

El propósito de este documento es transmitir el trabajo desarrollado por esta Comisión en el último año, sus líneas centrales, la dirección de las mismas y los puntos críticos identificados en el proceso de implementación de la Ley.

La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental (en adelante CNCASM) se crea a partir del artículo 40 de la Ley de salud mental y su decreto reglamentario 226/018 del 16/07/2018, con amplia representación de instituciones y organizaciones sociales. Después de un primer ejercicio que culminó en septiembre de 2021, la Comisión actual es nombrada un año después, el 4 de julio de 2022, por Resolución del Poder Ejecutivo N° 30/022 (Ref. 001-33204-2021) y toma posesión el 18 de agosto de 2022.

Como criterio general, durante esta gestión, se acuerda el propósito de trascender las competencias de control sancionatorio, lo que sería una interpretación limitada de la función de contralor y de los cometidos asignados legalmente y poco ajustada a los desafíos que supone el proceso de cambio de modelo de atención a la salud mental, propuesto en la Ley 19529. Entendemos que tal proceso requiere, además de atender las denuncias y vigilar el cumplimiento de la normativa, asumir un rol pro activo que apunte a la mejora de las prácticas, incorporando la posibilidad de promoverlas y acompañarlas, en diálogo con los distintos prestadores de salud, centros de rehabilitación, dispositivos de vivienda, de inserción educativa y laboral. Tales propósitos suponen articulaciones intra e interinstitucionales, para ser cumplidos con eficacia, efectividad y eficiencia, relevando y promoviendo acuerdos con actores claves que operan en el campo de la salud y la salud

mental. Debe tenerse presente la necesidad de optimizar la aplicación de las estrategias de Atención Primaria de Salud (APS) en todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), garantizando el acceso con equidad a la atención en Salud Mental en todo el territorio nacional y la continuidad asistencial en los diferentes niveles, tendiendo a mejorar la calidad en las diferentes etapas del proceso, desde una perspectiva de derechos tal como lo determina la Ley.

En su Plan de Acción 2022-2023, la Comisión priorizó 5 líneas con sus respectivas actividades:

1) Monitoreo y seguimiento del cumplimiento de la Ley 19529 en prestadores de salud, estructuras y dispositivos de atención, apuntando a la mejora de las prácticas de intervención y acompañamiento del proceso de cambio de modelo. Ello significó responder con los atrasos de casi un año, actualizar los sistemas de registro y procedimientos de respuesta ante denuncias y hospitalizaciones involuntarias o prolongadas.

2) Fortalecimiento del funcionamiento de la Comisión. Se terminó de elaborar y aprobó el reglamento de funcionamiento de la comisión, se elaboró un protocolo o manual de inspecciones basado en los estándares de calidad de la atención en SM propuestos por la OMS y se hizo un arduo trabajo para mejorar la dotación de recursos humanos y materiales, habiéndose logrado la incorporación de personal administrativo, el segundo representante del Ministerio de Salud Pública y en tareas de apoyo un Procurador y una licenciada

en enfermería a tiempo parcial. Quedando pendiente otros cargos del organigrama propuesto. Para optimizar el desempeño de las acciones de la Comisión se crean subgrupos de trabajo, según la tarea o la intervención a realizar (algunos con carácter estable y otros con integración variable).

3) Fortalecimiento de la gestión interinstitucional e intersectorial. Se realizaron reuniones con Área programática de Salud Mental, Dirección General de Coordinación (DIGECOR) y Dirección General de Fiscalización (DIGEFI) del MSP, con la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (en adelante INDDHH) con la que se está trabajando en la elaboración de un protocolo de actuación conjunta. En 2023 se inició además un proceso de reuniones mensuales con la Dirección de Salud Mental de ASSE con el fin de obtener respuestas a las denuncias presentadas y monitorear la aplicación de la normativa vigente por parte del principal prestador público. Por último cabe señalar que en este período, la Comisión no ha sido nunca convocada como integrante de la Asesora de la Comisión Nacional Intersectorial de Salud Mental, que no se reúne desde fines del 2021.

4) Difusión de las acciones de la Comisión Nacional de Contralor en el cumplimiento de sus cometidos y en particular en el seguimiento de la implementación de la Ley N°19529. Se ha participado en distintos eventos, se ha tenido la iniciativa de tener encuentros con el sector salud y a nivel intersectorial, se han emitido comunicados de divulgación general. Se advierte, no obstante, un vacío en la reglamentación de la Ley respecto de la estructura necesaria para facilitar su funcionamiento y sostener actividades comunicacionales continuas.

5) Realizar evaluaciones e informes anuales. A fines de 2022 esta gestión elaboró y presentó su primera memoria anual ante el Ministerio de Salud Pública y las autoridades de las diferentes instituciones y organizaciones representadas en esta Comisión, tal como se hiciera en el período anterior.

Entre los datos disponibles generados al cierre de la memoria anual destaca que del total de internaciones informadas según normativa vigente, 71 corresponden a mujeres (32%) y 153 hombres (68%). (Tabla 1).

La gran mayoría se refieren a personas adultas y 6 casos a menores de 18 años (Tabla 2).

Tabla 1 | Notificaciones de ingresos ocurridos entre el 1 de agosto y 31 de diciembre de 2022 según género y tipo de hospitalización

Género	Involuntaria	Judicial	Voluntaria	Total
Mujer	24	28	19	71
Varón	74	60	19	153
Total	98	88	38	224

Tabla 2 | Notificaciones de ingresos ocurridos entre el 1 de agosto y 31 de diciembre de 2022 según rango de edad y tipo de hospitalización

Edad	Involuntaria	Judicial	Voluntaria	Total
Menores de 18 años	1	4	1	6
18 años y más	97	84	37	218
Total	98	88	38	224

En cuanto a la procedencia y prestadores de salud intervinientes (Tabla 3), 4 notificaciones proceden del interior (Maldonado, Rocha y Canelones) y 220 de Montevideo (Hospital Vilardebó Asociación Española, Sociedad Universal y Clínica Pocitos).

Las líneas de acción, en especial el monitoreo y seguimiento a los prestadores y las fuentes de información como inspecciones, denuncias, informes de prestadores e instituciones y seguimiento de casos, nos permiten detectar

las dificultades que consideramos puntos críticos en la implementación de la Ley y en el propio funcionamiento y cumplimiento de los objetivos de la Comisión. Sin la pretensión de abarcar la amplia gama de dificultades existentes en los diferentes ámbitos y niveles de atención, para garantizar el cumplimiento exitoso de todas las etapas de atención a la salud mental, nos proponemos señalar los aspectos más relevantes que afectan a todas las fases del curso de vida.

Tabla 3 | Notificaciones de ingresos ocurridos entre el 1 de agosto y 31 de diciembre de 2022 según departamento de procedencia y tipo de hospitalización

Depto. de Procedencia	Involuntaria	Judicial	Voluntaria	Total
Canelones	1	1	0	2
Maldonado	0	0	1	1
Rocha	0	1	0	1
Montevideo	97	86	37	220
Total	98	88	38	224

1. El trabajo intersectorial es uno de los aspectos más frágiles, reflejado por ejemplo en la lentitud con la que se han creado dispositivos y espacios de intervención que permitan el cierre definitivo de los servicios monovalentes, los procesos de rehabilitación y la inclusión social integral de las personas afectadas. Esto nos lleva a reiterar nuestra preocupación ante el vencimiento del plazo para cumplir con la meta establecida de cierre para el año 2025 (Art. 38 de la Ley N° 19529). Del mismo modo las insuficiencias en el trabajo intersectorial dificultan la promoción de salud y la detección temprana de los problemas de salud mental más prevalentes con inequidades territoriales.

2. La accesibilidad y continuidad de la atención: se observa una fragilidad en los servicios de Primer Nivel de Atención (PNA) y ambulatorios, aspecto que refuerza las inequidades entre el sector público y mutual además de las territoriales y enlentece el proceso de implementación de la ley. Se identifican esperas prolongadas, inadecuada coordinación interservicios, carencia de profesionales disponibles, problemas en el manejo interno de la información en algunas instituciones, que obliga a las personas a deambular sin encontrar la respuesta oportuna a su demanda.

3. Tratamiento integral individualizado. Se identifica la debilidad del sistema en la coordinación de las propuestas de tratamiento al alta de una internación psiquiátrica por un cuadro agudo, ya que muchas veces se proponen al paciente y la familia tratamientos ambulatorios y de rehabilitación que luego son difíciles de concretar por demoras o falta de dispositivos. Se observa un franco predominio de respuestas exclusivamente farmacológicas. Se destaca la necesidad de dispositivos de transición como el hospital de día y las casas de medio camino. Desde un enfoque de derechos, además, se debe promover la participación del usuario en las decisiones sobre su tratamiento, brindar

información actualizada y facilitar el acceso a los medios de denuncia institucionales y generales a través de la INDDHH, CNCASM.

4. Equipos de trabajo y trabajo en equipo Se constatan carencias en la disponibilidad de atención integral y equipos multidisciplinarios en todos los niveles de atención, particularmente en el sector privado, lo que refuerza las inequidades. También se puede comprobar la insatisfacción y el desgaste de los profesionales y de los equipos en el sector público. No conocemos propuestas de mejora que apunten a la atención de este problema, en particular en el sector especializado de salud mental. Falta información sobre el trabajo en el interior del país.

Estas dificultades en las prácticas de equipo se vinculan también con carencias en la educación interprofesional universitaria así como formación continua y prácticas de nivelación e inducción para el personal especializado.

5. Trabajo y contención con las familias de las personas con trastornos severos. Se trata de un motivo de solicitud de ayuda frecuente. Se evidencia en esta dimensión, una vez más, la carencia de un equipo sólidamente constituido, donde cada integrante, de manera coordinada, se pueda ocupar del área de su experticia y así dar apoyo y posibles soluciones a familiares y a los propios pacientes. Como consecuencia de lo ante dicho queda limitada la participación de la familia y/o referente en el plan de tratamiento y proceso de rehabilitación así como en el acceso a las prestaciones en salud mental orientadas a su acompañamiento.

6. La capacitación de los recursos humanos. Las brechas en la detección precoz y tratamientos oportunos, la necesidad de optimizar los recursos humanos y de avanzar en el modelo sobre el que se asienta la ley de salud mental requiere capacitación para la complementación de las diferentes disciplinas, técnicos y personal no técnico del equipo, la colaboración entre los equipos generales y los

especializados en salud mental y la integración al trabajo en territorio de diferentes actores sociales. Esta formación debe transversalizar los diversos niveles de enseñanza, desde el nivel de grado, posgrado hasta la educación continua o permanente.

7. Compatibilizar la legislación nacional con el cambio de paradigma.

a. Al amparo del Art. 443 del Código Civil las personas declaradas incapaces que se encuentran institucionalizadas en centros asilares que no tengan un curador particular, permanecen bajo la curatela del Director del establecimiento. Al no existir un curador particular o individual, se perpetúa la situación de internación de estos pacientes. Se hace necesario crear una figura alternativa que jurídicamente brinde las garantías de protección de estas personas, para ser posible su externación. Tenemos conocimiento que existen antecedentes de un borrador de proyecto para atender esta problemática en el marco de la Comisión Nacional de Patronato.

b. Pacientes judiciales. El área específica de los pacientes internados por orden judicial abarca diferentes categorías, con la comisión o no de un delito en el contexto de la enfermedad. Se da la situación paradójica de que hay personas con trastornos severos que llevan periodos de institucionalización que superan el tiempo correspondiente a la eventual sanción penal, sin que se contemplen proyectos de externación. En la Ley este problema no ha sido suficientemente contemplado. Para avanzar en este tema, exhortamos a la investigación del estado actual de casos y sugerimos al nivel académico que este problema se incluya entre las líneas y propuestas de investigación y producción de conocimiento. En esta dirección se ubica el último informe temático: *Privación de libertad, inimputabilidad por condiciones de salud mental y medidas de seguridad curativas desde el enfoque de derechos humanos* del Mecanismo de Prevención de la Tortura de la INDDHH. En el mismo sentido sugerimos a

las organizaciones la elaboración de proyectos de desarrollo, tendientes a crear dispositivos con condiciones de vida digna para el egreso de personas inimputables, internadas en los centros monovalentes, existiendo actualmente algunos ejemplos conocidos (Casa El Trébol y Cooperativa Dodicci).

8. Breves consideraciones específicas sobre las infancias y adolescencias.

Se ha realizado una inspección en un Centro Residencial para adolescentes en el cual se detectan dificultades edilicias y de confort así como necesidad de mayor privacidad para las pertenencias de los y las adolescentes. Se entiende que este es un capítulo que requiere mayor profundización. Se destaca el trabajo hecho por la INDDHH con respecto a la generación de estándares de calidad en la atención en salud mental en estas etapas siendo necesario que estos se apliquen de manera sistemática. La Comisión se propone establecer vínculos con INAU y aproximarse a sus líneas de trabajo en salud mental.

9. Sobre las Comunidades y lo comunitario.

Hemos escuchado en estos últimos tiempos la puesta en valor de la comunidad y lo comunitario como espacio de construcción de la salud mental, como lo hace por ejemplo la campaña recientemente lanzada desde la INDDHH, el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Sin duda la Comisión reconoce que este es uno de los elementos centrales del modelo plasmado en la Ley de Salud Mental. Pero a la vez, entiende necesario considerar que el paradigma de trabajo en comunidad no es nuevo en nuestro país, sino que lleva muchas décadas, al menos desde fines de los 80s. Cabe recordar que la Universidad de la República y los efectores públicos han trabajado bajo este enfoque desde el año 1985 y que los primeros equipos de salud mental en las comunidades se crean en el año 1996 con el financiamiento del cierre del Hospital Musto. Hay una historia, una trayectoria y por lo tanto un aprendizaje de los efectores

que han ido acumulando experiencia sobre ello, aun cuando los cambios hayan sido lentos.

Lo comunitario, como el territorio, expresa el ámbito donde se juegan los determinantes sociales y estructurales de la salud y la salud mental, el espacio donde transcurre la vida cotidiana y donde se fraguan los vínculos entre las personas. El trabajo comunitario se construye todos los días a partir de los vínculos y alianzas entre múltiples ámbitos que incluyen personas, organizaciones, instituciones y estamentos del gobierno que deben estar fuertemente comprometidos. Supone un intenso trabajo intersectorial y de gobernanza multinivel en todas las dimensiones territoriales, desde la nacional a la local, con una fuerte voluntad política, que es en definitiva de la que dependen gran parte de los recursos, sobre todo los financieros.

Es importante reivindicar la comunidad como un espacio de producción de salud sin idealizarla en la medida que en ella se expresa una diversidad de problemas que afectan

la salud y la salud mental, atravesada por cuestiones de poder, múltiples desigualdades, injusticias y vulnerabilidades. De hecho, en estos espacios fuertemente deteriorados en los últimos años, se explica mucha de la emergencia de los peores sufrimientos humanos. La reivindicación de la comunidad como ámbito de construcción de la salud debe estar dirigida a fortalecer los abordajes de primer nivel, tan necesarios en este campo, como en todo el campo de la salud, evitando delegar la responsabilidad de la resolución de los problemas exclusivamente a las poblaciones.

Cuando hablamos de la comunidad y lo comunitario no podemos obviar la importancia de trabajar sobre las desigualdades y niveles de determinación social de la salud y de la salud mental con la participación activa de las personas, de las instituciones y de las redes asociativas.

Montevideo, diciembre 2023