectan su tratamiento," ya derecho a presentar quejas sobre el tratamiento sin estar sometido a castigo.

Del mismo modo que la Declaraci6n de Derechos de! Paciente, los *Principios de Salud Mental* establecen que los pacientes internados en instituciones psiquiatricas deben tener acceso a la informaci6n sobre sus derechos. El MORI casi no encontr6 advertencias visibles sobre los derechos dentro de las instituciones psiquiatricas, como requieren los *Principios.173* En la puerta de la oficina de! jefe de asistentes sociales de! Musto, hay una corta lista de los derechos de los pacientes. En la misma oficina hay un cartel relacionado con el Servicio de Informaci6n Judicial. Sin embargo, en toda nuestra visita a las instituciones psiquiatricas, el MDRI no vio otra publicaci6n de los derechos de! paciente, ni observ6 ningun anuncio escrito de los procedimientos formales para presentar quejas.

172 Decreto 258, 17 de junio de 1992, citado en SERVICIO PAZ Y JUSTICIA, URUGUAY, DERECHOS HUMANOS EN URUGUAY: INFORME 1992, 56 (1992)

173 Los *Principios* establecen que "todo paciente recluido en una instituci6n psiquiatrica sera informado, lo mas pronto posible despues de la admisi6n y en una forma yen un lenguaje que comprenda, de todos .los derechos que le corresponden, de conformidad con los presentes *Principios* y en virtud de la legislaci6n nacional, informaci6n que comprendera una explicaci6n de esos derechos y de la manera de ejercerlos". *Principios,* principio 12(1).

##### Consentimiento infonnado para el tratamiento

Los *Principios de Salud Mental* establecen que los pacientes tienen el derecho a ser informados y a manifestar su consentimiento para el tratamiento174 y el derecho a negarse a recibir el tratamiento.175 De acuerdo a los *Principios,* el derecho a negarse a recibir el tratamiento no es absoluto, pero solo pueden ser restringidos por una autoridad independiente o por profesionales de salud mental, bajo circunstancias limitadas ya traves de los procedimiento establecidos en los *Principios.*176

Personal profesional de la Colonia Etchepare y del Musto sefial6 que generalmente los psiquiatras no informan a los pacientes sobre los efectos de los medicamentos y que no existe ningun sistema establecido para obtener el consentimiento informado. Un profesional de la Colonia Etchepare indic6 que existe el convencimiento general de que no es un buena idea el comunicar a los pacientes detalles sobre su tratamiento. Esto se deberia, en parte, a que la informaci6n contribuiria a agravar los problemas del paciente.

Ademas de ello, el profesional sefial6 que el hecho de informar a los pacientes sobre los efectos y efectos colaterales de la medicaci6n presentaria problemas de organizaci6n enormes ("Hay tantos pacientes que seria imposible hacerlo"). A pesar de esta practica generalizada, algunos psiquiatras son muy cuidadosos al informar a los pacientes sobre los efectos de los medicamentos.

Seis de catorce pacientes entrevistados por miembros del equipo de! MDRI en la Colonia Etchepare, en el Musto y en el Vilardeb6 fueron capaces de nombrar los medicamentos que recibian. Todos los pacientes entrevistados por el MDRI sefialaron que no se Jes habia informado de los potenciales efectos negativos de los medicamentos.

174 *Idem.* pnnc1p10 11(1). Los *Principios* requieren que el medico "proporcione al paciente informaci6n adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que e'ste entienda, acerca de:

1. El diagn6stico y su evaluaci6n;
2. El prop6sito, el metodo, la duraci6n probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto;
3. Las demas modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles;
4. Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas de! tratamiento propuesto". *Idem.*

principio 11(2).

"' *Idem.* principio 11(4).

176 *Idem.* principio 11(6). Los Principios autorizan la limitaci6n del derecho de rehusar tratamiento cuando **concurran las siguientes circunstancias: a) que el paciente, en la e'poca de que se trate, sea un paciente** involuntario; b) que "el paciente este incapacitado para dar o negar su consentimiento infonnado", o bien que el paciente se niegue "irracionalmente a dar su consentimiento." y c) "que el plan de tratamiento propuesto (sea) el mas indicado para atender a las necesidades de salud de! paciente." *Idem.* principio 11(6). Cuando se detennine "que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un dafio imnediato o imrninente al paciente o a otras personas", "un profesional de salud mental calificado" podra ordenar el tratamiento. *Idem.* principio 11(8). Sin embargo, dicho tratamiento no podra extenderse " mas alla del periodo estrictamente necesario para alcanzar ese prop6sito." *Idem.* principio 11(8). Los pacientes tendran derecho a apelar el tratamiento involuntario "ante un 6rgano judicial n otro 6rgano independiente." *Idem.* principio 11(16).

Tecnicos no profesionales del pabell6n de seguridad de la Colonia Etchepare informaron que tenian 6rdenes de inyectar medicaci6n psicotr6pica a pacientes que rechacen la medicaci6n o que se vuelvan agresivos o rebeldes. No se necesita consentimiento, y la aprobaci6n de un medico o psiquiatra solo es necesaria si el tratamiento se extiende por mas de uno o dos dias.

Segun el Inspector General de Psic6patas, los psiquiatras deberian obtener aprobaci6n judicial para ordenar terapia electroconvulsiva contra la voluntad de! paciente. De acuerdo a entrevistas a varios pacientes hechas por el **MDRI,** nunca se dio importancia al consentimiento para aplicar esta terapia. En todos los casos, un psiquiatra orden6 aplicar terapia electroconvulsiva, y esta se Jes administr6 sin solicitarse su consentimiento y sin informarseles de sus efectos secundarios.

* 1. Consentimiento familiar

Los *Principios* no permiten que miembros de la familia de! paciente den el consentimiento para el tratamiento ni que renuncien a alguno de los derechos de la persona internada. Para que un "representante personal" sea designado con el fin de tomar decisiones por una persona declarada incapaz, es necesaria una audiencia ante un "tribunal independiente e imparcial", donde el paciente tiene derecho a asistencia legal.177

El Inspector General de Psic6patas inform6 que actualmente no existen procedimientos para obtener el consentimiento informado de los pacientes o de sus familiares para la administraci6n de medicaci6n psicotr6pica o de terapia electroconvulsiva. El Inspector sefial6 que esta planeando instituir un nuevo procedimiento para obtener el consentimiento informado de los familiares para administrar terapia electroconvulsiva. Tambien dijo que en el futuro se instituira una forma similar para obtener el consentimiento en el caso de la medicaci6n psicotr6pica, aunque no indic6 ningun plan en el sentido de introducir procedimientos similares para obtener el consentimiento informado de los pacientes para sus tratamientos.

La practica actual sobre consentimiento familiar es variada. Algunos familiares de pacientes informan que a veces se Jes pide su consentimiento para aplicar terapia electroconvulsiva a sus familiares. Dos de nueve familias entrevistadas por el **MDRI** dijeron que las instituciones psiquiatricas publicas solicitaron su consentimiento para administrar esta terapia, mientras las otras familias aseguraron que nunca se les habia pedido nada. Del mismo modo, la mayoria de las familias dijeron que nunca se Jes inform6 sobre los efectos secundarios de la terapia electroconvulsiva. Algunas familias explicaron que las instituciones psiquiatricas privadas solicitan regularmente permiso para administrar terapia electroconvulsiva porque la familia debe consentir el pago de] tratamiento.

En un caso, los miembros de la familia de paciente informaron haberse opuesto radicalmente cuando un psiquiatra orden6 una serie de ocho aplicaciones de terapia electroconvulsiva a su hijo. A pesar de la oposici6n familiar, se hizo una aplicaci6n, pero el

177 *Idem.* principio 1(6). Si se designa a un representante personal en contra de la voluntad del individuo, el o ella "tendran derecho a apelar esa decision ante un tribunal superior."

tratamiento se discontinuo.

#### Derechos reproductivos, perdida de Ia patria potestad

El personal de las instituciones sefialo que ha habido graves problemas en las colonias por el nacimiento de nifios, dada la falta de metodos anticonceptivos. En las colonias, rara vez se !es provee a los pacientes metodos anticonceptivos. Segun los funcionarios de una institucion, el psiquiatra o el medico puede ordenar que se le introduzca a una mujer un DIU (Dispositivo Intra Uterino) o recetar pfldoras anticonceptivas si "se sabe que tiene muchos amantes." Un empleado informo que, despues 15 afios de trabajo en la Colonia Etchepare, recuerda solo 10 o 12 pacientes que recibieron control de la natalidad.

Cuando una mujer queda embarazada y da a luz a un nifio en una institucion psiquiatrica, y no hay ningun familiar que pueda hacerse cargo de! nifio, a la madre se le quita el bebe despues de cuatro o cinco dias de nacido, y la institucion se lo entrega al INAME, la reparticion uruguaya encargada de la adopcion de menores. El INAME coloca el bebe en una familia mediante adopcion temporaria, y la madre tiene un afio para reclamar a su hijo si es que ha salido de la institucion, siempre que se la considere capaz en ese momento. Si no reclama al bebe en ese lapso, se asignan padres adoptivos permanentes. Todo futuro contacto de la madre con su hijo se hace imposible.

Empleados de las instituciones psiquiatricas afirman que, aunque la madre tiene el derecho de recuperar la patria potestad por el lapso de un afio desde que le quitan su bebe, muchas mujeres que estarian en condiciones de obtener la custodia de sus nifios, por lo regular no pueden hacerlo porque no se !es informa de! procedimiento para recuperarlos. De este modo, las madres internadas en instituciones psiquiatricas por un corto periodo pueden perder la tenencia de sus hijos permanentemente.

La imposibilidad sistematica de no dar participacion a los padres naturales en la decision de darlos en adopcion, o de informarles de sus derechos como padres, viola normas internacionales de derechos humanos,178 igual que la falta de oportunidades para que los padres reclamen sus hijos.179

178 "Los potenciales adoptantes y, en cuanto sea conveniente, el nifio y sus propios padres, deben participar debidamente en todas las cuestiones vinculadas al cuidado y a la adopci6n" (la traducci6n es nuestra), *Dec!araci6n de Principios Socia/es y Legates vincu!ados a la Protecci6n y el Bienestar de las Ninos, con Especial Referenda a la Adopci6n Nacional e Internacional,* O.N.U. Resoluci6n 41/85, 3 de diciembre de 1986, articulo 12.

179 "La tenencia de! nifio en guarda no debe impedir ni el retomo de! nifio a sus padres ni la adopci6n." (la traducci6n es nuestra) *Idem.* articulo 11. "Deben proporcionarse tiempo suficiente y asesorarniento adecuado a los padres de! nifio, los posibles padres adoptivos y si fuera necesaria al nifio, para lograr una decisi6n lo mas pronta posible sobre el futuro de! nino" (la traduccion es nuestra) *Idem.* art[culo 15.

* 1. Mecanismos de supervision

Los tratados internacionales de derechos humanos de los que el Uruguay es parte, requieren que el estado asegure el bienestar de las personas internadas en los instituciones psiquiatricas.180 Los *Principios de Salud Mental* establecen que los "estados velariin por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes *Principios.* "181 Los *Principios* exigen inspecciones regulares de las instituciones "con frecuencia suficiente para garantizar que las condiciones, el tratamiento y la atenci6n de los pacientes se conformen a los presentes *Principios.*182 Los *Principios* requieren que, en general, "se protegerii a todo paciente de cualesquiera dafios, incluida la administraci6n injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, de! personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias fisicas."183

No existen mecanismos independientes de supervision de las condiciones ode! tratamiento en el sistema publico de salud mental de! Uruguay. Tampoco existen mecanismos efectivos para promover el cumplimiento de los *Principios.*

#### Ausencia de estandares de control de calidad

Los instituciones psiquiiitricas operan sin ningun sistema de control de calidad de los servicios. Este es un problema muy serio, dada la amplia gama de priicticas de tratamiento que pueden tener efectos colaterales peligrosos llevadas a cabo en las instituciones psiquiiitricas de! Uruguay. 184 Los administradores de dos hospitales expresaron su deseo de contar con algun tipo de criterio para evaluar la calidad de! tratamiento, al menos para empleo y evaluaci6n interna.

Los administradores de tres instituciones publicas informaron que el Ministerio de Salud regularmente supervisa el manejo de los fondos gubernamentales, pero que no hace ningun esfuerzo para reglamentar la calidad de los servicios de las instituciones. En efecto, informaron

1•> Tanto el PIDCP como la Convenci6n Americana establecen la obligaci6n de los estados de "asegurar" la vigencia de las obligaciones adoptadas bajo los tratados. PIDCP, articulo 2(1); Convenci6n Americana, artlculo 1.

181 *Principios,* principio 22. El principio establece que "Los Estados velaran por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes *Principios,* inspeccionar las instituciones psiquiatricas, presentar, investigar, y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violaci6n de los derechos de los **pacientes."**

182 *Idem.* principio 14(2).

183 *Idem.* principio 8(2).

184 El tratamiento y las condiciones de las instituciones que plantean preocupaciones sobre los derechos humanos han sido documentadas en el Capltulo II, Secci6n C de este informe.

*Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* @ 51

los administradores, no hay ningun estandar establecido para evaluar la calidad de los servicios que las instituciones proveen.185

Un funcionario explic6 que el Ministerio de Salud no reglamenta la calidad de! cuidado en las instituciones porque se supone que cada instituci6n tiene su propio comite de etica para supervisar la calidad de vida y las practicas de tratamiento. Sin embargo, existe un generalizado acuerdo acerca de que los comites de etica no funcionan: en algunas instituciones ni siquiera se reunen. De todos modos, los comites de etica no constituyen un sustituto de los mecanismos de supervision de calidad de los servicios.

El Director de la Secci6n de Salud Mental de! Ministerio de Salud sefial6 que su oficina supervisa actualmente la creaci6n de varios equipos para establecer normas de tratamiento en varias areas, que incluyen el uso de terapia electroconvulsiva, medicaci6n psicotr6pica, y esterilizaci6n. Asegur6 ademas, que el primer informe de! equipo estarfa completo a principios de! 1994. El informe establecera normas para el uso de terapia electroconvulsiva, y se basara, en gran parte, en. las normas establecidas por la Asociaci6n Americana de Psiquiatrfa. Una de los metas es establecer reglas para el uso de la terapia electroconvulsiva y reducir el numero de pacientes que reciben este tratamiento inapropiadamente.

El Director de Salud Mental sefial6 que su trabajo se ve limitado por el hecho de que el Ministerio de Salud no tiene autoridad legal para establecer normas obligatorias. Para que ello ocurra, la legislatura tendrfa que sancionar una nueva ley estableciendo la autoridad de! Ministerio de Salud para imponer normas obligatorias.

1. Reglamentacion inadecuada para evaluar a los proveedores de servicios

Aunque los *Principios de Salud Mental* requieren que las autoridades competentes dispongan de "personal medico y otros profesionales calificados en numero suficiente "186 s6lo existen mecanismos muy limitados para evaluar las calificaciones de los proveedores de servicios. Los psiquiatras tienen una licencia obliagtoria par poder ejercer su profesi6n, pero no existen sistemas publicos o independientes para determinar o evaluar normas de atenci6n psiquiatrica. Un psiquiatra inform6 haber perdido su licencia para practicar medicina, cuando fue condenado penalmente por el uso indebido de narc6ticos. De otra parte, no existe ningun sistema para licenciar a psic6logos u otros profesionales de la salud mental.

1. Inexistencia de procedimientos para denunciar o investigar incidentes inusuales

Para asegurar la vigencia de los *Principios* debe haber procedimientos para "presentar,

'" Cada uno de estos administradores explicaron que las directrices para calidad de tratarniento serian de mucha utilidad, y expresaron su esperanza en que la organizaci6n Panamericana de la Salud (PAHO) los asistir'ia en el futuro con tales directrices

186 *Principios,* principio 14(1), 14(2).

investigar y resolver quejas. "187 El MORI no encontro en las instituciones psiquiatricas publicas ningun mecanismo establecido para recibir quejas de los pacientes, o bien denuncias de metodos inapropiado de tratamiento, errores de medicacion, abusos en decisiones de reclusion o restriccion fisica, violencia hacia los pacientes, ataques sexuales, muertes no naturales, u otros incidentes inusuales. Los funcionarios de la Colonia Etchepare y de! Musto informaron que los pacientes acuden a los trabajadores sociales con frecuencia para hablarles de sus problemas y que, dentro de sus posibilidades, estos los ayudan.

Empleados de las instituciones y abogados de! Servicio de Informacion Judicial, informaron que no existen procedimientos formales de queja,188 ni un sistema de investigacion independiente, ni mecanismos establecidos contra los abusos en las instituciones.189 Si el paciente no tiene los medios para contratar un abogado privado, no existe forma de obtener asistencia legal.190

Aunque la administracion de cada institucion nego la posibilidad de que practicas que incluyan tratamientos riesgosos o violencia en los pabellones constituyan un problema, el equipo de MORI pudo recoger diversas opiniones que prueban lo contrario. En la Colonia Etchepare, los empleados sefialaron el grave problema que representa la posibilidad de ataques y relaciones sexuales potencialmente abusivas. Las relaciones sexuales entre pacientes o entre pacientes y empleados se dan frecuentemente, y la institucion no cuenta con parametros para determinar cuando esas practicas son adecuadas y cuando no lo son. No existe ningun procedimiento para investigar relaciones potencialmente abusivas. En raras ocasiones la institucion investiga denuncias de abuso, pero esto parece limitarse solo a situaciones en las cuales un miembro de la institucion decide tomar en cuenta la causa de un paciente en particular, y llama la atencion de las autoridades sobre el tema.

187 *Idem.* principio 22.

188 Los *Principios* establecen que "Toda paciente o ex paciente tendra derecho a presentar una queja conforme a las procedimientos que especifique la legislaci6n nacional". *Idem.* principio 21.

189 Los abogados del Servicio de Informaci6n Judicial seilalaron que si bien ayudan a las pacientes a obtener

el alta, no las representan. Tambien informaron que nunca han asistido a un paciente que se queje de la violaci6n

**de sus derechos.**

190 En teoria, las personas internadas par orden judicial tienen derecho a tener un abogado bajo ciertas circunstancias, par ejemplo, cuando se les declara incapaces bajo el C6digo Civil, o cuando han sido acusados de un delito: En la pra'ctica, las asistentes sociales del Hospital Musto nos informaron que nunca vieron un abogado **visitar a un cliente en la instituci6n.**

l

*Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* • 53


## Esperanzas para una reforma: aspectos positivos del sistema de salud mental uruguayo

**A** pesar de la grave naturaleza de las preocupaciones concernientes a los derechos humanos en el sistema de salud mental de Uruguay y de la limitaci6n de recursos disponibles para encarar una reforma, Uruguay tiene un enorme potencial para progresar en este campo. Los elementos mas sobresalientes de! sistema de salud mental de! Uruguay estan en el potencial humano disponible y en la gran preocupaci6n acerca de los problemas dentro de! propio sistema. Tambien hay una serie de excelentes programas de salud mental comunitarios, que servirian como modelos utiles para la reforma.

El MDRI observ6 con beneplacito el extendido interes en la mejora de la atenci6n en salud mental y en la vigencia de los derechos humanos por parte de los funcionarios de! Ministerio de Salud Publica, prestatarios de servicios de salud y defensores y promotores de derechos de los pacientes. Los representantes de las asociaciones profesionales de psiquiatras y enfermeras expresaron su interes y su deseo de asumir los riesgos necesarios para llevar a cabo la reforma de! sistema de salud mental. Ademas, el equipo de! **MDRI** se reuni6 con representantes de una organizaci6n de familiares y usuarios de! sistema de salud mental, que se manifesto consciente de los problemas de! sistema de salud mental y comprometida con el trabajo destinado a la reforma. La asistencia de organizaciones preocupadas por la defensa de los derechos humanos, como IELSUR, puede tambien ser importante para aunar los distintos esfuerzos tendientes a la reforma.

Muchos de los problemas de derechos humanos sefialados por el **MDRI** en este informe ya habian sido identificados por la Comisi6n Nacional de Salud Mental en 1986. El ambicioso *Programa Nacional de Salud Mental* tenfa como meta la reestructuraci6n de los servicios y la creaci6n de un sistema de salud mental primordialmente basado en servicios comunitarios. Aunque la legislatura uruguaya no haya asignado los fondos necesarios para implementar ese Programa, el mismo sigue representando la politica oficial sobre la materia y establece un positivo conjunto de aspiraciones de reforma por parte de! Ministerio de Salud Publica. Aunque el plan tiene necesidad de algunas revisiones (dado que fue formulado seis afios atras), puede ser un buen borrador para el proceso de reforma.

Despues de la formulaci6n de! *Programa Nacional,* las Naciones Unidas ha adoptado los *Principios de Salud Mental.* Los *Principios* establecen tanto conceptos-gufa como ejemplos especificos que pueden ser empleados para actualizar y orientar el nuevo plan de reforma. El prop6sito fundamental de este informe es el de sefialar los cambios mas importantes que debe experimentar el sistema de salud mental para ser compatible con los *Principios de Salud Mental.*

El Ministerio de Salud Publica esta en condiciones de constituirse en la instituci6n que lidere el proceso de conformidad de! sistema de salud mental de! Uruguay con las normas internacionales de derechos humanos. Al adoptar el avanzado *Programa Nacional* como politica oficial, el Ministerio de Salud ha realizado ya una importante manifestaci6n en favor de la

necesidad de! cambio. Ahora que las Naciones Unidas han adoptado normas internacionales de derechos humanos para guiar el proceso de reforma, el Ministerio de Salud Publica deberia llevar a cabo con premura este compromiso, y desarrollar un programa para implementar el *Programa Nacional* y las recomendaciones de este informe.

La capacidad de enfrentar todos los problemas sefialados por este informe van mas allii. de! control o la competencia de! Ministerio de Salud Publica. El gran numero de "pacientes sociales", la falta de servicios comunitarios para personas que sufren de retardo mental, y las dificultades vinculadas con la ley de salud mental de 1936, por ejemplo, no pueden ser resueltos solamente por el Ministerio de Salud Publica. Los uruguayos deben trabajar juntos para permitir que las personas que padecen de discapacidades mentales vivan con dignidad y respeto de sus derechos humanos.

*Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* 111 55


# Recomendaciones

##### Bajo el derecho internacional de los derechos humanos, los estados tienen la responsabilidad de asegurar la aplicaci6n y vigencia de esos derechos. El estado uruguayo deberfa tomar las siguientes medidas para conformar el sistema de salud mental de! Uruguay en consonancia con el derecho internacional de los derechos humanos.

* 1. **Estructura de los servicios**
		1. Cesar la internacion de "pacientes sociales": El uso de hospitales psiquiatricos para internar a personas sin diagn6stico de enfermedad mental *bona fide* o a personas sin necesidad presente de tratamiento psiquiatrico, debe cesar inmediatamente. Es especialmente irtapropiada la hospitalizaci6n por un largo perfodo de tiempo de personas que padecen de retraso mental o alcoholismo.
		2. **Llevar a cabo una revision total de las internaciones:** El gobierno deberfa realizar un proceso de evaluaci6n de los actuales residentes en los hospitales psiquiatricos, especialmente en las colonias, para determinar si existe una necesidad actual de internaci6n, y para devolver a la comunidad a todos los pacientes que no necesitan estar internados en hospitales psiquiatricos.
		3. **Crear servicios comunitarios alternativos:** Existe una necesidad urgente de desarrollo de programas comunitarios de salud mental que ofrezcan rehabilitaci6n clfnica y psicosocial, alternativas de vivienda y una asistencia vocacional y laboral para las personas que sufren de enfermedades mentales. Este servicio es necesario tanto para pacientes que actualmente estan innecesariamente hospitalizados, como para prevenir que otros individuos que padecen de enfermedades mentales sean hospitalizados innecesariamente.
		4. Crear servicios comunitarios para personas con retardo mental: La falta de alternativas comunitarias para personas con retardo mental, y el grave maltrato que estos sufren en las instituciones, se debe en parte al desconocimiento de las enormes posibilidades de habilitaci6n e integraci6n en la comunidad que tienen las personas con retardo mental. Un primer paso hacia la creaci6n de un sistema completo de rehabilitaci6n serfa ofrecer formaci6n para atender especfficamente a las personas que sufren de retardo mental.

En este campo, el concepto de "habilitaci6n" o capacitaci6n ha pasado a ser esencial, dado que el retardo mental no es una enfermedad. Los psic6logos (y no los psiquiatras u otros medicos) han desarrollado metodos de capacitaci6n para personas con retardo mental para aumentar sus capacidades en muchos sentidos, incluyendo habilidades cotidianas (vestirse, asearse, cocinar, comer, ir al bafio), la capacidad de moverse independientemente (tomar omnibus), y, para muchos, la posibilidad de trabajar. Uruguay deberfa recibir expertos en este campo para que entrenen a padres y profesionales, sentando asi las bases de una mejora en la calidad de vida de las personas

con retardo mental. El tratamiento deberia cubrir todas las facetas de la rehabilitacion, incluyendo actividades de la vida cotideana, capacitacion de! comportamiento, vida independiente y capacitacion vocacional.

* + 1. Acabar con los desincentivos para trabajar cuando se reciben pensiones por discapacidad: Recortandole los beneficios a las gente con discapacidades que ganan menos que el salario minimo de subsitencia, la legislacion de seguridad social crea desincentivos para trabajar. La ley deberia ser modificada para alentar a las personas con discapacidades mentales a que trabajen.
		2. Incluir cobertura psiquiatrica en los seguros generales de salud salud: Deben modificarse las serias limitaciones de cobertura psiquiiitrica que existen en el sistema de cobertura general de salud, de manera que los psiquiatras puedan ofrecer a los pacientes opciones diferentes a la medicacion y hospitalizacion. Deberian quedar cubiertas la psicoterapia y otros servicios de salud mental.

El Ministerio de Salud deberia tomar los siguientes pasos, independientemente de la

existencia de un nuevo mandato legislativo:

* + 1. Asumir un papel de liderazgo en la reestructuraci6n del sistema de salud mental del **Uruguay:** El Ministro de Salud, puede y debe ejercitar su liderazgo en vistas a organizar la reforma de! sistema de salud mental de! Uruguay. Aunque algunos cambios esten fuera de! alcance de! control de! Ministerio, este puede tomar la inmediata iniciativa en los siguientes aspectos:
			1. **Promover los modelos de atenci6n comunitaria:** Uruguay cuenta en este momento con algunos programas modelo que deben servir de ejemplo para la reforma, incluyendo al Centro Nacional de Rehabilitacion Psiquiiitrica, el Programa de la Familia Sustituta, y programas comunitarios privados, como el de! Centro de Salud Mental Comunitaria Sur Palermo. El Ministerio de la Salud puede apoyar estos programas y tomar su ejemplo como modelo mientras hace esfuerzos por la creacion de programas de salud mental comunitarios a nivel nacional.
			2. **Traer revisores externos para llevar a cabo una supervismn general del sistema:** Este informe solo sefiala algunas de las principales preocupaciones de las personas que laboran en el sistema de salud mental con respecto a la vigencia de los derechos humanos. Una supervision mas completa y documentada de la situacion de las instituciones de salud mental seria una herramienta muy util para exigir la reforma total de! sistema. Para realizar esta evaluacion, seria conveniente invitar supervisores independientes, de reconocida probidad internacional. Quienes realicen esta evaluacion deben tener tiempo suficiente para examinar historias clfnicas, analizar las priicticas de medicacion y de administracion de terapia electroconvulsiva.
			3. **Organizar cursos de capacitaci6n:** En la actualidad faltan cursos de capacitacion en la mayoria de los aspectos necesarios para el establecimiento de un programa de salud mental comunitario. El Ministerio de Salud puede cumplir un papel importante trayendo

*Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* • 57

expertos internacionales que capaciten a profesionales en terapia ocupacional y rehabilitaci6n psiquiatrica.

* + - 1. **Establecer parametros de tratamiento:** El Ministerio de Salud debe establecer por propia iniciativa normas minimas de tratamiento para instituciones y programas comunitarios. Estas normas pueden ser utilizadas para supervisar y evaluar programas.
			2. Impulsar cambios legislativos: Aun sin solicitar fondos adicionales, el Ministerio de Salud puede tomar un papel de liderazgo desarrollando politicas dirigidas a la reforma. Como parte de las obligaciones destinadas a crear un sistema de salud mental de base comunitario, el Ministerio puede impulsar una reforma legislativa (esta reforma deberfa incluir la modificaci6n de la ley de internaci6n civil de! Uruguay y establecer un efectivo control de calidad y mecanismos de supervision, puntos mencionados en las recomendaciones C y D). El Ministerio de Salud puede usar el proceso de reforma legal y el control de calidad como ejemplos utiles para familiarizar a la legislatura y a la poblaci6n con los *Principios de Salud Mental* y con los problemas de derechos humanos de las personas internadas en una instituci6n de salud mental. La coalici6n de un gran numero de funcionarios de! Ministerio de Salud, profesionales de la salud mental, usuarios de! sistema, familiares y grupos preocupados por el desarrollo de normas institucionales podria hacer publica la vida cotidiana de las personas internadas.
		1. **Involucrar a Ios usuarios del sistema en los esfuerzos de reforma:** Los ex usuarios y los actuates usuarios de! sistema de salud mental deben participar activamente en el proceso de reestructuraci6n del sistema de salud mental. Ellos no solo tienen derecho a opinar, sino que tambien cuentan con una experiencia invalorable para detectar las deficiencias de! sistema actual.
		2. **Presentar publicamente** a **la legislatura un plan para la implementaci6n de las reformas, incluyendo un presupuesto y un cronograma:** El Ministerio de Salud debe estimar el costo de implementaci6n del Plan Nacional de Reforma como de las recomendaciones de este informe, para conformar el sistema de salud mental con los *Principios de Salud Mental.* Es posible que el Uruguay deba invertir fondos adicionales para reestructurar el sistema de salud mental, en especial para crear servicios de salud mental comunitarios, y por ende el plan de implementaci6n debe incluir una estimaci6n realista de estos nuevos costos. El plan del Ministerio de Salud debe calcular tanto el costo de la creaci6n de servicios comunitarios como el aborro debido al cierre de las instituciones actuates.
	1. Internaci6n civil
		1. **Revisar la ley de salud mental** - La ley de salud mental necesita ser revisada urgentemente, a la luz del desarrollo del derecho internacional de las libertades civiles y los derechos humanos. En particular, la reforma de ley de salud deberfa:
			1. **Adoptar normas sustantivas** de internaci6n, de conformidad con los *Principios de Salud Mental.* La internaci6n civil debe limitarse a las personas con un diagn6stico

de enfermedad mental *bona fide,* mediando claras y convincentes pruebas de que, por razones de salud mental, estan en peligro o que constituyen un peligro para los demas.

* + - 1. Adoptar garantias procesales consecuentes con los *Principios de Salud Mental.* Estas disposiciones deben incluir el derecho a la revision de la internacion por un cuerpo judicial o cualquier otro organismo independiente, el derecho a apelar la internacion frente a un tribunal, el derecho a un abogado en el procedimiento de internacion, y el derecho a presentar pruebas.
			2. Establecer una revision peri6dica de la internaci6n en intervalos regulares establecidos por la ley. La ley tambien debe ser modificada de modo que los hospitales puedan dar de alta a pacientes involuntarios que no necesiten mas tratamiento psiquiatrico, sin necesidad de orden judicial alguna.
			3. Asegurar la vigencia de los derechos en las instituciones. La ley debe incorporar mecanismos de supervision para asegurar la total vigencia los derechos en las instituciones. *(Ver* D-1,2 y 3).
			4. Establecer mecanismos para poder denunciar e investigar abusos. La ley debe establecer un sistema para que los pacientes puedan informar sus quejas y denuncias sobre abusos. Debe instituirse un sistema independiente para investigar estos abusos.
	1. Condiciones de **las** instituciones
		1. Adoptar normas de tratamiento: Existe una urgente necesidad de adoptar una de serie de parametros profesionales que gufen las operaciones en los hospitales psiquiatricos. Hay muchos modelos posibles de estas normas aceptadas internacionalmente que podrian ser revisadas por el gobierno antes de ser adoptadas. Estas normas deben comprender todos los aspectos de! funcionamiento de un hospital psiquiatrico, incluyendo:
			1. practica de admision y de alta
			2. evaluacion individual y plan de tratamiento
			3. restriccion de las libertades de los pacientes
			4. proteccion contra dafios
			5. condiciones generates de vida de los pacientes internados
			6. indicaciones clfnicas para el uso de medicacion psicotropica y de terapia electroconvulsiva
			7. guias para la prescripcion de medicacion, incluida la prescripcion simultanea de

varios medicamentos (polifarmacia y cofarmacia)

* + - 1. evaluacion periodica y regular de los pacientes en vistas a la presencia de efectos colaterales de la medicacion

Las normas para el uso de medicaci6n deben incluir.

1. una polftica de prescripcion

J. procedimientos para la prescripcion

k. un manual de farmacia

*Derechos humanos y salud mental en el Uruguay* @ 59

I. informacion especifica sobre sustancias controladas

1. regimen de tratamiento con drogas psicotropicas
2. protocolo sobre medicacion para los pacientes
	* 1. Asegurar una amplia participacion en la elaboracion de las normas: Ademas de asegurar que estaran representadas las distintas perspectivas relevantes, la elaboracion de normas para las instituciones puede ser un modo de concientizar a la poblacion general acerca de estos temas y de las deficiencias de los hospitales psiquiatricos.
		2. Utilizar guias de tratamiento: Ademas de normas, psiquiatras de muchos pafses usan gufas de tratamiento. Estas gufas deben ser accesibles para todos los psiquiatras de! Uruguay. En la bibliografia se incluye una lista de gufas sugeridas.
		3. Emplear diagnosticos internacionalmente aceptados: Los proveedores de servicios de salud mental deben seguir la Clasificacion Internacional de Enfermedades 10 (ICD(lO)) o el recientemente aparecido Manual de Diagnostico y Estadfstica de Enfermedades Mentales IV (DSM IV) como clasificaciones establecidas con propositos de diagnostico. Esto debe reflejarse en las historias clfnicas.
		4. Desarrollar tratamientos sobre bases comunitarias: Ademas de los modelos en tratamientos enumerados en B-1, el tratamiento de un individuo \_debe pensarse dentro de! contexto de la familia, de la comunidad, y dentro de una red de prestatarios comprometidos y de grupos de apoyo.
		5. Revisar a fondo las practicas de medicacion y de terapia electroconvulsiva: Debe realizarse en las colonias y en otros hospitales publicos y privados una revision independiente de la medicacion y de las practicas de terapia electroconvulsiva, de conformidad con las normas internacionalmente aceptadas bajo los auspicios de la Organizacion Panamericana de la Salud (OPS) u otras organizaciones similares.
		6. Investigar las practicas de mercadeo e investigacion de las com p a ii fas farmaceu.ticas: Conjuntamente con la revision medica, la naturaleza de las practicas de mercadeo e investigacion de las compafifas farmaceuticas deben ser investigadas para determinar si es necesario llevar a cabo reformas.
		7. Mejorar las historias clfnicas y planes de tratamiento: Debe mejorarse sensiblemente el procedimiento para llevar y guardar historias clfnicas, de modo que los registros reflejen practicas internacionalmente aceptadas en cuanto al diagnostico, cuidados de enfermerfa, evaluacion de la medicacion y otros aspectos fundamentales de la historia clfnica. El derecho a un plan de tratamiento individual ha sido reconocido por los *Principios de Salud Mental,* y este derecho debe ser asegurado de modo cabal.
		8. **Establecer un sistema de aseguramiento de la calidad:** El aseguramiento de la calidad de los servicios debe constituir una parte integral de! sistema de prestacion de servicios. Existen en Estados Unidos yen otros pafses manuales de evaluacion de la utilizacion de servicios, que pueden servir de ejemplo para desarrollar un sistema propio.

60 • *Mental Disability Rights International*

* + 1. Establecer requisitos de educaci6n continuada: Deberia promoverse entre todos los profesionales de la salud mental la asistencia a cursos de capacitacion en su area de especial izacion. El estado deberia asegurar el dictado de estos cursos de modo de incorporar los avances intemacionales a la practica uruguaya.
		2. **Evaluar los problemas de motivaci6n de! personal:** Ademas de implementar las recomendaciones incluidas en este informe, es posible tratar los problemas de motivacion del personal en reuniones periodicas entre los trabajadores y la administracion de la instituciones. Deben ofrecerse oportunidades para escuchar las preocupaciones de! personal y para asegurar la participacion de] personal en los esfuerzos de reforma.
		3. **Combatir la estigmatizaci6n publica** y **la anomia en las instituciones:** Deben dirigirse esfuerzos de educacion publica para tratar los problemas de estigmatizacion asociados con la enfermedad mental. Deben ser oidas las quejas y preocupaciones de los usuarios del sistema.
	1. Supervision
		1. **Revisar anualmente las condiciones institucionales:** El estado debe establecer un procedimiento de revision regular de la calidad de los servicios de los hospitales y de conformidad con las normas profesionales. Cada hospital debe ser evaluado como minimo una vez al afio por un equipo de profesionales calificados, y el resultado de las evaluaciones debe ponerse a disposicion de organizaciones profesionales, familiares y grupos de usuarios, y del publico en general.
		2. **Establecer comites de derechos humanos:** Cada hospital debe establecer un comite de derechos humanos con una amplia representacion, no solo de profesionales de la salud mental, sino tambien de familiares, usuarios y otras organizaciones involucradas en el tema, para supervisar la vigencia de los derechos humanos en la institucion. Como minimo, estos comites deben tener acceso a la informacion vinculada con el fallecimiento de los pacientes, informes de abusos o maltrato, empleo de mecanismos de restriccion fisica o quimica y practicas de encierro, y quejas presentadas por pacientes o familiares respecto de la calidad de la atencion.
		3. Apoyar a los defensores de los usuarios y su familias: El estado debe prestar apoyo financiero para fomentar el desarrollo de organizaciones de consumidores y de familiares que controlen la calidad de los servicios psiquiatricos y de retardo mental disponibles en el ambiente menos restrictivo posible. En otros paises, los familiares de las personas con retardo mental han sido particularmente efectivos como grupos de defensa de los intereses de sus representados.
	2. Recomendaciones a los promotores y defensores de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales
		1. **Agrupar a un amplio grupo de individuos y organizaciones interesados en la reforma**

***Derechos humanos*** *y* ***salud mental en el Uruguay*** • 61


##### **del sistema:** Hay muchas personas y grupos interesados en modificar el sistema de salud mental. Los distintos sectores necesitan organizarse, quizas en una nueva coalici6n de grupos de familiares, prestadores de servicios comunitarios, profesionales (como por ejemplo los psiquiatras), defensores de derechos humanos, y otros. A traves de esta coalici6n, la salud mental puede convertirse en un tema de derechos humanos.

En otros paises, la reforma solo ha tenido lugar gracias al liderazgo de profesionales, Iideres gubernamentales y grupos de interesados, de modo que es necesario hacer un esfuerzo para unir a todos estos actores en el proceso de reforma y asegurar que jueguen un papel activo en ella.

* + 1. Restablecer el interes logrado alrededor del Programa Nacional de Salud Mental **1985-1986, que requerfa la creaci6n de servicios comunitarios:** A mediados de los ochenta, el *Programa Nacional de Salud Mental* movi6 a un amplio numero de sectores y personas interesadas. Tomando elementos de ese Programa y de la experiencia de la gente que lo formul6, se podria recuperar el espiritu que reinaba en el momento de su presentaci6n publica.
		2. **Concientizar al publico acerca de las condiciones de las instituciones** y **de las posibles alternativas a estas instituciones:** Las personas involucradas en esta causa pueden impulsar cambios tomando la iniciativa en cuestiones de educaci6n publica. Debe asignarse prioridad a la educaci6n de la poblaci6n sobre de las condiciones de las instituciones y sobre la existencia de alternativas a la hospitalizaci6n.

##### La comunidad internacional debe hacer esfuerzos por la vigencia de! derecho internacional de los derechos humanos:

* + 1. **El Relator Especial de las Naciones Unidas sobre Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidades** debe evaluar la situaci6n de las personas que sufren de discapacidad mental en el Uruguay, y los esfuerzos uruguayos para crear servicios y programas que ofrezcan a las personas con discapacidades mentales oportunidades plenas de trabajar y vivir en la comunidad. Este Relator Especial debe ofrecer asistencia tecnica al Uruguay para crear programas de servicios comunitarios y debe ayudar a crear ayuda financiera internacional para el desarrollo de dichos programas de servicios.
		2. **El Comite de Derechos Humanos de las Naciones Unidas** debe requerir al Uruguay que informe sobre los derechos de las personas con discapacidades mentales de acuerdo al PIDCP.

##### El Comite de Derechos Econ6micos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas debe requerir al Uruguay que informe sobre los derechos de las personas con discapacidades mentales bajo PIDESC.

62 111 *Mental Disability Rights International*

# Bibliografia Adicional

Durante las conversaciones que mantuvimos con los diferentes funcionarios y personas que trabajan en el sector de la salud mental en Uruguay, el equipo de! MDRI hizo referencia a varios documentos relacionados con el tratamiento psiquiatrico y otros temas universales de la psiquiatria. El siguente material proveera al lector una buena base bibliografica acerca de los temas discutidos en este informe. Se pueden obtener copias de los documentos no publicados mencionados abajo a traves de! MDRI, Washington College of Law, American University, 4400 Massachusetts Ave. NW, Washington, D.C. (favor enviar un cheque por US$5 para cubrir los costos de las fotocopias y el correo). Tambien es posible conseguir copias de estos documentos a traves de IELSUR en Montevideo, Uruguay. Todos los documentos estan publicados en ingles.

Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, United States Department of Health and Human Services, *Depression in Primary Care: Treatment of Major Depres­ sion,* 2 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE (1993) (publication no. 93-0551).

 , *Depression in Primary Care: Detection, Diagnosis, and Treatment,* CLINICAL PRACTICE GUIDELINE: QUICK REFERENCE GUIDE FOR CLINICIANS (1993) (publication no. 93-0552).

 , *Depression in Primary Care: Depression is a Treatable Illness,* CLINICAL PRACTICE GUIDELINE: A PATIENT'S GUIDE (1993) (publication no. 93-0553).

 , *Depression in Primary Care: Detection and Diagnosis,* 1 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE (1993) (publication no. 93-0550).

American Psychiatric Association, *Practice Guidelines for Major Depressive Disorder in Adults,*

150 AM. J. PSYCHIATRY (Supplement, April 1993).

Febrega, Jr., Horacio, *Hispanic Mental Health Research: A Case for Cultural Psychiatry,* 12 HISPANIC JOURNAL OF BEHAVIORAL SCIENCES 339 (1990).

Mezzich, Juan Enrique, Ruiz, Pedro, and Munoz, Rodrigo A., *Delivering Mental Health Services to Hispanic Americans: Clinical, Educational and Research Perspectives* (paper presented at the Center for Mental Health Services Conference on Hispanic Mental Health Care, December 2-4, 1993).

Rogler, Lloyd H., Cortes, Dharma E., *Help-Seeking Pathways: A Unifying Concept in Mental Health Care,* 150 AM. J. PSYCHIATRY 554 (1993).

South Bronx Mental Health Council, Inc., *Clozapine Protocol* (unpublished, August 1994).

 , *Controlled Substances Procedure* (unpublished, August 1994).

 , *Directives for the Prevention and Treatment of Tardive Dyskinesia* (unpublished, August 1994).

 , *General Protocol for all Patients on Psychotropic Medication* (unpublished, August 1994).

 , *Laboratory Procedure to be Followed with Patients that are on Psychotropic Medication* (unpublished, August 1994).

 , *Medication Policy* (unpublished, August 1994).

 , *Protocols for Patients on Psychotropic Medications* (unpublished, August 1994).

 , *Protocol for the Use of Lithium Carbonate* (unpublished, August 1995).