



REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
CÁMARA DE SENADORES
SECRETARÍA

Carpeta Nº 426 de 2015

Repartido Nº 354

Octubre de 2016

SALUD MENTAL

Desde una perspectiva de Derechos Humanos en el marco del
Sistema Nacional Integrado de Salud

- Proyecto de ley sustitutivo aprobado por la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores
- Informe de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores
- Mensaje y proyecto de ley del Poder Ejecutivo
- Disposiciones citadas

XLVIIIa. Legislatura

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

PROYECTO DE LEY

Salud Mental desde una perspectiva de derechos humanos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. (Objeto).- La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2º. (Definición).- A los efectos de la presente ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental.

Se define el trastorno mental como la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno.

Artículo 3º. (Principios rectores).- Son principios rectores de la protección de la salud mental, concebida como inseparable de la protección integral de la salud:

- a) Reconocer a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular.

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

- b) La dignidad humana y los principios de derechos humanos constituyen el marco de referencia primordial de todas las medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de cualquier otra índole y en todos los ámbitos de aplicación que guarden relación con la salud mental.
- c) La promoción, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- d) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios.
- e) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- f) La calidad integral del proceso asistencial con enfoque interdisciplinario, que de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- g) El logro de las mejores condiciones posibles para la preservación, mejoramiento e inserción social de la persona.
- h) Debe considerarse que el estado de la persona con trastorno mental es modificable.
- i) La posibilidad de autodeterminarse y la ausencia de riesgo para la persona y para terceros.
- j) La vinculación de la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable.
- k) Los demás principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, determinados en los artículos 3º y 4º de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, que sean aplicables.

Artículo 4º. (Principio de no discriminación).- No se presumirá trastorno mental sin base en un diagnóstico profesional aceptado por la comunidad científica y nunca en consideración exclusiva a:

- a) Estatus político, socio-económico o pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- b) Solicitudes familiares o laborales.
- c) Falta de conformidad o adecuación con los valores prevalentes en la comunidad en que vive la persona.
- d) Orientación sexual o identidad de género.
- e) Mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

Artículo 5º. (Consumo problemático de sustancias psicoactivas).- El consumo problemático de sustancias psicoactivas será abordado en el marco de las políticas de salud mental.

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

CAPÍTULO II

DERECHOS

Artículo 6°. (Derechos).- La persona con trastorno mental tiene derecho

a:

- a) Ser tratada con el respeto debido a la dignidad de todo ser humano.
- b) Ser percibida y atendida desde su singularidad, con respeto a su diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología y religión.
- c) Ser reconocida siempre 'como sujeto de derecho, con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión sobre la misma y su salud.
- d) Recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.
- e) Ser tratada con la alternativa terapéutica indicada para su situación que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
- f) Recibir información completa y comprensible inherente a su situación, a los derechos que la asisten y a los procedimientos terapéuticos incluyendo, en su caso, alternativas para su atención.
- g) Tomar, por sí o con la participación de familiares, allegados o representantes legales, decisiones relacionadas con su atención y tratamiento.
- h) Solicitar el cambio de profesionales o de equipo tratante.
- i) Estar acompañada, durante y después del tratamiento, por sus familiares, otros afectos o quien la persona con trastorno mental designe, de acuerdo al procedimiento indicado por el equipo tratante.
- j) Acceder a medidas que le permitan lograr la mayor autonomía, así como a las que promuevan su reinserción familiar, laboral y comunitaria. La promoción del trabajo constituye un derecho y un recurso terapéutico.
- k) Acceder por sí o a través de sus representantes legales, a su historia clínica.
- l) En caso de requerir permanencia en régimen de hospitalización, a ejercer sus derechos y obligaciones como cualquier otra persona usuaria de los servicios de salud del prestador correspondiente.
- m) Que las condiciones de su hospitalización sean supervisadas periódicamente por la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, que se crea en la presente ley.
- n) Ser protegida de todo tipo de explotación, estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante.
- o) Ejercer su derecho a la comunicación y acceder a actividades culturales y recreativas.
- p) Ser atendida en un ambiente apto, con resguardo de su intimidad y privacidad.
- q) Que se preserve su identidad y a no ser identificada o discriminada por un trastorno mental actual o pasado.

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

- r) No ser objeto de investigaciones clínicas ni de tratamientos experimentales sin el consentimiento informado.
- s) No ser sometida a trabajos forzados y recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados.
- t) Contar con asistencia letrada cuando se compruebe que la misma es necesaria para la protección de su persona y bienes. Si fuera objeto de una acción judicial, deberá ser sometida a un procedimiento adecuado a sus condiciones físicas y mentales.

CAPÍTULO III

AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Artículo 7°. (Rectoría).- Compete al Ministerio de Salud Pública la aplicación de la presente ley, a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud públicos y privados.

Artículo 8°. (Plan Nacional de Salud Mental).- El Ministerio de Salud Pública elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental de acuerdo a lo establecido en la presente ley y en la reglamentación respectiva.

Artículo 9°. (Formación profesional).- El Ministerio de Salud Pública desarrollará recomendaciones dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en la atención de la salud, para que sus actividades educativas se adecuen a los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos y en la calidad de la atención.

Asimismo, promoverá instancias de capacitación y actualización permanente para los profesionales en base a los mismos criterios.

Artículo 10. (Investigación).- Se promoverá la investigación en salud mental.

Toda investigación que se desarrolle en el campo de la salud mental que involucre a seres humanos, deberá ajustarse estrictamente a la normativa vigente nacional e internacional a la que adhiere el país.

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

CAPÍTULO IV

INTERINSTITUCIONALIDAD

Artículo 11. (Coordinación).- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura, los organismos a cargo de las personas privadas de libertad y otros competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurren al mismo objetivo. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización.

Las acciones que se implementen contemplarán mecanismos de participación social, en particular de las organizaciones de personas con trastorno mental y de las de sus familiares.

Artículo 12. (Capacitación e inserción laboral).- Las políticas de trabajo de las personas con trastorno mental, promoverán:

- a) La inserción laboral de calidad y ajustada al perfil y posibilidades de sostenibilidad de la persona.
- b) Facilidades para el ejercicio de una actividad remunerada.
- c) Fomento de emprendimientos autónomos, cooperativas de trabajo y similares.
- d) Cursos específicos de formación laboral y profesional con certificaciones válidas en el mercado de trabajo abierto; talleres de sensibilización para los trabajadores en general y, especiales para los de empleos con apoyo y trabajo protegido, entre otras.

Se estimulará el reintegro al lugar de trabajo de las personas que hayan tenido trastorno mental, promoviendo el ajuste razonable de las actividades para favorecer la reincorporación.

Artículo 13. (Acceso a vivienda).- Se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda en apoyo a la integración a la comunidad y promoción de la autonomía de las personas con trastorno mental severo, que incluya:

- a) Programas que contemplen una gama de modalidades habitacionales con dispositivos que contengan diferentes propuestas entre máxima

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

protección y autonomía como son entre otras las cooperativas de viviendas y Mevir.

- b) Fortalecimiento de las estrategias del sistema a través de equipos interdisciplinarios de apoyo y referencia.
- c) La inclusión de aquellas familias con niñas, niños o adolescentes portadores de trastornos mentales.

Se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.

Artículo 14. (Inclusión educativa y cultural).- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos competentes, velará porque se favorezca la integración educativa de las personas con trastorno mental y promoverá y facilitará el acceso de ellas a todas las actividades y expresiones culturales.

En particular en el caso de niñas, niños y adolescentes, deberá protegerse el derecho a la educación a lo largo de todo el ciclo educativo, contemplando las necesidades específicas de acuerdo a la severidad de su trastorno y las condiciones sociofamiliares y culturales.

CAPÍTULO V

ABORDAJE

Artículo 15. (Integralidad de las prestaciones).- Las prestaciones de salud mental que apruebe el Ministerio de Salud Pública formarán parte de los programas integrales de salud para su aplicación en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 16. (Niveles de atención).- La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública definirá los tipos de dispositivos que deben conformar la red de servicios, establecerá las competencias de cada uno de ellos y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona.

En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental.

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Artículo 17. (Ámbito de atención).- El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

Artículo 18. (Redes territoriales).- Se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental.

Artículo 19. (Equipos interdisciplinarios).- La atención en salud mental estará a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. Cuando ello no sea posible porque no se cuente con los recursos humanos suficientes para dar cumplimiento a esta disposición, aplicará lo establecido en la reglamentación de la presente ley.

Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes del proceso asistencial.

Artículo 20. (Salud y capacitación de recursos humanos).- Se garantizará que los trabajadores que integren los equipos asistenciales de salud mental tengan la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que componen el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas.

Artículo 21. (Rehabilitación).- Las estrategias y programas de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital.

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

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Artículo 23. (Consentimiento informado).- Se requerirá el consentimiento informado de la persona para la realización de las intervenciones, biológicas y psicosociales, propuestas en la estrategia terapéutica, el que deberá ser obtenido de conformidad y con las garantías y excepciones dispuestas por el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, la presente ley y demás normativa aplicable. En el caso de niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales se requerirá el consentimiento informado del padre, madre o tutor y de acuerdo a la edad y condición mental del sujeto, se solicitará su consentimiento.

Es obligación de los profesionales intervinientes brindar información sobre la naturaleza del trastorno mental, diagnóstico y tratamiento propuesto, beneficios esperados y posibles riesgos de este, eventualidad de hospitalización, condiciones y finalidad de la misma.

La información deberá ser suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona, teniendo en cuenta su singularidad biopsicosocial y cultural. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

El consentimiento informado se hará constar en la historia clínica, al igual que la ausencia de él en los casos en que lo autorice la normativa aplicable.

Artículo 24. (Hospitalización).- La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restringido, deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible.

Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos con fundamentos técnicos reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en unidades especializadas en psiquiatría ubicadas en hospital o sanatorio general y en el caso de niñas, niños y adolescentes en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales.

En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda.

Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas.

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Artículo 25. (Extensión de la cobertura).- La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura, cualquiera sea la edad de la persona usuaria.

Artículo 26. (Modalidades de hospitalización).- Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria.

Artículo 27. (Requisitos previos).- Toda indicación de hospitalización deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico.
- b) Obtención del consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, tramitado según lo dispuesto en el artículo 23 de la presente ley.

Artículo 28. (Hospitalización voluntaria).- Cuando profesionalmente se determine la conveniencia de tratar a la persona con trastorno mental a través de hospitalización, se alentará su ingreso voluntario, brindándole oportunidad de elección entre posibles alternativas.

La persona hospitalizada voluntariamente podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, al momento de gestionar el consentimiento informado para la hospitalización, se le debe hacer saber a la persona que los profesionales intervinientes podrán impedir su externación si se dieran las condiciones para una hospitalización involuntaria que se establecen en el artículo 30 de la presente ley.

Artículo 29. (Deber de notificación).- El Director Técnico del prestador de salud a cargo deberá comunicar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental las hospitalizaciones voluntarias que se prolonguen por más de cuarenta y cinco días corridos, dentro de las setenta y dos horas de vencido dicho plazo.

Artículo 30. (Hospitalización involuntaria).- La persona sólo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando:

- a) Por un trastorno mental presente, exista riesgo grave de daño inmediato o inminente para la persona o para terceros.

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

- b) El trastorno mental sea severo, esté afectada su capacidad de juicio y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que solo pueda aplicarse mediante la hospitalización.

Artículo 31. (Formalidades para hospitalización involuntaria).- La hospitalización involuntaria de una persona con trastorno mental solo podrá tener fines terapéuticos y se ajustará a las siguientes formalidades:

- a) Declaración firmada por el familiar más cercano, allegado o representante legal si lo hubiera, solicitando su hospitalización y expresando su conformidad con la misma.

Si no hubiera familiar, allegado ni representante legal, o habiéndolos se negaran a consentir la hospitalización y se dieran los supuestos del artículo 30 de la presente ley, se podrá realizar cumpliendo únicamente con el dictamen profesional a que refiere el literal siguiente del presente artículo.

- b) Dictamen profesional del servicio de salud que realice la hospitalización, determinando la existencia de los supuestos establecidos en el artículo 30 de la presente ley, firmado por dos profesionales médicos que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser especialista en psiquiatría. En el abordaje terapéutico posterior deberá intervenir un equipo interdisciplinario.
- c) Informe sobre las instancias previas implementadas, si las hubiere.

Artículo 32. (Carga de la notificación).- Toda hospitalización involuntaria deberá ser notificada por el Director Técnico del prestador a cargo, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez competente dentro de las veinticuatro horas siguientes, con los fundamentos que sustenten la misma y las constancias a que refiere el artículo 31 de la presente ley.

El juez podrá requerir, en caso de considerarlo necesario, información ampliatoria a los profesionales tratantes o indicar peritajes externos que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a confirmar los supuestos que justifiquen la medida.

Artículo 33. (Hospitalización por orden judicial).- El juez competente podrá disponer una hospitalización involuntaria cuando cuente con un informe médico que la justifique.

El juez podrá, en cualquier momento, pedir al prestador a cargo de la hospitalización información sobre el curso del proceso asistencial, a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de la medida.

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Cuando estén dadas las condiciones para el alta de la persona, el Director Técnico del prestador deberá notificarlo a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez. Éste deberá expedirse al respecto en un plazo no mayor a tres días hábiles a contar desde el día siguiente al de la notificación.

Artículo 34. (Hospitalización de niñas, niños y adolescentes).- El juez sólo podrá disponer la hospitalización involuntaria de niñas, niños y adolescentes de conformidad con lo dispuesto por el artículo 121 de la Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 323 de la Ley N° 19.149, de 24 de octubre de 2013.

Artículo 35. (Notificación de hospitalización por orden judicial).- En todos los casos de hospitalizaciones por orden judicial, el Director Técnico del prestador a cargo deberá notificar, dentro de las primeras veinticuatro horas, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental.

Artículo 36. (Alta y permiso de salida).- El alta y el permiso de salida son facultad del médico tratante, sin perjuicio de los derechos de la persona hospitalizada voluntariamente y de las competencias del juez respecto de hospitalizaciones ordenadas por él.

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

Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y, en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.

Artículo 38. (Establecimientos asilares y monovalentes).- Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados, desde la entrada en vigencia de la presente ley. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley,

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Queda igualmente prohibida, a partir de la vigencia de la presente ley, la internación de personas con trastorno mental en los establecimientos asilares existentes. Se establecerán acciones para el cierre definitivo de los mismos y la transformación de las estructuras monovalentes. El desarrollo de la red de estructuras alternativas se debe iniciar desde la entrada en vigencia de esta ley.

CAPÍTULO VI

DEL CONTRALOR

Artículo 39. (Creación).- Créase la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con los cometidos que le atribuye la presente ley.

Artículo 40. (Cometidos).- Son cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

- a) Controlar, en todo el territorio nacional, el cumplimiento de la presente ley, particularmente en lo que refiere al resguardo del ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.
- b) Supervisar de- oficio o por denuncia de particulares las condiciones de las personas hospitalizadas por razones de salud mental y en dispositivos residenciales públicos y privados, incluyendo las sujetas a procedimientos judiciales.
- c) Requerir a las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud, información que permita evaluar las condiciones en que se realiza la atención en salud mental, con la debida protección a los derechos de los usuarios.
- d) Controlar que las hospitalizaciones no se prolonguen más allá del tiempo mínimo necesario para cumplir con los objetivos terapéuticos y que las involuntarias se encuentren debidamente justificadas.
- e) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad e inimputabilidad y durante la vigencia de dichas declaraciones.
- f) Inspeccionar periódicamente los establecimientos públicos y privados donde se realicen hospitalizaciones de personas con trastorno mental, en los términos que establezca la reglamentación.
- g) Recibir y dar trámite a las denuncias respecto del funcionamiento de los servicios de salud mental realizadas por usuarios, sus familiares, los actores involucrados en el proceso asistencial y de terceros.

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

- h) Requerir la intervención judicial o de otros organismos competentes ante situaciones del proceso asistencial que no se ajusten a las disposiciones de la presente ley y su reglamentación.
- i) Hacer recomendaciones al Ministerio de Salud Pública y participar en las instancias de discusión sobre normativa aplicable a la atención de la salud mental.
- j) Informar al Ministerio de Salud Pública, con la periodicidad que determine la reglamentación, sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.
- k) Llevar un registro sistematizado de sus actuaciones en cumplimiento de la presente ley, que incluya los resultados de las mismas.
- l) En coordinación con la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, difundir en la comunidad, con la mayor amplitud posible, información sobre las normas aplicables a la atención en salud mental, particularmente las que refieren a los derechos humanos de las personas con trastorno mental, así como sobre los dispositivos para la protección de los mismos a nivel nacional e internacional.
- m) Dictar su reglamento interno de funcionamiento.

Artículo 41. (Integración).- La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

- a) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales deberá acreditar conocimiento, formación y experiencia en el tema de la salud mental. Uno de ellos la presidirá.
- b) Tres miembros representantes de la Universidad de la República designados uno a propuesta de la Facultad de Medicina, otro a propuesta de la Facultad de Psicología y otro a propuesta de la Facultad de Derecho. Se observará que todos estén vinculados a la temática de la presente ley.
- c) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los trabajadores de la salud mental.
- d) Un miembro representante de las sociedades científicas vinculadas a la salud mental.
- e) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental.
- f) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los familiares de las personas con trastorno mental.
- g) Un representante de las organizaciones de la sociedad civil en salud mental y derechos humanos.

Por cada representante titular, se designará un alterno.

Artículo 42. (Descentralización).- Los cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tienen alcance nacional. Para su

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

efectiva ejecución en ese ámbito contará con el apoyo de las Direcciones Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública. La reglamentación determinará su forma de relacionamiento.

Asimismo, la Comisión fomentará la articulación en el territorio con otras instancias participativas del ámbito sanitario y social.

Artículo 43. (Duración del mandato).- La duración del mandato de los representantes titulares y alternos será de tres años, contados a partir de la fecha en que asuman sus respectivos cargos. Sin perjuicio de ello la delegación del Poder Ejecutivo podrá modificarse en todo momento.

Artículo 44. (Quorum).- Para sesionar, la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental requerirá la presencia de siete de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del Cuerpo. En caso de empate, el voto del Presidente se computará doble.

Artículo 45. (Competencia del presidente).- Compete al Presidente de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

- a) Presidir las sesiones de la Comisión.
- b) Ejecutar las resoluciones de la Comisión.
- c) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Comisión, dando cuenta de ellas en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad, será necesario el voto de por lo menos ocho de los miembros de la Comisión.
- d) Representar al organismo y suscribir todos los actos en que intervenga el mismo.
- e) Las demás tareas que le sean encargadas por la Comisión.

Artículo 46. (Protección especial).- Encomiéndase especialmente a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo creada por la Ley N° 18.446, de 24 diciembre de 2008, defender y promover los derechos de las personas reconocidos en la presente ley.

CAPÍTULO VII

DEROGACIÓN Y ADECUACIÓN

Artículo 47.- Derógase la Ley N° 9.581, de 8 de agosto de 1936 y demás disposiciones que se opongan a lo establecido en la presente ley.

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Artículo 48.- Efectúanse las siguientes adecuaciones en la normativa vigente:

- a) La remisión efectuada por los artículos 40 y 46 de la Ley N° 14.294, de 31 de octubre de 1974, debe entenderse realizada a la presente ley.
- b) La remisión efectuada por el artículo 35, literal B) del Decreto Ley N° 15.032, de 7 de julio de 1980 (Código del Proceso Penal), debe entenderse realizada a la presente ley.
- c) La remisión efectuada por el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, debe entenderse realizada al artículo 23 de la presente ley.

Sala de la Comisión, a 4 de octubre de 2016.

IVONNE PASSADA
Miembro Informante

GUILLERMO BESSOZZI
(con salvedades)

DANIEL BIANCHI

JAVIER GARCÍA
(con salvedades)

DANIEL GARÍN

MARCOS CARÁMBULA

MÓNICA XAVIER

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

INFORME

Al Senado:

Con fecha 14 de diciembre de 2015 el Poder Ejecutivo actuando en Consejo de Ministros, envía al Parlamento el proyecto de ley que garantiza, en el marco del Sistema Integrado de Salud el derecho a la protección de la salud mental de todos los habitantes del país.

El Estado es el responsable de crear las condiciones para su efectivo ejercicio y cumplimiento en todo el territorio, creando las condiciones para una protección integral de la salud como derecho humano fundamental.

En el Uruguay todas las normas existentes en materia de salud mental que están vigentes datan de la primera mitad del siglo XX, las cuales se encuentran en la Ley Nº 9581, de 8 de agosto de 1936, donde aparece la figura del psicópata plasmada en esa ley y que ha estigmatizado hasta el día de hoy a los pacientes que deben asistir desde el punto de vista de su salud mental.

Durante el año 1986 un Plan de Salud Mental que aún mantiene vigentes algunas de sus propuestas, la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, con varios movimientos de usuarios y familiares, conjuntamente con el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2010 de la Organización Mundial de la Salud, fueron indicando la urgente necesidad de una reforma profunda, integral, que cuidara aspectos normativos, técnicos, modelos de atención y modelos asistenciales que construyeran un nuevo paradigma en materia de salud mental.

De esa convocatoria donde actores sociales, académicos, el Área Programática para la atención en salud mental del MSP, instituciones de familiares, la UDELAR en todas sus disciplinas, usuarios, ASSE con su Unidad de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, Organizaciones No Gubernamentales, Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, Poder Judicial, entre muchos más que fueron enunciados en este proyecto de ley nos dan la certeza de que la elaboración de este proyecto ha tenido la mirada integral de todos los involucrados. El legislador ha tenido las facilidades de interpretarlas con todos estos aportes.

En la discusión del proyecto de ley de Salud Mental en la propia Comisión de Salud del Senado, surgió la necesidad de modificación de su carátula contemplando la mirada de derechos humanos, por: "Salud Mental desde una perspectiva de Derechos Humanos en el marco del Sistema Integrado de Salud", justamente para reforzar los derechos

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

Estamos frente a un proyecto de Ley que se inspira en modificar la vida de las personas que en forma injusta sufren a diario la discriminación desde el acceso a servicios, educación, vivienda, oportunidades laborales, a dejar la opción de vida del encierro por abandono familiar, o quizás por estar estigmatizados por nosotros mismos, a la conflictiva relación que culturalmente se hace entre capacidad o discapacidad, entre cordura y locura, es brindarle la posibilidad de auto determinarse a dichos pacientes.

En el desarrollo del articulado iremos viendo que el cambio de modelo de atención se deberá trabajar para que los pacientes sean capaces de tomar sus propias decisiones, a menos que pruebe lo contrario, y los prestadores de salud mental deberán comprender que los pacientes con trastorno mental pueden tomar sus decisiones.

En ese sentido son claros los Principios de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud elaboró: “10 Principios básicos de las normas para la atención de la Salud Mental”, donde se prioriza preservar la dignidad del paciente, tener en cuenta técnicas que ayuden a los pacientes a arreglárselas con los deterioros, reducir el efecto de los trastornos y mejorar su calidad de vida.

Mejorar la vida de las personas que están incorporadas en planes de Salud Mental es atender las poblaciones más vulnerables, donde la legislación debe ser celosa guardiana de proteger a dicha población, demostrando como muy bien dice la Organización Mundial de la Salud “las personas con trastornos mentales son, o pueden ser, particularmente vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos”. (OMS, 2006 pág. 1)

Por eso, el objetivo central de este proyecto de ley es el ejercicio pleno del derecho a la salud mental para todos los habitantes del país, pero con un objetivo central: promover la salud y prevenir los trastornos mentales, de forma tal que el mismo este incluido en el Sistema Nacional Integrado de Salud, desde un modelo comunitario, que deberá organizarse por redes, por niveles de atención, donde el primer nivel de atención jugara un rol fundamental en todo este proceso.

Todas las instituciones vinculadas a la salud mental deberán comprender el cambio de modelo de atención para facilitar, promover, proteger y asegurar que las libertades y la igualdad en materia de derechos humanos para las personas con trastornos mentales es eso... Un derecho.

Se deberá promover la salud mental como parte de la promoción de la salud en general, no podemos ver aislado este proceso, se deberá actuar directamente en las condiciones que favorezcan el bienestar mental de aquellos que pueden estar en riesgo, los que la padecen y los que ya están en plena recuperación.

En el marco de los acuerdos internacionales de todos los Organismos Gubernamentales vinculados al tema de la salud, se trabaja en reducir la

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales y el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental.

Las modificaciones propuestas en el nuevo abordaje de la atención de la salud mental que se propone en este proyecto, está inspirado en documentos internacionales y nacionales que tienen como principio rectores los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud y en las definiciones programáticas del gobierno nacional en esta materia específicamente.

Otro elemento a destacar del proyecto de ley, es presumir trastorno mental exclusivamente en base a factores que no hacen al diagnóstico profesional específico, como pueden ser las causas sociales, presiones familiares o laborales, discriminaciones de todo tipo, estereotipos, el mismo deberá ser resguardado por toda la comunidad científica.

También es de destacar que el consumo problemático de sustancias psicoactivas legales o ilegales, será abordado como parte integrante de las políticas de salud mental, teniendo en todos sus términos los derechos y garantías de la presente ley para las personas que se encuentran en un consumo problemático de sustancias psicoactivas.

El proyecto de ley tiene dentro de su articulado un nuevo paradigma en materia de salud mental y será un hecho histórico, es que a partir de la promulgación de esta ley, se dará el cierre progresivo de las estructuras asilares monovalentes las que son exclusivamente psiquiátricas, lo que se ha dado en llamar la “desmanicomialización”, desaparece la figura del psicópata y reiteramos, se irán cerrando las estructuras asilares y monovalentes.

Por eso Sr. Presidente esta Asesora aconseja la aprobación de este proyecto de ley en discusión.

Sala de la Comisión, a 4 de octubre de 2016.

IVONNE PASSADA
Miembro Informante

PRESIDENCIA DE LA ASAMBLEA GENERAL	
Recibido a la hora	15.00
Fecha	14/12/15

CM/ 257

Ministerio de Salud Pública

CAMARA DE SENADORES	
Recibido a la hora	11.30
Fecha	15/12/15
Carpeta N°	426/15

MINISTERIO DEL INTERIOR

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA

MINISTERIO DE TURISMO

MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO

TERRITORIAL Y MEDIO AMBIENTE

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, 14 DIC 2015

SEÑOR PRESIDENTE DE LA ASAMBLEA GENERAL

El Poder Ejecutivo actuando en Consejo de Ministros tiene el honor de remitir a ese Cuerpo el adjunto Proyecto de Ley, el cual tiene por objeto garantizar, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país-----

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La protección integral de la salud es un derecho humano fundamental y el Estado es responsable de crear las condiciones para su efectivo ejercicio en todo el territorio nacional.-----

La salud mental, entendida como un proceso dinámico determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, es parte inseparable de la salud integral.-----

Las políticas de salud mental, que tienen que contemplar la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, deben estar sustentadas por un marco jurídico adecuado a los tiempos, los avances en los conocimientos científicos y tecnológicos, así como una perspectiva que incorpore los derechos humanos de todas las personas y en especial de aquellas con trastorno mental.-----

En Uruguay, las normas sobre salud mental vigentes datan de la primera mitad del siglo XX, centradas en la Ley Nro. 9.581 de 8 de agosto de 1936, que organiza "la asistencia a psicópatas". Entre ella y las recomendaciones realizadas por organismos internacionales y numerosos documentos nacionales, existe una brecha considerable que es necesario superar.-----

La Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, así

Ministerio de Salud Pública

como los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptados por la Asamblea General en su Resolución Nro. 46/119 del 17 de diciembre de 1991, fueron fundamentales para apoyar la larga historia de reclamos promovidos por los movimientos que impulsan la modificación de los sistemas de atención en salud mental en las Américas. La primera promueve los servicios de salud mental comunitarios e integrados, y sugiere una reestructuración de la atención psiquiátrica existente. Señala, asimismo, que los recursos, la atención y el tratamiento de las personas con discapacidad deben garantizar su dignidad y derechos humanos, proporcionar un tratamiento adecuado y racional, y destinar esfuerzos para mantener a las personas con trastornos mentales en sus comunidades, superando el modelo de servicios psiquiátricos basado en el hospital psiquiátrico. Respecto de la legislación en salud mental, previene que debe garantizar los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, y que los servicios deben organizarse de manera de asegurar el efectivo cumplimiento de esos derechos, evitando los abusos y la discriminación de la que son víctimas las personas con problemas de salud mental.-----

Con base en los referidos Principios de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud elaboró los “Diez Principios básicos de las normas para la atención de la Salud Mental”,

donde se prioriza “preservar la dignidad del paciente; tener en cuenta técnicas que ayuden a los pacientes a arreglárselas con los deterioros; reducir el efecto de los trastornos y mejorar la calidad de vida”. El punto cinco de los mismos, referido a la “Autodeterminación”, apunta a la conflictiva y prejuiciosa relación que culturalmente se hace entre capacidad o discapacidad y cordura o locura. En tal sentido establece que debe “suponerse que los pacientes son capaces de tomar sus propias decisiones, a menos que se pruebe lo contrario” y recomienda “asegurarse que los prestadores de atención de salud mental no consideren sistemáticamente que los pacientes con trastornos mentales son incapaces de tomar sus propias decisiones”.

“Las personas con trastornos mentales son, o pueden ser, particularmente vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos”, insiste la Organización Mundial de la Salud, en el “Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación”, publicado en 2006 en Ginebra, Suiza. También advierte que “La legislación que protege a los ciudadanos vulnerables (incluyendo a las personas con trastornos mentales) es el reflejo de una sociedad que respeta y se preocupa por su gente”.

Las violaciones de derechos humanos y la denegación de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales a las personas que sufren trastornos mentales son comunes, tanto en ámbitos institucionales como en la comunidad. Además, estas personas se enfrentan a una injusta

Ministerio de Salud Pública

discriminación en el acceso a servicios, educación, vivienda, oportunidades laborales.-----

El Plan de Salud Mental de Uruguay de 1986 -muchas de cuyas propuestas están aún vigentes-, el último documento del 2005 de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, con una larga y activa participación de movimientos de usuarios y familiares, y el “Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020” de la Organización Mundial de la Salud, constituyen un cúmulo de fundamentos y evidencia que señalan la necesidad de una reforma profunda e integral de los aspectos normativos, técnicos y modelos asistenciales en la materia.-----

Las modificaciones en el abordaje de la salud mental que se propone instrumentar el anteproyecto de ley, se inspira en los documentos internacionales y nacionales referidos y muchos otros que los profundizan y complementan, en los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud y en las definiciones programáticas del gobierno nacional en la materia específica. Su contenido fue discutido en profundidad, logrando un importante consenso en el marco de un amplio intercambio entre el Ministerio de Salud Pública, actores políticos, técnicos, asociaciones de usuarios, de familiares y otras organizaciones sociales involucradas.-----

El texto se estructura en siete capítulos: Disposiciones Generales; Derechos; Autoridad de Aplicación;

Interinstitucionalidad; Abordaje; Órgano de Contralor y Disposiciones Transitorias.-----

Capítulo I:

Disposiciones Generales

Este capítulo establece las bases que hacen al cambio de modelo en el abordaje de la salud mental, comenzando por el reconocimiento expreso del derecho a su protección que tienen todos los habitantes residentes en el país, desde una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental, como lo establece el artículo 1 del proyecto.-----

Ese derecho deberá ser garantizado en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, que implementa la Ley Nro. 18.211 de 5 de diciembre de 2007. Dicho sistema incluye a todos los prestadores de servicios de salud, integrales y parciales, públicos y privados del país. El abordaje de la atención en salud mental, al que deberán adaptar sus actividades todos los prestadores, cualquiera sea su naturaleza y extensión de sus servicios en la materia, estará orientado por los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, con eje en las personas con problemas de salud mental y sus familias, a través de las trayectorias asistenciales que respondan a sus necesidades y al respeto a sus derechos humanos, manteniendo coherencia

Ministerio de Salud Pública

y coordinación con las políticas de promoción de la salud integral.-----

La definición de salud mental incluida en el segundo artículo del anteproyecto recoge la formulada por la Organización Mundial de la Salud e incorpora los componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos que determinan el estado de bienestar como meta a alcanzar. Además, precisa los rubros básicos de la panoplia de acciones necesarias para crear las condiciones de una vida digna en beneficio de todas las personas, especialmente de aquellas con trastorno mental.----

Por trastorno mental se entiende, de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud de 1992, “la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberían incluirse en la noción de trastorno”. La prohibición de presumir trastorno mental exclusivamente en base a factores que no hacen al diagnóstico profesional específico, como circunstancias sociales, presiones familiares o laborales, discriminaciones y estereotipos al uso, está establecida en el artículo 4.-----

El consumo problemático de sustancias psicoactivas legales o ilegales debe ser abordado como parte integrante de las políticas de salud mental, siendo las personas incursoas en él sujetos de todos los derechos y garantías que establece el

anteproyecto en su relación con los servicios de salud, precisa el último artículo de este capítulo. -----

Se entiende que la persona presenta un consumo problemático de sustancias psicoactivas cuando el mismo le acarrea problemas en una o más de las siguientes cuatro áreas vitales: su salud física y/o psíquica en sentido amplio; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos íntimos); sus relaciones sociales secundarias (espacios de socialización como trabajo, estudio, recreación, etc.); su relacionamiento con la ley y las agencias oficiales de control social.-----

Capítulo II:

Derechos

El sustento conceptual fundamental de este capítulo son los instrumentos internacionales y las normas nacionales consagrados a la protección de los derechos humanos, en particular los de las personas con trastorno mental.-----

La enumeración -exhaustiva aunque no taxativa- del artículo 6, contempla desde los derechos más básicos de todas las personas, como el reconocimiento de su carácter de sujetos de derechos que las convierte en acreedoras del respeto que merece todo ser humano; de su autonomía, intimidad y privacidad; de la preservación de sus lazos familiares y sociales, hasta los más específicos que hacen a la calidad y oportunidad de los tratamientos y las garantías en caso de hospitalización. -----

Ministerio de Salud Pública

Para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales se hace necesaria la adopción de medidas de acción positiva, en el entendido de que se trata de una población con mayor vulnerabilidad, y que el estigma y la discriminación ofician como obstáculos para el pleno ejercicio de sus derechos.-----

Capítulo III:

Autoridad de Aplicación

En este capítulo se reafirma el rol rector del Ministerio de Salud Pública en materia de salud, y por lo tanto autoridad incuestionable de aplicación de una ley de salud mental.-----

El proyecto de ley lo consagra en su artículo 7, a la vez que determina los obligados a adaptar su actividad a sus prescripciones: los prestadores integrales y parciales, públicos y privados, del Sistema Nacional Integrado de Salud.-----

Artículos independientes precisan las competencias del Ministerio de Salud Pública para la elaboración de un Plan Nacional de Salud Mental, acorde al nuevo modelo de atención cuyas bases establece el anteproyecto, y con el objetivo de impulsar el desarrollo de la mejor atención posible en esa área de la salud. Ese plan establecerá las acciones y condiciones de la actividad sanitaria específica (artículo 8).-----

La adecuación de la atención exige el desarrollo de competencias profesionales. Para impulsarlo, en el artículo 9

se encomienda al Ministerio de Salud Pública formular recomendaciones dirigidas a todas las instituciones públicas y privadas que impartan formación en áreas que participan de la atención en salud mental, a los efectos de que ajusten sus actividades educativas a los principios, políticas y dispositivos que incluye la ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos.-----

Otro aspecto que involucra al Ministerio de Salud Pública es la actualización y capacitación de las y los profesionales en base a los criterios enunciados.

La investigación en salud mental es fundamental para generar conocimiento que beneficie el proceso asistencial y brindar insumos para la elaboración de políticas, planificación y evaluación. En tal sentido, el artículo 10 incluye el imperativo de promoverla, sin olvidar la provisión de recursos para su efectivo desarrollo.-----

Capítulo IV:

Interinstitucionalidad

Los factores socio-económicos juegan un papel fundamental en la determinación de la salud. El concepto de la acción intersectorial coordinada y el beneficio del desarrollo económico y social en la salud se reconocen claramente en la Declaración de Alma Ata de 1978, que plantea que el logro del grado más alto posible de salud "exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además del de la salud."-----

Ministerio de Salud Pública

El Estado debe funcionar como garante y responsable de la efectivización de los derechos universales de las personas con trastorno mental, a través de programas y planes que garanticen la inclusión social de las mismas en todo el país. Las acciones estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida con plenos derechos ciudadanos.-----

Se hace imprescindible la participación de organismos competentes para implementar acciones de inclusión social, en particular para aquellas personas que tengan un trastorno mental severo, procurando la recuperación de los vínculos sociales y asegurando el acceso a dispositivos que incluyan vivienda, educación, trabajo, cultura, arte y seguridad social, como modo de garantizar el derecho a condiciones dignas de calidad de vida y promoción humana. Estos dispositivos tienden al logro de una participación activa de la persona en su tratamiento y a avances en la autonomía e inclusión social, cultural, ambiental y ciudadana.-----

El concepto trastorno mental severo (TMS) designa a un conjunto de personas que sufren entidades clínicas diferentes pero presentan una serie de problemas comunes, derivados de la discapacidad producida por la enfermedad. La delimitación de un TMS debe contemplar tres dimensiones: diagnóstico, que incluye fundamentalmente a trastornos psicóticos; duración de la enfermedad: tiempo superior a los dos años; presencia de discapacidad que se expresa en la existencia de una disfunción del funcionamiento global e

indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.-----

La adquisición de niveles de autonomía progresivos en el proceso de rehabilitación se realiza en una trayectoria que incluye dispositivos del sector salud, del sector social, y mixtos. Garantizar la continuidad de la atención sanitaria, de cuidados y el apoyo a la integración social de las personas con trastornos mentales severos exige la coordinación, mediante programas transversales, de los dispositivos de atención a la salud mental con otras instituciones y dispositivos no sanitarios implicados en la atención comunitaria a la salud mental.-----

El anteproyecto, en su artículo 11, prescribe la coordinación entre ministerios y otros organismos competentes, precisando objetivos -no excluyentes de otras acciones positivas- en materia laboral, de vivienda y educativo cultural, en tanto pilares fundamentales de la inserción social. Particularmente, los artículos 12 a 14 sientan los principios específicos que sustentarán las acciones en dichos aspectos.-----

Capítulo V:

Abordaje

El cambio de modelo de atención es crucial para el abordaje integral de la salud mental, desde una perspectiva de derechos. La reforma de la salud, iniciada en Uruguay en

Ministerio de Salud Pública

2007, promovió la sustitución del modelo de atención a la enfermedad por otro que privilegia la prevención y la promoción, en base a una estrategia de atención primaria en salud con énfasis en el primer nivel de atención, asegurando la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles, la profesionalidad y la transparencia en la conducción de las instituciones y la participación activa de trabajadores y usuarios. Es en esta línea que deben procesarse los cambios en la atención a la salud mental.-----

La promoción de la salud mental refiere con frecuencia a la salud mental positiva, considerándola como un recurso, como un valor en sí misma y como un derecho humano básico, esencial para el desarrollo social y económico. Situada dentro del campo de la promoción de la salud integral, incluye el fomento de la salud mental positiva mediante el mejoramiento de los recursos, habilidades y fortalezas de las personas, familias, comunidades e instituciones. Busca promover el establecimiento de condiciones de vida adecuadas, así como empoderar a los actores sociales para que esas condiciones puedan lograrse. Su mejora requiere la acción colectiva de la sociedad. Las actividades para la promoción de la salud mental son principalmente socio-políticas.-----

La prevención de los trastornos mentales busca reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los mismos, y el

tiempo en que las personas permanecen con los síntomas, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo el impacto que el trastorno ejerce en la persona afectada, sus familias y la sociedad.-----

La prestación de servicios de salud mental a través de la atención general de salud es la estrategia más viable para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud mental. A su vez, la atención integrada puede facilitar la reducción del estigma, asociado con requerir asistencia en servicios de salud mental estructurados. Es en esta línea que se propone que las hospitalizaciones, en caso de que sean necesarias, se realicen en unidades de hospitales y sanatorios generales (artículo 24).-----

El abordaje debe basarse en un modelo comunitario, con un enfoque de sistema de red única, de complejidad creciente, con puerta de entrada en el equipo básico de salud, en el primer nivel de atención, para la utilización coordinada de los recursos existentes, generando equidad de los beneficios y recursos, con mecanismos explícitos y claros de articulación entre los distintos dispositivos, niveles de atención y sectores, garantizando la integralidad y continuidad de los procesos asistenciales a lo largo de la vida de las personas, en y con la comunidad.-----

El pasaje por estructuras progresivas y complementarias permitirá a la persona encontrar, según el momento evolutivo, la estructura terapéutica más efectiva que le permita desarrollar al máximo posible sus capacidades. La atención en salud mental se realizará en equipo interdisciplinario, con

Ministerio de Salud Pública

especificidades de acuerdo al nivel de complejidad de la atención y a poblaciones con necesidades particulares.-----

Las personas que padecen trastornos mentales severos requieren que el tratamiento sea encarado considerando una atención a largo plazo, integrando distintas acciones terapéuticas según la fase de la enfermedad, las potencialidades presentes y el entorno socio-familiar. Implica el tránsito por distintos niveles intermedios que corresponden a las distintas etapas del proceso de rehabilitación, que debe estar integrado desde el inicio del tratamiento. El objetivo es reducir el impacto actual y futuro del trastorno que padece la persona, en su vida y en la de su entorno, tratando de preservar lo máximo posible su calidad de vida, el desarrollo de sus recursos y la promoción de su recuperación. -----

Para priorizar el acceso y la continuidad de cuidados en salud mental de usuarios que sufren patologías más graves e incapacitantes, es necesario en primer lugar identificar y delimitar esta población. La delimitación no puede basarse tan sólo en criterios diagnósticos o variables clínicas, sino que debe considerarse también el curso evolutivo y la repercusión sobre la funcionalidad y el ajuste social de estas personas. De esta manera, se tienen en cuenta otros parámetros, sanitarios y socio sanitarios, como base para organizar la atención, en cuanto a procedimientos e intervenciones que dichas personas necesitan.-----

La legislación tiene un papel crucial en la promoción de la atención comunitaria de los trastornos mentales y en la

reducción de los ingresos a las instituciones psiquiátricas, en especial las hospitalizaciones de larga duración. Para alcanzar tal resultado, se requiere que se establezca una gama de instituciones comunitarias de calidad adecuada y accesible a las personas con trastornos mentales.-----

El cambio de modelo de atención propuesto, con fortalecimiento de la red comunitaria, sustentará el proceso de desinstitucionalización y el cierre progresivo de estructuras asilares y monovalentes, previo desarrollo de estructuras alternativas.-----

Se entiende por estructuras asilares las instituciones custodiales, cerradas, inspiradas en un modelo ampliamente superado de "tratamiento psiquiátrico", que se basaba en la reeducación del paciente mediante el "tratamiento moral". Para ello, la institución (que se construía en las afueras de las ciudades) debía promover el aislamiento total, con alejamiento del ambiente patológico y establecimiento de un orden social interno, jerarquizado y clasista.-----

Las estructuras monovalentes son aquellos establecimientos destinados a prestar servicios de salud en una sola especialidad, la salud mental en lo que atañe al anteproyecto.

Las estructuras alternativas implican el desarrollo de un sistema de dispositivos en la comunidad -sanitarios, sociales y mixtos- que proporcionen asistencia médica, rehabilitación psicosocial y tratamiento para episodios agudos; así como viviendas protegidas y planes laborales, de modo que las

Ministerio de Salud Pública

personas con trastornos mentales severos tengan más oportunidades de integración en la comunidad.-----

La presencia de un trastorno mental no significa, de por sí, la inexistencia de discernimiento. El consentimiento libre e informado debería constituir la base del tratamiento y de la rehabilitación de la mayoría de las personas con trastornos mentales, y es necesario agotar los esfuerzos para permitir que una persona acepte voluntariamente el tratamiento, antes de adoptar procedimientos involuntarios.-----

No obstante, algunas personas con trastornos mentales pueden tener afectada la capacidad para adoptar decisiones respecto a su tratamiento; en estas circunstancias, se deben tomar en cuenta tanto el derecho de todo individuo a la libertad y a tomar decisiones relacionadas con su propia salud, como las obligaciones de la sociedad de proteger a las personas que no estén en condiciones de cuidarse por sí mismas y de preservar la salud de toda la población, por lo que se debe disponer lo necesario para garantizar el derecho a la atención, aún de forma involuntaria.-----

En todos los casos, se debe contemplar el bienestar y los intereses de la persona, y asegurar que la libertad de decisión y de acción sea restringida en la menor medida posible.-----

Es necesario asegurar que, tanto la actuación judicial como la del sistema sanitario, puedan extremar los recaudos para garantizar la defensa y ejercicio de los derechos fundamentales de las personas con trastornos mentales privadas de libertad.-----

En el marco de los principios generales del nuevo modelo de abordaje que se propone, es pertinente destacar algunos aspectos, como la previsión de la protección de la salud mental de los trabajadores que intervienen en los respectivos procesos asistenciales, por entender que presenta riesgos específicos, que se establece en el artículo 20.-----

Inspirado en los principios de equidad y no discriminación, el artículo 25 modifica la limitación temporal de cobertura de hospitalización urgente – treinta días para mayores de 18 años – de manera que, al igual que en otros padecimientos, el único límite dado por las necesidades del proceso asistencial.- No obstante, como cada nueva prestación tiene que tener asegurada su sustentabilidad técnica, económica, financiera y social, se faculta el Poder Ejecutivo para determinar los plazos para su implementación.-----

Tratándose de hospitalizaciones voluntarias, la ley tiene especial cuidado respecto de la obtención del consentimiento informado, remitiendo en cuanto a los requisitos a observar a las reglas generales que prescribe el artículo 11 de la Ley Nro. 18.335 de 15 de agosto de 2008 y desarrollan los artículos 16a 26 de su decreto reglamentario Nro. 274/010 de 8 de setiembre de 2010.-----

Aún en el caso de que sea inobjetable la obtención del consentimiento informado, el artículo 29 incluye una garantía extra de respeto a la voluntad, cuando determina que si la hospitalización voluntaria se extendiera más allá de 45 días,

Ministerio de Salud Pública

tal situación deberá ponerse en conocimiento del órgano de contralor, que crea el artículo 39 del proyecto de ley.-----

Las hospitalizaciones involuntarias merecen mayores recaudos, que se traducirán en garantías para la persona que se encuentre en los supuestos del artículo 30 (trastorno mental presente con riesgo grave de daño inmediato o inminente para sí o para terceros; trastorno mental severo que afecte su capacidad de juicio, cuya no hospitalización impida proporcionarle el tratamiento adecuado). Los artículos siguientes desarrollan esas condiciones, incluyendo los controles del órgano de contralor y judicial. Particularmente el artículo 34 remite a la Ley Nro. 17.823 (Código del Niño), en la redacción dada por su modificatoria Nro. 19.149 de 24 de octubre de 2013, lo referente a hospitalización involuntaria de niños y adolescentes.-----

El artículo 37 consagra un hito en el cambio de modelo de abordaje en salud mental: el progresivo cierre de las estructuras asilares y monovalentes y su sustitución por estructuras alternativas, tales como centros de atención comunitaria, casas u hogares asistidos y/ de medio camino y centros de rehabilitación e integración psicosocial, todos recursos que no excluyen otros que se consideren hábiles para fomentar la inclusión y la autonomía de las personas con trastorno mental.-----

Consecuencia inmediata de la política que inspira lo anterior, es lo dispuesto en el artículo 38: prohibición de nuevas internaciones en las estructuras asilares existentes.-----

Capítulo VI:

Órgano de Contralor

El cambio de modelo de abordaje en salud mental no se agota con la promulgación de una ley y la definición de políticas consecuentes con sus prescripciones. El cumplimiento cabal de las normas y políticas es fundamental para establecer los marcos sobre los cuales se debe actuar a efectos de avanzar en los objetivos fijados y garantizar la calidad y oportunidad del proceso asistencial y del respeto a los derechos humanos de las personas involucradas en el mismo. -----

Como autoridad rectora, el Ministerio de Salud Pública debe asegurar que el abordaje de la Salud Mental se rija por las políticas, directivas estratégicas, normas y programas nacionales. Es competencia indelegable el contralor de su efectiva aplicación en el sistema.-----

Pero para asegurar una mirada amplia, que incorpore múltiples actores en el proceso de control, se hace necesaria la creación de un órgano que, con integración plural y calificada, se concentre en esa tarea, que debe ser constante. Se entiende conveniente ubicar a dicho órgano dentro de la estructura de la autoridad sanitaria, dotado de un grado de descentralización que facilite el desempeño de sus funciones. La formalización del Órgano de Contralor como organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública, permitirá la más eficaz atención y eficiente resolución de los asuntos de

Ministerio de Salud Pública

su competencia, en particular en el ámbito de los servicios asistenciales, optimizando los mecanismos de control y las garantías ciudadanas.-----

Denominado Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y creado por el artículo 39 del anteproyecto, en su integración están representados los actores institucionales - el Ministerio de Salud Pública, que lo presidirá, y la academia, a través de las Facultades de Medicina, Psicología y Derecho de la Universidad de la República - y los actores sociales: trabajadores y usuarios de los servicios de salud mental, a quienes se suman los familiares de estos últimos, por el especial papel que les corresponde en el proceso asistencial y de inclusión social de las personas con trastorno mental.-----

La competencia del órgano, desarrollada en el artículo 40, apunta a la supervisión permanente de las condiciones en que se realiza el proceso asistencial en cualquiera de sus modalidades -ambulatorio, domiciliario, con hospitalización-, lo que incluye recepción y trámite de denuncias de irregularidades, pero también verificaciones presenciales en el momento en que el órgano lo considere conveniente y/o necesario. -----

El órgano cuenta con facultades suficientes para requerir intervención judicial cuando lo juzgue pertinente, sin perjuicio de su responsabilidad en el seguimiento de las medidas que en ese ámbito se adopten.-----

En definitiva, de lo que se trata es de contar con una herramienta sólida y eficiente dedicada a garantizar los derechos a la ciudadanía, y que a su vez responda de su gestión ante la autoridad rectora, o sea el Ministerio de Salud Pública. -----

Teniendo en cuenta que el contralor debe ejercerse en todo el territorio nacional, en el artículo 42 se establece que la referida Comisión contará para el ejercicio de sus cometidos con el apoyo de las Direcciones Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública, correspondiendo a la reglamentación determinar las reglas de relacionamiento.-----

Asimismo, el anteproyecto prevé que la Comisión fomente el intercambio con otras instancias participativas, institucionales y sociales, que funcionen en territorio, particularmente con aquellas que incluyan la participación de los actores del proceso asistencial en salud mental: trabajadores, usuarios y sus familiares.-----

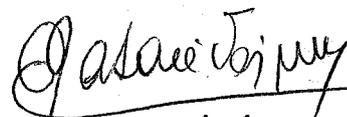
Capítulo VII:

Disposiciones transitorias

La presente ley sustituye en forma íntegra a su antecesora, la Nro. 9.581, por lo cual la misma debe ser derogada, al igual que toda otra disposición que se oponga al contenido del anteproyecto.-----

Mensaje N°
Ref. N°

Handwritten signatures and stamps at the bottom left of the page, including a large signature and several smaller ones.


Dr. TABARÉ VÁZQUEZ
Presidente de la República
Periodo 2015 - 2020

Ministerio de Salud Pública

x
A. J. ...
...
...
...
...

Ministerio de Salud Pública

PROYECTO DE LEY

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1° (Objeto): La presente ley tiene por objeto reglamentar, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

ARTÍCULO 2° (Definición): A los efectos de la presente ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas, y particularmente de aquellas con trastorno mental.

ARTÍCULO 3° (Principios rectores): Son principios rectores de la protección de la salud mental, concebida como inseparable de la protección integral de la salud:

a) La promoción, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

b) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista de la atención.

c) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios.

d) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.

e) La calidad integral del proceso asistencial que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.

f) El reconocimiento de la persona en su integralidad y singularidad biopsicosocial.

g) El logro de las mejores condiciones posibles para la preservación, mejoramiento e inserción social de la persona.

h) La presunción de que el estado de la persona con trastorno mental es modificable.

i) La presunción de la existencia de capacidad y de la ausencia de riesgo para la persona y para terceros.

Ministerio de Salud Pública

j) La vinculación de la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable.

k) Los demás principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, determinados en los artículos 3 y 4 de la Ley Nro. 18.211 de 5 de diciembre de 2007, que sean aplicables.

ARTÍCULO 4° (Principio de no discriminación). No se presumirá trastorno mental en base exclusiva a:

a) Estatus político, socio-económico o pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.

b) Solicitudes familiares o laborales.

c) Falta de conformidad o adecuación con los valores prevalentes en la comunidad en que vive la persona.

d) Orientación sexual o identidad de género.

e) Mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

f) Otras características que no estén relacionadas con un diagnóstico profesional basado en la problemática individual, social y cultural de la persona.

ARTÍCULO 5° (Consumo problemático de sustancias psicoactivas): El consumo problemático de sustancias psicoactivas, legales o ilegales, será abordado en el marco de las políticas de salud mental, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

CAPITULO II

DERECHOS

ARTÍCULO 6° (Derechos): La persona con trastorno mental tiene derecho a:

a) Ser tratada con el respeto debido a la dignidad de todo ser humano.

b) Ser percibida y atendida desde su singularidad, con respeto a su diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología, religión.

c) Ser reconocida siempre como sujeto de derecho, con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión sobre la misma y su salud.

d) Recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.

e) Ser tratada con la alternativa terapéutica indicada para su situación, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

f) Recibir información completa y comprensible inherente a los derechos que la asisten y a los procedimientos terapéuticos incluyendo, en su caso, alternativas para su atención.

Ministerio de Salud Pública

g) Tomar, por sí o con la participación de familiares, allegados o representantes legales, decisiones relacionadas con su atención y tratamiento.

h) Solicitar cambio de profesionales o de equipo tratante.

i) Estar acompañada, durante y después del tratamiento, por sus familiares, otros afectos o quien la persona con trastorno mental designe.

j) Acceder a medidas que le permitan lograr la mayor autonomía, así como a las que promuevan su reinserción familiar, laboral y comunitaria. La promoción del trabajo constituye un derecho y un recurso terapéutico.

k) Acceder por sí o a través de sus representantes legales, a su historia clínica.

l) En caso de requerir permanencia en régimen de hospitalización, a ejercer sus derechos y obligaciones como cualquier otra persona usuaria de los servicios de salud del prestador de servicios de salud.

m) Que las condiciones de su hospitalización sean supervisadas periódicamente por la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, que crea el artículo 39 de la presente ley.

n) Ser protegida de todo tipo de explotación, estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante.

o) Ejercer su derecho a la comunicación y acceder a actividades culturales.

p) Ser atendida en un ambiente apto, con resguardo de su intimidad y privacidad.

q) Que se preserve su identidad y a no ser identificada o discriminada por un padecimiento mental actual o pasado.

r) No ser objeto de investigaciones clínicas ni de tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.

s) No ser sometida a trabajos forzados y recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados.

t) Contar con el beneficio de una asistencia letrada cuando se compruebe que la misma es necesaria para la protección de su persona y/o bienes. Si fueran objeto de una acción judicial, deberá ser sometida a un procedimiento adecuado a sus condiciones físicas y mentales.

u) Los demás inherentes a la persona humana.

CAPITULO III

AUTORIDAD DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 7° (Rectoría): Compete al Ministerio de Salud Pública la aplicación de la presente ley, a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud mental públicos y privados.

ARTÍCULO 8° (Plan Nacional de Salud Mental): El Ministerio de Salud Pública, a través del área que designe al

Ministerio de Salud Pública

efecto, elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental de acuerdo a lo establecido en la presente ley.

ARTÍCULO 9° (Formación profesional): El Ministerio de Salud Pública desarrollará recomendaciones dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en la atención de la salud mental, para que sus actividades educativas se ajusten a los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos y salud mental.

Asimismo, promoverá instancias de capacitación y actualización para profesionales en base a los mismos criterios.

ARTÍCULO 10 (Investigación): Se promoverá la investigación en salud mental.

Toda investigación que se desarrolle en el campo de la salud mental que involucre a seres humanos, deberá ajustarse estrictamente a la normativa vigente nacional e internacional a la que adhiera el país.

CAPITULO IV

INTERINSTITUCIONALIDAD

ARTÍCULO 11 (Coordinación): El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura y otros organismos competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y/o creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurren al mismo objetivo. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización.

Las acciones que se implementen contemplarán mecanismos de participación social, en particular de las organizaciones de personas con trastorno mental y de las de sus familiares.

ARTÍCULO 12 (Capacitación e inserción laboral): Las políticas de trabajo de las personas con trastorno mental, incluirán:

- a) La inserción laboral de calidad y ajustada al perfil y posibilidades de sostenibilidad de la persona;
- b) Facilidades para el ejercicio de una actividad remunerada;

Ministerio de Salud Pública

c) Fomento de emprendimientos autónomos, cooperativas de trabajo y similares;

d) Cursos específicos de formación laboral y profesional con certificaciones válidas en el mercado de trabajo abierto; talleres de sensibilización para los trabajadores en general y especiales para los de empleos con apoyo y/o trabajo protegido, entre otras.

Se estimulará el reintegro al lugar de trabajo de las personas que hayan tenido trastorno mental, promoviendo el ajuste razonable de las actividades para favorecer la reincorporación.

ARTÍCULO 13 (Acceso a vivienda) Se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda en apoyo a la integración a la comunidad y promoción de la autonomía de las personas con trastorno mental severo, que incluya:

a) Programas que contemplen una gama de modalidades residenciales, con dispositivos habitacionales que contengan diferentes propuestas entre máxima protección o autonomía.

b) Fortalecimiento de las estrategias del sistema a través de equipos interdisciplinarios de apoyo y referencia.

c) Promoción de la creación de cooperativas de vivienda que integren personas con trastorno mental.

Se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.

ARTÍCULO 14 (Inclusión educativa y cultural) : El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos competentes, velará porque se favorezca la inserción educativa de las personas con trastorno mental y promoverá y facilitará el acceso de ellas a todas las actividades y expresiones culturales.

CAPITULO V

ABORDAJE

ARTÍCULO 15 (Integralidad de las prestaciones) Las prestaciones de salud mental que apruebe el Ministerio de Salud Pública formarán parte de los programas integrales de salud para su aplicación en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

ARTÍCULO 16 (Niveles de atención) La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona.

Ministerio de Salud Pública

En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental.

ARTÍCULO 17 (Ámbito de atención): El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

ARTÍCULO 18 (Redes territoriales): Se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental.

ARTÍCULO 19 (Equipos interdisciplinarios): Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de equipos interdisciplinarios, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes permanentes del proceso asistencial.

ARTÍCULO 20 (Salud y capacitación de recursos humanos)

Los trabajadores que integren los equipos asistenciales de salud mental accederán a la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que atraviesan el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas.

ARTÍCULO 21 (Rehabilitación) Las acciones de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión social, laboral y cultural.

ARTÍCULO 22 (Residencias asistidas): Se establecerán programas de residencias asistidas para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, con diversos niveles según la autonomía progresiva de la persona.

ARTÍCULO 23 (Consentimiento informado): Se requerirá el consentimiento informado de la persona para todo tipo de intervenciones, el que deberá ser obtenido de conformidad y con las garantías y excepciones dispuestas por el artículo 11 de la Ley Nro. 18.335 de 15 de agosto de 2008, la presente ley y demás normativa aplicable.

Ministerio de Salud Pública

Es obligación de los profesionales intervinientes brindar información sobre la naturaleza del trastorno mental, diagnóstico y tratamiento propuesto, beneficios esperados y posibles riesgos de este, eventualidad de hospitalización, condiciones y finalidad de la misma.

La información deberá ser suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona, teniendo en cuenta su singularidad biopsicosocial y cultural. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

El consentimiento informado se hará constar en la historia clínica, al igual que la ausencia de él en los casos en que lo autorice la normativa aplicable.

ARTÍCULO 24 (Hospitalización): La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo, deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y/o social de la persona y será lo más breve posible.

Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos interdisciplinarios reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en hospital o sanatorio general.

En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda.

Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas.

ARTÍCULO 25 (Extensión de la cobertura): La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura, cualquiera que sea la edad de la persona usuaria. El Poder Ejecutivo establecerá los plazos para su implementación en el Sistema Nacional Integrado de Salud pudiendo prever una instrumentación gradual de lo dispuesto precedentemente.

ARTÍCULO 26 (Modalidades de hospitalización): Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria.

ARTÍCULO 27 (Requisitos previos): Toda indicación de hospitalización deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico.

Ministerio de Salud Pública

b) Obtención del consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, tramitado según lo dispuesto en el artículo 23 de la presente ley.

ARTÍCULO 28 (Hospitalización voluntaria): Cuando profesionalmente se determine la conveniencia de tratar a la persona con trastorno mental a través de hospitalización, se alentará su ingreso voluntario, brindándole oportunidad de elección entre posibles alternativas.

La persona hospitalizada voluntariamente podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, al momento de gestionar el consentimiento informado para la hospitalización, se le debe hacer saber a la persona que los profesionales intervinientes podrán impedir su externación si se dieran las condiciones para una hospitalización involuntaria que se establecen en el artículo 30 de la presente ley.

ARTÍCULO 29 (Deber de notificación) : El Director Técnico del prestador de salud a cargo deberá comunicar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental las hospitalizaciones voluntarias que se prolonguen por más de 45 (cuarenta y cinco) días corridos, dentro de las 72 (setenta y dos) horas de vencido dicho plazo.

ARTÍCULO 30 (Hospitalización involuntaria): La persona sólo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando:

a) Por un trastorno mental presente, exista riesgo grave de daño inmediato o inminente para la persona o para terceros.

b) Cuando el trastorno mental sea severo, esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo pueda aplicarse mediante la hospitalización.

ARTÍCULO 31 (Formalidades para hospitalización involuntaria): La hospitalización involuntaria de una persona con trastorno mental sólo podrá tener fines terapéuticos y se ajustará a las siguientes formalidades:

a) Declaración firmada por el familiar más cercano, allegado o representante legal si lo hubiera, solicitando su hospitalización y expresando su conformidad con la misma.

Si no hubiera familiar, allegado ni representante legal, o habiéndolos se negaran a consentir la hospitalización y se dieran los supuestos del artículo 30 de la presente ley, se podrá realizar cumpliendo únicamente con el dictamen

Ministerio de Salud Pública

profesional a que refiere el inciso siguiente del presente artículo.

b) Dictamen profesional del servicio de salud que realice la hospitalización, determinando la existencia de los supuestos establecidos en el artículo 30 de la presente ley, firmado por dos profesionales médicos que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser especialista en psiquiatría. En el abordaje terapéutico posterior deberá intervenir un equipo interdisciplinario.

c) Informe sobre las instancias previas implementadas, si las hubiere.

ARTÍCULO 32 (Carga de la notificación): Toda hospitalización involuntaria deberá ser notificada por el Director Técnico del prestador a cargo, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez competente dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes, con los fundamentos que sustenten la misma y las constancias a que refiere el artículo 31 de la presente ley.

La Comisión y el juez podrán requerir, en caso de considerarlo necesario, información ampliatoria a los profesionales tratantes o indicar peritajes externos que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a confirmar los supuestos que justifiquen la medida.

ARTÍCULO 33 (Hospitalización por orden judicial): El juez competente podrá disponer una hospitalización involuntaria cuando cuente con informe médico que la justifique.

El juez podrá, en cualquier momento, pedir al prestador a cargo de la hospitalización información sobre el curso del proceso asistencial, a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de la medida.

Cuando el prestador entienda que están dadas las condiciones para el alta y externación de la persona, su Director Técnico deberá notificarlo a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez. El juez deberá expedirse al respecto en un plazo no mayor a 3 (tres) días hábiles a contar desde el día siguiente al de la notificación.

ARTÍCULO 34 (Hospitalización de niños y adolescentes): El juez sólo podrá disponer la hospitalización involuntaria de niños y adolescentes de conformidad con lo dispuesto por el artículo 121 de la Ley Nro. 17.823 de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 323 la Ley Nro. 19.149 de 24 de octubre de 2013.

ARTÍCULO 35 (Notificación de hospitalización por orden judicial): En todos los casos de hospitalizaciones por orden judicial, el Director Técnico del prestador a cargo deberá notificar, dentro de las primeras 24 (veinticuatro) horas de

Ministerio de Salud Pública

realizadas, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental.

Artículo 36 (Alta, externación y permisos de salida): El alta, externación y permisos de salida son facultad del equipo tratante, sin perjuicio de los derechos de la persona hospitalizada voluntariamente y de las competencias del juez respecto de hospitalizaciones ordenadas por él.

ARTÍCULO 37 (Desinstitucionalización): Se impulsará la des institucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas.

Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, casas u hogares asistidos y/o de medio camino y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y, en general, cualquier otra restricción y/o privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.

ARTÍCULO 38 (Establecimientos asilares y monovalentes):

Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados, en los plazos que establezca la reglamentación. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, de acuerdo a los que establezca la reglamentación.

Queda igualmente prohibida, a partir de la vigencia de la presente ley, la internación de personas con trastorno mental en los establecimientos asilares existentes.

CAPITULO VI:**ORGANO DE CONTRALOR**

ARTÍCULO 39 (Creación): Créase la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con los cometidos que le atribuye la presente ley.

ARTÍCULO 40 (Cometidos): Son cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

a) Controlar, en todo el territorio nacional, el cumplimiento de la presente ley, particularmente en lo que

Ministerio de Salud Pública

refiere al resguardo del ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.

b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de las personas hospitalizadas por razones de salud mental y en dispositivos residenciales, públicos y privados, incluyendo las de las sujetas a procedimientos judiciales derivadas a cualquiera de ellos.

c) Requerir a las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud, información que permita evaluar las condiciones en que se realiza la atención en salud mental.

d) Controlar que las hospitalizaciones no se prolonguen más allá del tiempo mínimo necesario para cumplir con los objetivos terapéuticos y que las involuntarias se encuentren debidamente justificadas.

e) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad e inimputabilidad y durante la vigencia de dichas declaraciones.

f) Visitar e inspeccionar periódicamente los establecimientos públicos y privados donde se realicen hospitalizaciones de personas con trastorno mental, en los términos que establezca la reglamentación.

g) Recibir y dar trámite a las denuncias respecto del funcionamiento de los servicios de salud mental realizadas por usuarios, sus familiares, los demás actores involucrados en el proceso asistencial y terceros.

h) Requerir la intervención judicial ante situaciones del proceso asistencial que no se ajusten a las disposiciones de la presente ley y su reglamentación.

i) Hacer recomendaciones al Ministerio de Salud Pública y participar en las instancias de discusión sobre normativa aplicable a la atención de la salud mental.

j) Informar al Ministerio de Salud Pública, con la periodicidad que determine la reglamentación, sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.

k) Llevar un registro sistematizado de sus actuaciones en cumplimiento de la presente ley, que incluya los resultados de las mismas.

l) En coordinación con la Institución Nacional de Derechos Humanos, difundir en la comunidad, con la mayor amplitud posible, información sobre las normas aplicables a la atención en salud mental, particularmente las que refieren a los derechos humanos de las personas con trastorno mental, así como sobre los dispositivos para la protección de los mismos a nivel nacional e internacional.

m) Dictar su reglamento interno de funcionamiento.

n) Los demás que le encomiende el Ministerio de Salud Pública.

ARTÍCULO 41 (Integración): La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

Ministerio de Salud Pública

a) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá.

b) Tres miembros representantes de la Universidad de la República designados uno de ellos a propuesta de la Facultad de Medicina, otro a propuesta de la Facultad de Psicología y otro a propuesta de la Facultad de Derecho. Se observará que todos ellos estén vinculados a la temática de la presente ley.

c) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los trabajadores de la salud mental.

d) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental.

e) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los familiares de las personas con trastorno mental.

Por cada representante titular, se designará un alterno.

ARTÍCULO 42 (Descentralización): Los cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tienen alcance nacional. Para su efectiva ejecución en ese ámbito contará con el apoyo de las Direcciones Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública. La reglamentación determinará su forma de relacionamiento.

Asimismo, la Comisión fomentará la articulación en el territorio con otras instancias participativas del ámbito sanitario y social, particularmente de aquellas que incluyan a

organizaciones de trabajadores de la salud mental, de usuarios de los respectivos servicios y de sus familiares.

ARTÍCULO 43 (Duración del mandato): La duración del mandato de los representantes titulares y alternos será de 2 (dos) años, contados a partir de la fecha en que asuman sus respectivos cargos.

ARTÍCULO 44 (Quorum): Para sesionar, la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental requerirá la presencia de cinco de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del cuerpo. En caso de empate, el voto del Presidente se computará doble.

ARTÍCULO 45 (Competencia del presidente) : Compete al Presidente de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

- a) Presidir las sesiones de la Comisión.
- b) Ejecutar las resoluciones de la Comisión.
- c) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Comisión, dando cuenta de ellas a la misma en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad, será necesario el voto de por lo menos seis de los miembros de la Comisión.

Ministerio de Salud Pública

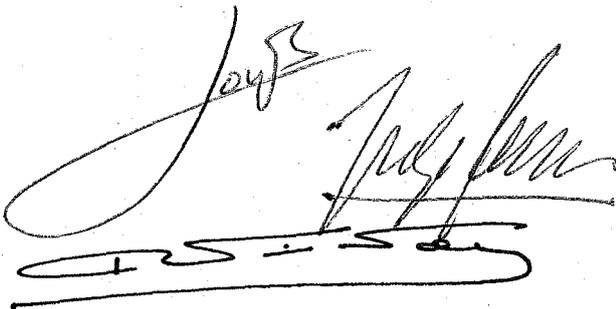
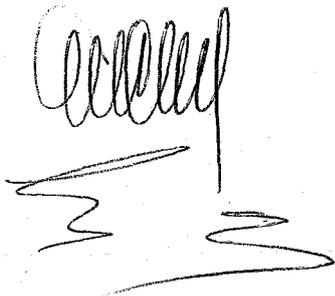
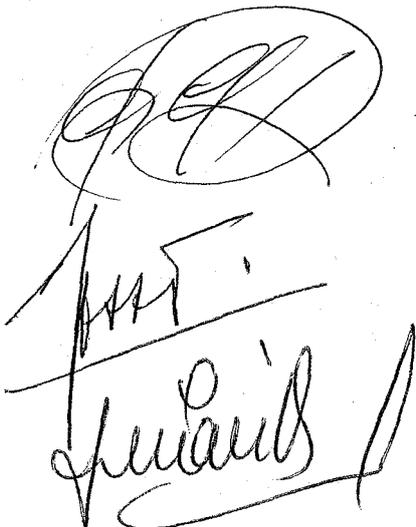
d) Representar al organismo y suscribir todos los actos en que intervenga el mismo.

e) Las demás tareas que le sean encargadas por la Comisión.

CAPITULO VII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTÍCULO 46 (Derogaciones): Derógase la Ley Nro. 9.581 de 8 de agosto de 1936 y demás disposiciones que se opongan a lo establecido en la presente ley.

A large, stylized handwritten signature in black ink, possibly reading 'Jorge' or similar, with a horizontal line underneath.A smaller, more compact handwritten signature in black ink.A large, circular handwritten signature in black ink, followed by another signature below it.

x
 [Signature]
 [Signature]
 [Signature]
 [Signature]

DISPOSICIONES CITADAS

Ley N° 9.581, de 8 de agosto de 1936

PSICOPATAS

SE ORGANIZA LA ASISTENCIA

CAPITULO I

Sobre organización de la asistencia de psicópatas

Artículo 1º.- Todo enfermo psíquico recibirá asistencia médica y podrá ser atendido -en su domicilio privado o en otra casa particular- , en un establecimiento psiquiátrico privado o en un establecimiento psiquiátrico oficial, cuya organización técnica se ajustará a los reglamentos que se dicten.

Artículo 2º.- Deben proveer a la asistencia de los enfermos psíquicos las familias o los encargados de los mismos y cuando no puedan atender las exigencias del tratamiento, solicitarán los servicios del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 3º.- Las disposiciones de la presente ley se aplicarán a todo enfermo de afección mental, cualquiera fuera el lugar en que se tratare.

CAPITULO II

De la asistencia psiquiátrica y sus formas

Artículo 4º.- Se entiende por establecimiento psiquiátrico: todo sanatorio o casa de salud sostenido por particulares o sociedades (laicas o religiosas) donde se asista más de un psicópata. Deberá estar a cargo de un director que será médico, con autorización oficial para el ejercicio de la profesión.

Artículo 5º.- Cuando la Facultad de Medicina reglamente la especialización de médico-psiquiatra, la dirección de esos establecimientos deberá estar a cargo de un médico de esa especialidad.

Artículo 6º.- La construcción y organización técnica de cada establecimiento psiquiátrico deberán ser ajustadas a los reglamentos que se dicten con sujeción a los principios, generalmente adoptados, de la ciencia psiquiátrica moderna.

Artículo 7º.- Ningún establecimiento particular podrá funcionar sin autorización expresa del Ministerio de Salud Pública, que fijará las condiciones que deban reunir a fin de asegurar la separación de sexos, edades, géneros y grados de afección de los enfermos que allí se asistan y podrá disponer su

clausura cuando no funcionen en las condiciones requeridas por la presente ley.

Artículo 8º.- Los propietarios de los establecimientos actuales al ser promulgada la presente ley, dispondrán de un plazo de seis meses para poner su establecimiento en las condiciones legales.

Artículo 9º.- La asistencia oficial de psicópatas se hará de acuerdo con el sistema siguiente:

- A) Por dispensarios psiquiátricos.
- B) Por hospitales psiquiátricos.
- C) Por asilos, colonia y servicios especializados.
- D) Por la asistencia familiar.

Artículo 10.- Los establecimientos psiquiátricos oficiales, donde se internen psicópatas, deberán ser mixtos, con un servicio abierto y un servicio cerrado.

- A) Se entiende por servicio abierto el dedicado a la asistencia de enfermos neuróticos o psíquicos que ingresen voluntariamente con arreglo al artículo 14, inciso A) de la presente ley y de los enfermos psíquicos ingresados por indicación médica, previas las formalidades que señala el artículo 15 y que no presenten manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad.
- B) Se entiende por servicio cerrado el dedicado a la asistencia de los enfermos ingresados contra su voluntad por indicación médica, o de orden policial o judicial, en estado de peligrosidad o con manifestaciones antisociales.

CAPITULO III

De la asistencia domiciliaria

Artículo 11.- El médico encargado de asistir a un psicópata en su domicilio o en otro domicilio particular, cuando dicha asistencia obligue a la imposición de medidas restrictivas de la libertad, exigidas por la necesidad del tratamiento o por sus reacciones antisociales, deberá comunicar el caso a la Inspección General de Psicópatas dentro de las veinticuatro horas, en un certificado en que se expondrá, además de todos los datos relativos a la filiación del paciente, su sintomatología y resultado de la exploración somática y psíquica, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico. Si pasados sesenta días el enfermo no ha curado, el médico asistente deberá comunicar la

marcha de la enfermedad a la Inspección General de Psicópatas, una vez cada dos meses, y de inmediato la curación o el fallecimiento.

Artículo 12.- El Director de un establecimiento particular deberá llevar un registro que pondrá a disposición del Inspector General de Psicópatas cada vez que éste lo solicite, en que conste la filiación completa e historia clínica de cada enfermo allí internado, así como las observaciones dignas de ser anotadas (Reacciones suicidas, homicidas, etcétera).

CAPITULO IV

De la admisión de enfermos psíquicos en los establecimientos psiquiátricos oficiales o privados

Artículo 13.- Todo enfermo psíquico podrá ingresar en un establecimiento psiquiátrico oficial o privado, en las siguientes condiciones:

- A) Por propia voluntad.
- B) Por indicación médica.
- C) Por disposición judicial o policial.

Artículo 14.- El ingreso voluntario de todo enfermo psíquico exige:

- A) La constancia de admisión del médico que lo recibe.

En esta constancia se expondrán los antecedentes, sintomatología y resultado del examen del enfermo, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico.

- B) Una declaración del propio paciente o de su representante legal, en la que se indique su deseo de ser tratado en el establecimiento elegido, todo sin perjuicio de lo que estatuye el artículo 27.
- C) La admisión del enfermo por el director-médico del establecimiento.
- D) Los enfermos que ingresen voluntariamente a un establecimiento de asistencia de psicópatas, no figurarán en el Registro General de Psicópatas.

Artículo 15.- La admisión por indicación médica, o sea involuntaria, de un enfermo psíquico, sólo podrá ser un medio de tratamiento y nunca de privación correccional de la libertad, y se ajustará a las siguientes formalidades:

- A) Una constancia de admisión del médico que lo recibe.

En esta constancia se pondrán los antecedentes, sintomatología y resultado del examen del enfermo, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico.

- B) Una declaración firmada por el pariente más cercano del paciente o su representante legal, o por las personas mayores de edad que convivan con el enfermo, si no tiene parientes próximos, en la que se indique expresamente su conformidad y solicitando su ingreso directamente del director-médico del establecimiento.

En dicha declaración se hará constar también las permanencias anteriores del enfermo psíquico en establecimientos psiquiátricos, en sanatorios o aislamientos privados.

- C) Un certificado de enfermedad psíquica expedido por dos médicos.

Los médicos ajenos al establecimiento psiquiátrico, donde es admitido el enfermo, que expidan la certificación de enfermedad psíquica, no podrán ser parientes, dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de la persona que formule la petición, de ninguno de los médicos del establecimiento donde deba efectuarse la observación y tratamiento, ni del propietario o administrador.

La admisión del enfermo deberá efectuarse en un período de tiempo que no pase de diez días, contados a partir de la fecha del certificado médico.

Antes de transcurridas veinticuatro horas de la admisión del enfermo en el establecimiento, el médico-director está obligado a comunicar a la Inspección General de Psicópatas la admisión del enfermo, remitiendo una nota resumen de todos los documentos indicados en los párrafos anteriores y motivos del ingreso. Todo sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 27. El Inspector General de Psicópatas procederá a realizar el reconocimiento del enfermo e incorporará los informes recibidos al Registro General de Psicópatas.

Artículo 16.- Cuando un enfermo ingresado voluntariamente presente, a consecuencia del avance de su enfermedad psíquica, signos de pérdida de la libre determinación de su voluntad y de la autocrítica de su estado morbooso, o manifestaciones de auto o hetero peligrosidad, el director del establecimiento deberá ponerse de acuerdo con la familia o representantes legal del enfermo para disponer que se extiendan urgentemente los certificados y modificaciones oficiales correspondientes que señala el artículo 15 para los enfermos ingresados por prescripción médica, dando cuenta antes de las veinticuatro horas al Inspector General de Psicópatas a quien le será remitida una nota-resumen de todos los documentos tal como lo requiere el artículo 15 para ingreso de todos los enfermos de reclusión involuntaria.

Artículo 17.- En caso de urgencia el enfermo podrá ser admitido inmediatamente bajo la responsabilidad del médico-director del establecimiento, el cual en el término de veinticuatro horas, comunicará al Inspector General de Psicópatas el ingreso del enfermo, acompañando un certificado en el cual se hagan constar las razones de la urgencia del caso. Este certificado podrá ser extendido por uno de los médicos del establecimiento o por otro ajeno a éste debidamente legalizado; en el primer caso deberá, dentro de los tres días siguientes al del ingreso, ser ampliado por otro, firmado por psiquiatra ajeno al establecimiento o en su defecto, por un médico general. Siempre deberá completarse con los demás requisitos legales mencionados en el artículo 15 referente a ingreso involuntario. El Inspector General de Psicópatas en este caso, procederá también al tenor de lo dispuesto en el expresado artículo 15.

Artículo 18.- Cada vez que el Inspector General de Psicópatas lo considere oportuno o conveniente podrá, sin previo aviso comprobar la situación en cada uno de los pacientes dentro de los establecimientos atendiendo a las posibles denuncias sobre internamiento indebido y transmitiéndolas en su caso al Juzgado correspondiente, para la determinación de las responsabilidades en que se hubiere incurrido y que señala el Código Penal.

Artículo 19.- Cuando un enfermo psíquico pase a asistirse de un establecimiento psíquico a otro sean públicos o privados, la dirección del establecimiento de donde procede el enfermo, deberá remitir al establecimiento a donde sea trasladado una copia del certificado del ingreso (artículo 15, inciso A), y un resumen del curso de la enfermedad observado durante la estancia del paciente en el citado establecimiento.

Artículo 20.- La admisión urgente por disposición policial con fines de observación del presunto enfermo, sólo podrá hacerse en los casos de alienación mental que comprometa el orden público. Será dispuesta por autoridad policial y tendrá lugar cuando a juicio de un médico el enfermo se halle en estado de peligrosidad para sí o para los demás, o cuando a consecuencia de la enfermedad psíquica haya peligro inminente para la tranquilidad, la moral pública, la seguridad o la propiedad pública o privada, incluso la del propio enfermo. No podrá prolongarse más de un día sin que sea justificada por el certificado del médico-director del establecimiento, o por la del médico forense correspondiente y con arreglo a las formalidades estatuidas en el artículo 15, que se cumplirán como en los casos de urgencia.

Artículo 21.- Todo enfermo mental indigente o de escasos medios de fortuna o que carezca de protección familiar, y cuya psicosis exija por su peligrosidad un rápido ingreso en un establecimiento psiquiátrico, será admitido

sin dilación alguna en los Departamentos de observación, y será considerado como un caso de urgencia, con arreglo al artículo 17.

Artículo 22.- Los enfermos mentales procedentes de campaña que por disposición policial sean remitidos al Hospital de Alienados de la Capital y deban permanecer unos días en las capitales de los Departamentos mientras se corren los trámites correspondientes, serán asistidos, si ello es posible, en una sección de observación de los Centros Departamentales de Salud Pública.

Artículo 23.- Cuando se trate de enfermos psíquicos ingresados por orden judicial, deberá igualmente acreditarse su envío, mediante un informe médico ordenado por la autoridad que dispone su ingreso, en el cual se indique con detalle preciso, los resultados del informe psiquiátrico a que han sido sometidos con anterioridad por uno o diversos médicos, a los efectos de las disposiciones judiciales aplicadas.

En caso de urgencia, a juicio de la propia autoridad judicial, se podrá prescindir del previo informe médico establecido por este artículo.

Artículo 24.- Toda persona mayor de edad y de conocimiento de la respectiva autoridad policial o judicial, podrá solicitar de cualquiera de éstas orden de ingreso forzoso de un enfermo psíquico en un establecimiento psiquiátrico.

En caso de no ser el denunciante de conocimiento de la autoridad interviniente, deberá presentar dos testigos hábiles para establecer su identidad y capacidad.

El procedimiento se tramitará de oficio, en papel simple y libre de todo gravamen con la mayor urgencia.

Bastará la petición para decretarse la observación, previo informe médico, reclamado con urgencia de los funcionarios sanitarios por la autoridad ante quien se formule la solicitud.

No existiendo petición, la autoridad que tenga convencimiento de un caso comprendido en el artículo 22, procederá de oficio a decretar la observación, previo el informe de que habla el párrafo anterior. En casos de notoria urgencia por inmediata peligrosidad, se podrá ordenar el ingreso por indicación policial sin informe previo y con arreglo a los artículos 18 y 20, dando cuenta, dentro de las veinticuatro horas, al Inspector General de Psicópatas y al Juez respectivo.

La denuncia maliciosa que motive la internación de una persona en un establecimiento psiquiátrico, será penada con multa de 500 a 1.000 pesos o prisión equivalente.

Artículo 25.- Los médicos-directores de los establecimientos psiquiátricos podrán delegar su cometido en los otros médicos del establecimiento en caso de ausencia o enfermedad.

Artículo 26.- Todo médico que se haga cargo de la asistencia de un enfermo mental y ésta tome el carácter de aislamiento involuntario en asistencia privada o familiar organizada, lo comunicará al Inspector General de Psicópatas, dentro de las veinticuatro horas siguientes a su intervención médica, notificando que se han tomado las medidas convenientes de custodia. Quienes tengan potestad sobre un enfermo psíquico peligroso y aún los guardadores de hecho que, a pesar de los consejos médicos no hayan tomado las medidas de previsión correspondientes (internamiento, vigilancia particular), son responsables civilmente de las acciones delictivas del enfermo contra la vida y bienes de terceros.

Artículo 27.- En todos los casos de internación involuntaria de psicópatas y todos aquellos en que la asistencia voluntaria se transforma en compulsiva, el médico-director del establecimiento deberá dar cuenta de ello dentro de las veinticuatro horas al Juez competente. La misma obligación tendrá todo médico que se haga cargo de la asistencia de un enfermo mental y ésta tome el carácter de aislamiento involuntario en asistencia privada u organizada.

Artículo 28.- Los médicos, inspector, directores o médicos particulares a que se hace referencia en el artículo anterior, que no cumplieren los requisitos que se imponen, serán penados con multa de 100 a 500 pesos, sin perjuicio de la responsabilidad civil a que hubiere lugar.

CAPITULO V

De la salida de los enfermos psíquicos de los establecimientos psiquiátricos públicos o privados

Artículo 29.- La salida o alta de un enfermo mental tendrá lugar:

- A) De los enfermos ingresados voluntariamente o por indicación médica o por disposición policial y cuando con respecto a ellos no se hayan adoptado medidas restrictivas de su libertad, cuando ellos o sus familiares o su representante legal lo soliciten, o cuando el médico que lo asiste considere que ha cesado la necesidad de su hospitalización.

- B) De los enfermos ingresados por los mismos procedimientos a que se refiere el inciso anterior, pero frente a los cuales se han adoptado medidas restrictivas de su libertad, solamente cuando a juicio del médico que lo asiste, hayan perdido su peligrosidad.
- C) De los enfermos ingresados por orden judicial o que fueren sometidos más tarde a Juez solamente cuando lo disponga la autoridad competente a la que se comunicará por intermedio del Inspector General de Psicópatas, periódicamente, el estado del enfermo y la necesidad del alta, cuando así se considere conveniente.

Artículo 30.- En cualquier caso debe autorizarse el traslado de un enfermo a otro establecimiento público o privado, o para ser colocado en asistencia domiciliaria, cuando así lo soliciten las personas con derecho para hacerlo; debiendo el Inspector General de Psicópatas controlar el estricto cumplimiento del traslado que no tendrá en ningún caso el carácter de alta, ni hará perder al enfermo si la tuviere la calificación establecida en el artículo 13 de la presente ley.

Artículo 31.- La salida de un enfermo sólo podrá ser autorizada por el médico asistente. Los guardadores o el representante legal del enfermo podrán recurrir, ante una negativa de alta solicitada al médico, al Inspector General de Psicópatas, que la someterá al dictamen de la comisión honoraria, quien establecerá si corresponde o no levantar la calificación establecida en el artículo 13 y conceder el alta solicitada. Si por razones terapéuticas debe asegurarse la continuidad de una forma de asistencia o de tratamiento determinado, el médico asistente pondrá el hecho en conocimiento del Inspector General de Psicópatas que dará intervención, cuando corresponda, a las autoridades judiciales.

Artículo 32.- A todo enfermo psíquico, comprendido en el artículo 13 que sea dado de alta de un establecimiento psiquiátrico, se le otorgará por el médico asistente, un certificado que así lo haga constar. El Director de todo establecimiento psiquiátrico comunicará, dentro de las veinticuatro horas al Inspector General de Psicópatas, las altas de los psicópatas y circunstancias en que ellas se efectúan, así como también las defunciones.

Artículo 33.- En caso de fuga, se notificará ésta a la autoridad policial para que proceda a la busca del enfermo y su reingreso en el establecimiento. Se notificará, igualmente, de la fuga, al Inspector General de Psicópatas.

Artículo 34.- Cuando el médico-director de un establecimiento psiquiátrico oficial o privado lo considere oportuno, podrá conceder como ensayos alta o licencias temporales, que no podrán exceder de tres meses. En casos excepcionales también podrá conceder licencias provisionales de una duración máxima de dos años al final de cuyo plazo se canjearán por el alta

extendida en documento especial por el Director. Las condiciones de estos permisos o altas provisionales son:

- A) Los enfermos que salen del establecimiento en estas condiciones podrán ser readmitidos sin formalidades de ninguna clase.
- B) Sus guardadores están obligados a remitir al médico-director del establecimiento, o en su defecto a la Inspección General de psicópatas, en caso de cambio de médico, una relación mensual del estado del enfermo.
- C) No podrán negarse los guardadores del paciente a que éste pueda ser visitado por el personal médico del establecimiento o sus representantes si el Director del mismo lo estimase oportuno para el buen conocimiento de la psicosis del paciente.

Artículo 35.- Si la familia de un enfermo dado de alta o con licencia temporal no se presentase a recogerlo en término de cuatro días siguientes a la notificación, podrá aquél ser entregado a la autoridad competente para que sea conducido a su residencia familiar.

Artículo 36.- El reingreso de todo enfermo psíquico dado de alta definitiva, exigirá los mismos requisitos que el ingreso (artículo 13).

Artículo 37.- La organización interior de cada establecimiento en lo que a las relaciones de los enfermos con terceros se refiere, queda al prudente criterio del director-médico del establecimiento, así como la forma y técnica de la asistencia prestada a aquél. Dicha organización será especificada convenientemente en el Reglamento propio del establecimiento según dispone el artículo 7º de la presente ley.

CAPITULO VI

De la Inspección General de la Asistencia de los Psicópatas

Artículo 38.- La inspección general y vigilancia de la asistencia particular y oficial de enfermos psíquicos de todo el país dependerá del Ministerio de Salud Pública y estará a cargo de un Inspector General de Psicópatas.

Artículo 39.- Las funciones que por la presente ley se asignan al Inspector General de Psicópatas serán desempeñadas por el actual Inspector General de Alienados, Director de los Establecimientos de Alienados.

Las vacantes que de este cargo se produzcan, se proveerán por concurso.

Artículo 40.- Las funciones de Inspector General de Psicópatas serán incompatibles con la asistencia profesional privada de psicópatas y la dirección de establecimientos particulares para el tratamiento de los mismos.

Artículo 41.- Corresponde al Inspector General de Psicópatas:

- A) La inspección general y vigilancia de la asistencia oficial y particular de los psicópatas de todo el país, así como todos los cometidos de la higiene mental.
- B) Formar un registro general de los psicópatas de todo el país, en asistencia oficial o privada, con los datos que le enviarán los médicos respectivos y directores de establecimientos, salvo los casos previstos en el artículo 14.
- C) Visitar e inspeccionar en detalle los establecimientos de psicópatas oficiales y particulares, una vez cada tres meses y además siempre que lo juzgue conveniente.
- D) Cada vez que lo considere oportuno podrá comprobar la situación de los enfermos que se hallen en aislamiento privado sea en su domicilio o en otra casa particular.
- E) Dirigir advertencias y proponer sanciones contra los médicos o directores de establecimientos que incurran en omisiones respecto a las disposiciones de esta ley de acuerdo con lo que resuelva la Comisión Honoraria.
- F) Informar las solicitudes que se presenten, referentes a la apertura de nuevos establecimientos, así como los proyectos de reglamentación interna que presente el médico-director de estos establecimientos.
- G) Recibir y dar trámite a todas las denuncias sobre deficiencias de tratamientos.
- H) Dar cuenta a la justicia ordinaria en los casos de despojo, secuestro arbitrario e internamientos indebidos de psicópatas.
- I) Elevar anualmente al Ministerio de Salud Pública una Memoria detallada sobre la marcha de los establecimientos y asistencia de los psicópatas de todo el país, formulando las observaciones que la inspección le sugiera.
- J) Intervenir en los casos de altas reclamadas por los guardadores o representantes legales de un enfermo y rehusadas por el médico asistente, procediendo según el artículo 31.

- K) Vigilar y reglamentar las organizaciones públicas o privadas de asistencia familiar y propiciar la organización de patronatos para la protección de los enfermos que salgan de los establecimientos psiquiátricos.

CAPITULO VII

De la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas

Artículo 42.- Créase la comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas para los fines que se establecen en la presente ley.

Artículo 43.- Dicha Comisión estará integrada por los miembros que a continuación se expresa: el Inspector General de Psicópatas, como miembro asesor; un delegado designado por la Sociedad de Psiquiatría; el Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Derecho, nombrado por el Consejo de esta Facultad; un Profesor de Psiquiatría, de la Facultad de Medicina, designado por la misma; el Abogado Asesor de Legislación Sanitaria del Ministerio de Salud Pública y el Fiscal de lo Civil que designará el Poder Ejecutivo.

Artículo 44.- Corresponde a esta Comisión:

- A) Entender en todas las omisiones o las faltas señaladas por el Inspector General, en los establecimientos privados, elevando informe al Ministerio de Salud Pública.
- B) Entender en todos los casos en que el representante legal, los guardadores o parientes de los enfermos gestionen el alta del psicópata, y en los cuales se hayan producido diferencias de criterio respecto de esa alta.
- C) Opinar sobre todas las cuestiones que le sean sometidas por el Ministerio de Salud Pública o por el Inspector General de Psicópatas.
- D) Presentar las iniciativas que considere oportunas para la mejor asistencia de los psicópatas.

Artículo 45.- Esta Comisión tendrá su sede en el Ministerio de Salud Pública, el que la proveerá de personal y elementos que requiera para el regular cumplimiento de sus cometidos, sin que ello signifique la creación de nuevas erogaciones.

CAPITULO VIII

Disposiciones complementarias

Artículo 46.- Toda persona encargada de la asistencia de un psicópata debe suministrar las informaciones conducentes que sobre el enfermo le solicite la Inspección General de Psicópatas y deberá permitir las visitas inspeccionarias que éste disponga.

Artículo 47.- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a cualquiera de las prescripciones establecidas en la presente ley.

Artículo 48.- Comuníquese, etc.

Referencias expresas

Ley Nº 15.032, 7 de julio de 1980

CODIGO DEL PROCESO PENAL

CAPITULO III

De la competencia

SECCION I

De la competencia por razón de la materia

Artículo 35. (Competencia de los Juzgados Letrados de Primera Instancia).- Los Juzgados Letrados de Primera Instancia en lo Penal y los Juzgados Letrados de Primera Instancia de los departamentos del interior conocen:

- A) En el sumario y el plenario de los Procesos por delitos que la ley no atribuye a otros Tribunales;
- B) En los casos en que la **ley 9.581**, de 8 de agosto de 1936, establece la intervención judicial.

Ley Nº 16.170, 28 de diciembre de 1990

PRESUPUESTO NACIONAL DE SUELDOS, GASTOS E INVERSIONES

INCISO 12

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Artículo 426.- Créase el cargo de Inspector General de Psicópatas dentro del escalafón A Profesional, grado 21, en la unidad ejecutora 001, "Administración Superior" del programa 001, "Administración Superior", a que hace referencia la **Ley Nº 9.581**, de 4 de agosto de 1936.

Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007

Sistema Nacional Integrado de Salud

Artículo 3º.-Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- I) La participación social de trabajadores y usuarios.
- J) La solidaridad en el financiamiento general.
- K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- L) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Artículo 4º.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

- A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
 - B) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
 - C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
 - D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
 - E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
 - F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
 - G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
 - H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.
-

Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008

PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Artículo 11.- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.

En la atención de enfermos siquiátricos se aplicarán los criterios dispuestos en la **Ley N° 9.581**, de 8 de agosto de 1936, y las reglamentaciones que en materia de atención a la salud mental dicte el Ministerio de Salud Pública.

Código de la Niñez y Adolescencia

Aprobado por Ley N° 17.283, de 7 de setiembre de 2004

CAPITULO XI

I - Protección de los derechos amenazados o vulnerados de los niños y adolescentes y situaciones especiales

Artículo 121.- (Medidas en régimen de internación sin conformidad del niño o adolescente).- El Juez solamente podrá ordenar la internación compulsiva en los siguientes casos:

- A) Niño o adolescente con patología psiquiátrica.
- B) Niño o adolescente que curse episodios agudos vinculados al consumo de drogas.
- C) Niño o adolescente necesitado de urgente tratamiento médico destinado a protegerlo de grave riesgo a su vida o su salud.

En todos los casos deberá existir prescripción médica. El plazo máximo de la internación será de treinta días prorrogables por períodos de igual duración mediando indicación médica hasta el alta de internación.

Cuando el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay constate que un niño o adolescente pone en riesgo inminente la vida o integridad física suya o de otras personas, solicitará al Juez competente la aplicación de estas medidas, previa indicación médica.

Fuente: Redacción dada por Ley N° 19.149 de 24/10/2013

artículo 323.
