

Implementación de la Ley de Salud Mental en Uruguay: la notificación de internaciones en el marco de la Ley 19.529

Implementation of the Mental Health Law in Uruguay: the notification of hospitalizations under Law 19.529

Jorge Chavez Bidart¹, Germán Dorta², Nicolás Rodríguez³, Gabriela Pérez⁴

<https://doi.org/10.53680/vertex.v37i171.973>

Resumen

En Uruguay, la Ley de Salud Mental N° 19.529 plantea el deber de notificar las internaciones involuntarias, judiciales y voluntarias de más de 45 días por parte de los prestadores de servicios de salud. Las notificaciones deben dirigirse a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos, iniciando la recepción de las mismas en 2019. El período de ejercicio de la Comisión de Contralor es de tres años, por lo que se tomó ese período para realizar un estudio observacional descriptivo de corte transversal sobre las notificaciones de internación recibidas por la INDDHH. El estudio implicó la sistematización y descripción de diferentes variables contenidas en un formulario elaborado por la Comisión de Contralor para que los prestadores de salud realizaran las notificaciones.

Se sistematizaron 194 formularios de los que resulta que las notificaciones se dan en un mayor número por parte de prestadores públicos y se concentran en la capital del país y zonas aledañas, constatándose la inexistencia de notificaciones en gran parte del país. Los contenidos relevados en el formulario permiten constatar que es necesario ampliar la información recogida y la riqueza de la misma para alcanzar un seguimiento efectivo de las internaciones. Además, se evidencia la centralidad en la dirección técnica del establecimiento en el llenado de los formularios, que al vincularla con la preeminencia de las estrategias de intervención y las terapéuticas indicadas muestran la débil presencia e incidencia de los equipos interdisciplinarios.

Palabras claves: salud mental, internaciones, notificaciones, Uruguay

Abstract

In Uruguay, the Mental Health Law No. 19.529 establishes the duty of health service providers to report involuntary, judicial and voluntary hospitalisations of more than forty-five days. Notifications should be addressed to the National Commission for the Control of Mental Health Care and the National Human Rights Institution, with receipt of notifications commencing in 2019. The period of exercise of the Control Commission is three years, so this period was taken to carry out a descriptive observational cross-sectional study on the hospitalisation notifications received by the INDDHH. The study involved the systematisation and description of different variables contained in a form prepared by the Control Commission for health care providers to make notifications. A total of 194 forms were systematised, showing that most notifications are made by public service providers and are concentrated in the country's capital and surrounding

RECIBIDO 12/4/2024 - ACEPTADO 28/1/2025

¹Doctor en Psicología. Prof. Titular de Facultad de Psicología (UdelaR). Montevideo, Uruguay. <https://orcid.org/0000-0002-8123-6431>

²Mag. en Psicología Social. Asistente de Facultad de Psicología con Dedicación Total (UdelaR). <https://orcid.org/0000-0002-1727-2366>

³Doctor en Salud Colectiva. Prof. Agregado de Facultad de Psicología (UdelaR). <https://orcid.org/0000-0002-3674-9801>

⁴Licenciada en Psicología (UdelaR). <https://orcid.org/0000-0001-5365-6992>

Autor correspondiente

Germán Dorta

gdorta@psico.edu.uy

Institución donde se realizó la investigación: Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo y Facultad de Psicología (UdelaR).



areas, and that there are no notifications in a large part of the country. The contents of the form show that it is necessary to expand the information collected and its richness in order to achieve an effective follow-up of hospitalizations. In addition, it is evident that the technical management of the establishment is central to the completion of the forms, which, when linked to the pre-eminence of the intervention strategies and indicated therapies, shows the weak presence and incidence of the interdisciplinary teams.

Keywords: mental health, hospitalizations, notify, Uruguay

Introducción

En el año 2017 Uruguay cambió la legislación en salud mental. La ley N° 9.581 de asistencia a psicópatas del año 1936, dejó de estar vigente y se promulgó la Ley de Salud Mental N.º 19.529, adoptando una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas, especialmente a personas usuarias de servicios de salud mental (Uruguay, 2017, art. 1). La nueva ley establece cambios en la orientación de la atención en salud mental impulsando la desinstitucionalización de las personas internadas mediante el cierre de establecimientos asilares y monovalentes (Uruguay, 2017, art. 37). Esta meta asume las definiciones planteadas en la Declaración de Caracas de 1990 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990), referidas a que las estrategias de atención exclusivamente hospitalarias tienden a vulnerar los derechos de las personas usuarias. En este sentido, el cambio legislativo en Uruguay acompasa los cambios regionales en materia de salud mental y derechos humanos. Puccio (2015) plantea que, en las últimas décadas en la región, se dieron procesos de reforma de la atención en salud mental, que además de señalar la proclividad del hospital psiquiátrico a la vulneración de derechos, plantean nuevas formas de abordaje en la atención. Salzer (2017), en relación a la atención en salud mental, argumenta que la inclusión de las personas con trastornos mentales en la comunidad es un derecho. Esto explica por qué, además de la orientación comunitaria enfatizada en las políticas públicas actuales, se requieren mecanismos y procedimientos claros que respalden esta referencia.

El artículo 29 de la Ley de Salud Mental prescribe el deber de notificación por parte de los prestadores de salud. Las notificaciones deben realizarse en casos de hospitalizaciones voluntarias e involuntarias que se prolonguen por un período mayor a 45 días y de las internaciones por orden judicial, las primeras en las 72 horas siguientes a cumplirse 45 días y las segundas 24 horas máximo luego de efectivizarse. Las notifica-

ciones se dirigen a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (en adelante INDDHH) y a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental (en adelante CNCASM). Esta última fue creada por la Ley de Salud Mental y tiene como cometido el control del cumplimiento de la ley con especial interés en el resguardo de los “derechos humanos de las personas con trastorno mental” (Uruguay, 2017, art. 40).

La notificación es un procedimiento novedoso que la ley no definió el modo ni los instrumentos para su efectivización. Este proceso debió instrumentarse progresivamente ya que no existía un modo instituido de realizarlas, por lo que las primeras notificaciones se realizaron por medio de correo electrónico a las instituciones encargadas del monitoreo de la ley. La CNCASM se instaló a fines del 2018 y de sus primeras tareas fueron la elaboración de dos formularios web, uno para realizar denuncias y otro para notificaciones de internaciones, que comenzaron a implementarse a mediados del 2020. El uso de los formularios web por parte de los prestadores de salud aún no se ha logrado consolidar, por lo que las denuncias y notificaciones del primer período de la CNCASM, llegaron por diferentes vías tanto a la Comisión como a la INDDHH, haciendo difícil su caracterización y la posterior sistematización.

Las notificaciones son una práctica incluida en las reformas legislativas de salud mental en la región. Truffello et al. (2017) mencionan que, en la región, países como Argentina, Brasil y Colombia, en sus legislaciones incluyeron mecanismos y procedimientos de monitoreo de las internaciones en salud mental. Para Gable et al. (2005) las legislaciones buscan generar un debido proceso sustantivo de internación, basado en criterios terapéuticos y técnicos, además de garantizar un proceso legal justo. En este trabajo se plantea que las internaciones involuntarias deben seguir procedimientos legales específicos para evitar la arbitrariedad y proteger los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad.

La protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental fue aprobada por Naciones Unidas en 1991, justificando la existencia de órganos de monitoreo y de revisión de internaciones, principalmente las involuntarias. La función de monitoreo genera condiciones para implementar tratamientos más efectivos, hace posible el seguimiento de la atención recibida por las personas usuarias y a su vez, permite ajustar los marcos jurídicos que se ocupan de estas situaciones (Amado, 2006; Bersani et al., 2020; Gable et al., 2005; Pellegrini, 2005).

Si bien la bibliografía académica sobre la notificación y monitoreo de las internaciones en salud mental es escasa a nivel regional e internacional, esto no impide visualizar la importancia del tema dado los cambios en las legislaciones de distintos países que incluyen el monitoreo de internaciones involuntarias y prolongadas, así como el deber de notificar. Es posible que lo reciente de estos cambios, incide en lo poco que ha sido abordado el tema desde un punto de vista académico.

En el contexto del cambio de legislación en Uruguay, orientando la atención sobre el ámbito comunitario a la vez que la descentraliza del espacio hospitalario (Uruguay, 2017, art. 38), es que comienza a implementar ese el mecanismo de notificación como forma de regular las prácticas de internación. El presente estudio buscó sistematizar las notificaciones en salud mental realizadas a la INDDHH entre 2020 y 2021, a partir del formulario digital estandarizado por la CNCASM. Dicho formulario da cuenta de los procedimientos que deben llevar a cabo las direcciones técnicas de los servicios de salud mental, al momento de notificar las internaciones involuntarias, judiciales, voluntarias de más de 45 días. En este sentido, se expondrán los resultados alcanzados y las conclusiones que se pueden extraer de ellos.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal sobre las notificaciones de internación en el marco de la implementación de la Ley 19.529 entre el año 2019 y el año 2022. Estas notificaciones fueron recibidas por la INDDHH y el estudio implicó la sistematización y descripción de diferentes variables contenidas en ellas.

La falta de procedimiento para el envío y recepción de las notificaciones en los primeros años de implementación de la ley, llevó a que las fuentes de información estuvieran dispuestas en diferentes soportes y formatos. Se identificaron dos modelos de instrumen-

tos de notificación: las notas de prestadores de salud y los formularios de notificación. Las primeras fueron elaboradas por las diferentes direcciones técnicas de los prestadores de salud en función de criterios propios, conteniendo datos como el nombre de la persona usuaria, género, edad, ciudad, diagnóstico, institución de atención, fecha de internación, fecha de reingresos y del vencimiento de los ingresos. El segundo instrumento, elaborado por la CNCASM, proporciona un mismo y único modelo para todos los prestadores de salud y unifica los datos a ser aportados por las direcciones técnicas. Este modelo fue acompañado por un instructivo para la realización del trámite en línea dirigido a las direcciones técnicas con fecha de julio del 2020. Los campos a completar en el formulario releva datos de la dirección técnica, lugar de hospitalización (dirección, ciudad y contacto), datos de la persona paciente, el tipo de internación: voluntaria, involuntaria, judicial; egreso y posteriores hospitalizaciones, información sobre la terapéutica indicada si la internación es voluntaria y supera los 45 días, consentimiento informado del paciente (afirmativo o negativo), consentimiento de otro como familiar, juez, representante legal o dirección técnica. El formulario está alojado en el sitio web del Ministerio de Salud Pública y permite el monitoreo de la dirección técnica que notificó, de la CNCASM y la INDDHH.

Para este estudio se utilizaron tres tipos de fuentes documentales: 1) notas de los prestadores de salud mental, 2) hojas de cálculo creadas por la INDDHH, incluyendo información proporcionada por cada notificación, y 3) formularios de notificación recepcionados desde julio del 2020 a diciembre del 2021.

Se generó una matriz de datos procesado de acuerdo al año y la fuente de procedencia de la notificación. La cantidad de notificaciones enviadas en 2019 es de 323, en 2020 fueron 198 y en 2021 fueron 147. Posteriormente, en conjunto con la INDDHH, se definieron las variables a analizar. Se incluyeron: a) sexo de las personas internadas; b) carácter público o privado de los prestadores de salud que notificaron, c) tipos de hospitalización (involuntaria, voluntaria, judicial); d) diagnósticos que motivaron la internación; y e) características de las internaciones de más de 45 días. Específicamente en esta última variable, se prestó especial atención a la terapéutica indicada y las estrategias de tratamiento señaladas por las direcciones técnicas.

En cuanto a las cuestiones éticas, se utilizaron base de datos anonimizadas de la INDDHH y se contó con el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. La técnica de análisis para el procesamiento de las

notificaciones implicó un análisis descriptivo de cada variable y la distribución de frecuencia de estas (Hernández et al., 2006).

Resultados

A partir del procesamiento de los datos se generó una matriz considerando el año y los formatos en que se vehiculizó la notificación, sea a través de notas o formularios. En el primer año de recepción, el formato de nota fue la modalidad en las que se vehicularon las notificaciones y a medida que empiezan a implementarse los formularios digitales, su número va en aumento mientras que desciende el número de notas. El formulario digital fue elaborado por la CNCASM y comenzó a operar en julio del 2020.

En cuanto al total de notificaciones que llegaron a la INDDHH, se observa un descenso desde 2019 al 2021 tal como se expresa en *Tabla 1*.

A partir de estos números globales, se discriminaron y cuantificaron las notificaciones de acuerdo al sexo de las personas hospitalizadas. En este caso, se tomaron en cuenta los datos recopilados tanto a través de las notificaciones por formulario, así como por notas. Estos datos se presentan en la *Figura 1*.

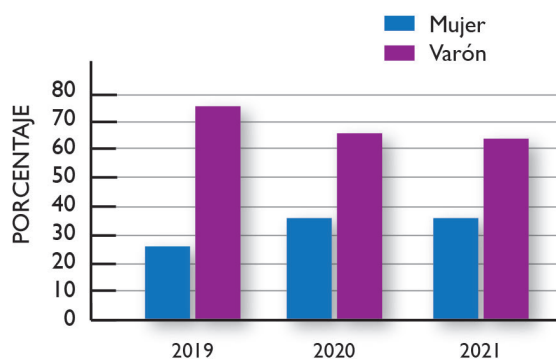
Tabla 1. Cantidad total de notificaciones por año y vía de realización

Años	Notas	Formularios	Total
2019	323	0	323
2020	133	64	198
2021	18	130	147
Total	474	194	668

Fuente: elaboración propia

Figura 1. Sexo de las personas hospitalizadas por año de notificación

Distribución por sexo en todas las notificaciones procesadas



Fuente: elaboración propia

En la *Figura 1* se observa un crecimiento en las notificaciones de mujeres hospitalizadas. En el 2019 las notificaciones de mujeres representan un 25.4 %, en el 2020 el porcentaje es de 34 % y en 2021 un 36.5 %, lo que resulta en una media de 30.4 % en el trienio. En el caso de los varones, en el año 2019 se alcanzó un porcentaje de 74.6 %, en el 2020 representaron el 66 % de las hospitalizaciones y en 2021 el 63.5 %, con una media de 69.6 % de notificaciones en los tres años relevados.

Los prestadores de todo el país que deben notificar las internaciones provienen del ámbito público y del privado. En el período relevado, si bien los prestadores públicos aparecen en un número menor, son quienes notifican más. Esto se explica en que el gran número de notificaciones procede del prestador público Hospital Vilardebó, hospital psiquiátrico ubicado en la capital del país y centro de referencia nacional en salud mental desde principios de siglo XX. La *Tabla 2* muestra las procedencias de los diferentes prestadores y el número de notificaciones, evidenciándose mayor número de notificaciones desde el sector público. Los tres prestadores de ese sector: el Hospital Vilardebó, el Hospital Militar y el Hospital de Rocha, sumaron el 74.2 % del total de notificaciones, siendo 144 las notificaciones en un total de 194. El sector privado contribuyó con el 25.8 % del total de notificaciones, presentando 50 de las 194 notificaciones.

Tabla 2. Nombre de los prestadores de salud que notificaron mediante formulario

Prestador	Departamento	Cantidad
Público	Montevideo	143
Privado	Montevideo	20
Privado	Montevideo	10
Privado	Maldonado	3
Privado	San José	3
Privado	Montevideo	3
Privado	Montevideo	3
Privado	Montevideo	1
Privado	Flores	1
Privado	Montevideo	1
Privado	Montevideo	1
Público	Montevideo	1
Privado	Montevideo	1
Público	Rocha	1
Privado	Rocha	1
Privado	Canelones	1
Privado	Montevideo	1

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la procedencia geográfica de las notificaciones, la *Figura 2* muestra que se concentran en la zona sur del país, de los 19 departamentos en los que se divide el país, se recibieron notificaciones de 6 departamentos ubicados en cercanía a la capital del país. La imagen de concentración se refuerza si vemos que de los 17 prestadores de salud (públicos y privados) que realizaron notificaciones, 11 se ubican en Montevideo.

En lo que respecta a los tipos de hospitalizaciones, de los 194 formularios estudiados, se registra que hubo 142 de internaciones involuntarias, alcanzando un 78% del total; 38 de internaciones voluntarias, siendo un 19,6%; y 14 por orden judicial, representando un 7,2% del total de las notificaciones.

La ley establece que las internaciones voluntarias e involuntarias que superen los 45 días deben notificarse, así como aquellas internaciones indicadas por intervención judicial. Considerando los tiempos de internación, se encontró que, de las 38 notificaciones por internación voluntaria, 27 (71 %) tuvieron una duración menor a 45 días, y en 11 notificaciones se superó ese número de días. También se observó que en 3 de las 38 notificaciones de internación voluntaria intervino un juzgado, constatándose que en esos 3 casos se notificó de manera incorrecta ya que no corresponden a internaciones voluntarias. En las 142 notificaciones por internaciones involuntarias, 67 fueron por más de 45 días y en 91 de los formularios se registró la intervención de un juzgado, representando un 64 % del total. En esas notificaciones con intervención judicial no se brindan datos sobre el juzgado que intervino y que actuación realizó.

Figura 2. Mapa del Uruguay señalado con color los departamentos que enviaron formularios al INDDHH, período de julio 2020 a diciembre 2021



Fuente: elaboración propia

Otro de los ítems relevados en las notificaciones son los diagnósticos ingresados por las Direcciones Técnicas de los prestadores de salud. Los diagnósticos presentes en el formulario electrónico en mayor número son los de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes, tal como se muestra en la *Tabla 3*.

La mitad de los ingresos reportados mediante el formulario electrónico corresponden a diagnósticos de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y/o trastornos delirantes. En cantidad, le siguen los trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos con un 13,4 %, así como el retraso mental. Posteriormente, se encuentran los trastornos del estado de ánimo o afectivos con 9,8 %, y los casos por abuso de sustancias con

Tabla 3. Diagnóstico principal al ingreso en notificaciones vía formulario electrónico

Diagnóstico principal al ingreso	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa en %
(F20-29) Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	97	50,0 %
(F60-69) Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	26	13,4 %
(F70-79) Retraso mental	26	13,4 %
(F30-39) Trastornos del estado de ánimo, trastornos afectivos	19	9,8 %
Trastorno por abuso de sustancias	11	5,7 %
(F00-F09) Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	4	2,1 %
Sin diagnóstico	4	2,1 %
F99 trastorno mental sin especificación	3	1,5 %
(F40-49) Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	2	1,0 %
(F50-59) Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	1	0,5 %
Violencia de género / Doméstica	1	0,5 %
Total	194	100 %

Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Motivo de hospitalización de 45 días o más

Motivo de hospitalización de 45 días o más	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa en %
Motivo de su patología	31	37,8 %
Demora en alta judicial	24	29,3 %
Sin completar, no ingresaron motivos	14	17,1 %
Red sociofamiliar insuficiente	3	3,7 %
Falta de vivienda	2	2,4 %
Recepción familiar y espera del alta judicial	2	2,4 %
Demora en alta judicial y resolución social	2	2,4 %
Social	1	1,2 %
Disposición judicial (medidas cautelares)	1	1,2 %
Su patología y la demora del alta judicial	1	1,2 %
Sin especificar	1	1,2 %
	82	100,0 %

Fuente: elaboración propia

5,7 %. El resto de los diagnósticos al momento de la internación, se distribuyen de manera equitativa.

En la siguiente *Tabla 4* se detallan las internaciones de más de 45 días. La razón principal que motiva la internación refiere a la patología de la persona usuaria, seguida de las demoras en el alta judicial. Además, es de destacar que en el 17,1 % de los formularios analizados que corresponden a estas internaciones no se informó sobre los motivos de ingreso. En los casos restantes las motivaciones para la hospitalización se deben a cuestiones de índole social.

En la *Tabla 5* se presenta la terapéutica indicada, así como la presencia de consentimiento o no de la persona usuaria. La terapéutica farmacológica fue la más prescrita, y en su mayoría no se registró un consentimiento para su administración (59 %). Se puede apreciar que en 17 de los 82 registros relacionados con la terapéutica indicada (aproximadamente el 21 %), no se proporcionó información. Además, en un único formulario se indica una terapéutica que involucra abordajes psicoterapéuticos y psicosociales. Por último, es importante destacar que la terapia electroconvulsiva se realizó con consentimiento de las personas usuarias y en un caso sin consentimiento.

Tabla 5. Terapéutica indicada y consentimiento para internaciones de 45 días o más

Terapéutica indicada	Total	Sin consentimiento registrado
Farmacológica	56	33
No ingresado	17	17
Terapia electroconvulsiva	7	1
Farmacológica y terapia electroconvulsiva	1	0
Farmacológica, psicoterapia y psicosociales	1	0
	82	51

Fuente: elaboración propia

En la *Tabla 6* se presentan las estrategias que se siguieron y el número de las mismas. En el caso de las hospitalizaciones de más de 45 días, la estrategia más empleada fue cumplir con la disposición judicial y continuar con el tratamiento, con un 35,4 % de los casos en ambos aspectos. En 16 de los 82 formularios que referían a estas internaciones, no se ingresó información en este campo, lo que representa un 19,5 %. Le siguen las estrategias que involucran una derivación que dé seguimiento a la situación, encontradas en 3 de los 82 formularios (3,7 %), así como otras estrategias similares, también presentes en un 3,7 %. En 2 de los 82 formularios (2,4 %) se registró el contacto con la familia como parte de la estrategia.

Discusión

La Ley de Salud Mental en Uruguay plantea un monitoreo de las situaciones de internación, en este sentido establece como mecanismo el deber de notificar las internaciones involuntarias y voluntarias de 45 días o más y las internaciones por orden judicial (Ley N.º 19.529).

Tabla 6. Estrategia a seguir en internaciones de 45 días o más

Estrategia a seguir	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa en %
Cumplir con la disposición judicial	29	35,4 %
Continuar con el tratamiento	29	35,4 %
Sin completar, no ingresaron estrategia	16	19,5 %
Derivación que dé seguimiento a la situación	3	3,7 %
Contactar a la familia	2	2,4 %
	82	100,0 %

Fuente: elaboración propia

Los procedimientos de notificación están a cargo de los prestadores, particularmente de las direcciones técnicas, que deben completar un formulario electrónico creado por la CNCASM y que comenzó a ser operativo desde mediados del año 2020 y todo el año 2021.

Los resultados presentados reflejan la sistematización de las notificaciones correspondientes al trienio 2019-2021, período de ejercicio de la primer CNCASM. Este período, en parte coincide con el período de pandemia por el COVID-19, no se relevó la incidencia de esta situación ya que el estudio se concentró en la sistematización de lo notificado. Sin embargo, cabe aclarar que esta situación pudo haber incidido en la disminución de notificaciones año a año.

Los datos aportados brindan información sobre el número de notificaciones correspondientes a cada año, el sexo de las personas usuarias internadas, la procedencia de las notificaciones especificando las instituciones prestadoras de salud, su carácter público o privado y el lugar del país en que operan. Se aportaron datos de aspectos relevantes para el seguimiento de las internaciones como son los motivos de las internaciones, el diagnóstico que justifica la internación y las estrategias a seguir.

En América Latina desde los años 90 y particularmente a comienzos del siglo XXI, se ha instalado la necesidad de generar mecanismos y procedimientos en relación a las situaciones de internación (Puccio, 2015; Truffello et al., 2017). A pesar de esto, aún no existen estudios publicados que releven específicamente las notificaciones de las internaciones en salud mental. Las internaciones en salud mental pensadas desde una perspectiva de derechos según Gable et al. (2005), es una orientación a profundizar y en el caso de Uruguay, la Ley de Salud Mental expresa una concepción de derechos que trascenderá el mero formalismo, si efectivamente se cumplen los mecanismos definidos en torno al deber de notificar.

El trienio estudiado es la primera experiencia de registro y notificación de hospitalizaciones, por lo que no es comparable con instancias anteriores o primeras experiencias en países de la región. En este sentido, el descenso de notificaciones año a año evidenciado en la sistematización, podría vincularse a diferentes variables. Consideramos tres variables que pudieron haber incidido en el hecho, primero la situación de pandemia con todas las afectaciones que provocó tanto en la población como en el sistema de salud; en segundo término, la esperable baja de las hospitalizaciones producto de la efectiva instrumentación de la Ley N°

19.529. Si bien la disminución de las internaciones psiquiátricas es un fenómeno de las últimas décadas como plantean Chebar et al. (2019), estas han sido motivadas por el uso extendido de psicofármacos, fenómeno que aumentó durante la pandemia (Alcántara, Figel, Campese & da Silva, 2022; Lopes, do Nascimento, Braga, et al., 2022) y que a nivel local no ha sido objeto de estudio, lo que nos impide observar con claridad el efecto de la aplicación de la ley. En tercer lugar y en el marco de la instrumentación de la ley, consideramos las dificultades que trae aparejado la operacionalización de un instrumento digital que implica el llenado de datos, tarea que se suma a las ya existentes para quienes trabajan en situaciones complejas.

Si resulta evidente de la sistematización realizada que la instrumentación de la Ley 19.529, específicamente en lo que corresponde a notificaciones, que existe un mayor cumplimiento de los prestadores públicos frente a los prestadores privados y que la práctica de notificar no es realizada a nivel nacional. Los resultados muestran una centralización de las notificaciones en la capital del país (Montevideo), ampliándose débilmente por departamentos limítrofes a la capital y otras más distantes, pero configurando una zona de contigüidad ubicada en el sur – costero del territorio nacional.

La sistematización, además de ciertos aspectos generales vinculados a la actividad de notificar, muestra aspectos particulares sobre el instrumento creado por la CNCASM. El formulario muestra sub-registro de información y la inclusión de datos que no corresponden al ítem solicitado, ejemplo de esto es cuando se notifica indebidamente aquellas internaciones voluntarias que no llegan a los 45 días. Los principios internacionales que establecen el debido proceso de las internaciones en salud mental plantean la claridad y transparencia al momento de realizar internaciones de este tipo (Gable et al., 2005; Pellegrini, 2005), la existencia de errores en la inclusión de datos o su falta, estarían afectando la tarea de la CNCASM, contrariando las garantías para el monitoreo de las internaciones y en definitiva, incumpliendo con garantizar el derecho de las personas usuarias estipulado en la Ley 19.529 (Uruguay, 2017).

Los resultados expresan que las internaciones, en su mayoría son involuntarias y a varones, siendo el motivo de internación más frecuente la patología y los diagnósticos prevalentes son: la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos, trastornos delirantes y los trastornos de la personalidad y del comportamiento

en adultos. Existen una serie de datos no aportados en el formulario pero que la bibliografía sobre la temática destaca como relevante, ejemplo de esto son la situación de empleo o desempleo de las personas internadas, las internaciones previas, las condiciones materiales en las que se encuentran, entre otros datos (Bersani et al., 2020; Chebar et al., 2019). La posibilidad de sumar dimensiones en el formulario aportaría a la comprensión de las características de las internaciones, evitando que sean iatrogénicas con las personas (Katsakou y Priebe, 2007) y de esa manera generar condiciones de prevención.

En relación a lo anterior, al relevar las internaciones mayores a 45 días, sólo un tercio son motivadas por la patología, lo que lleva a considerar que situaciones ajenas a la atención en salud están afectando y condicionando los períodos de internación. Estas condicionantes que refieren a fallas en el sistema judicial o situaciones de vulnerabilidad social tensionan las orientaciones de la legislación en salud mental, tanto en evitar internaciones prolongadas como en garantizar el derecho de las personas usuarias a una atención digna. De acuerdo a lo planteado por Serrani et al. (2017), la duración de las estadías de las internaciones en salud mental está vinculada a las prácticas comunitarias que tenga el servicio y la calidad de la atención en general, por lo que las dificultades mencionadas alertan sobre la dificultad en el cambio de modelo de la atención en salud mental.

La terapéutica según los resultados es mayoritariamente medicamentosa, respondiendo a un modelo biomédico. La estrategia seguida no está especificada en el 19,5 % de los formularios, por lo que el seguimiento de la persona internada no se refleja en las notificaciones. Esta falta de información puede favorecer nuevas internaciones ya que el objetivo terapéutico se difumina y no permite visualizar los procesos de atención (Olcina-Rodríguez et al., 2022; Serrani et al., 2017). Las estrategias en la mayoría de los casos se dirigen a continuar tratamientos y cumplir con la actuación judicial, lo que no aporta datos sobre cambios o transformaciones en los procesos de atención, a su vez la centralidad de la información se brinda desde la posición del director técnico del establecimiento, profesional de la psiquiatría en la mayoría de los casos, donde no hay presencia de la acción tanto en el diseño de estrategias como en la terapéutica de otros componentes de los equipos técnicos, lo que no brinda evidencia de la atención interdisciplinaria que se establece en la Ley N.º 19.529 (Uruguay, 2017).

Las internaciones prolongadas en salud mental, así como los motivos de internación, las estrategias y tratamientos brindan información de suma importancia para monitorear la implementación de la ley y especialmente, el debilitamiento del modelo asilar y monovalente en favor de un modelo comunitario con perspectiva de derechos, tal como ha sido consensuado por distintos actores políticos, académicos y sociales (OPS, 1990; De León, 2013; Puccio, 2015). Estas internaciones exceden el objetivo terapéutico y resultan interminables por la carencia de abordajes fuera del hospital (Amado, 2006), señalando los ritmos de transformación del modelo.

Conclusiones

El estudio exploratorio sobre las internaciones por motivos de salud mental en el marco de la Ley N.º 19.529 y particularmente centrados en el deber de la notificación de las internaciones involuntarias y prolongadas, se realizó a través de la sistematización de las notificaciones enviadas a la INDDHH durante el período 2019-2021. Los resultados muestran un descenso paulatino año a año de las notificaciones en el período, lo que deberá investigarse particularmente y en comparación con períodos posteriores, dado que esta investigación es de las primeras que se realiza en la región. De todas maneras, se pueden extraer conclusiones sobre la operativa de la notificación y el instrumento utilizado. Como se vio en los resultados, la procedencia de las notificaciones por el tipo de prestadores y su localización, hace notar la necesidad de promover actividades de sensibilización en términos de política pública dirigidas a realzar la necesidad de notificar las hospitalizaciones, con un énfasis especial en los prestadores privados y los departamentos del centro, litoral y norte del país.

El uso del formulario como instrumento de mediación de las notificaciones evidenció algunas debilidades que seguramente podrían resolverse en diálogo entre los actores involucrados, de modo de identificar dificultades en el completado del formulario. A su vez, sería importante incluir el relevamiento de nuevos datos para mejorar el monitoreo de la atención y tener una idea más completa sobre las situaciones en las que se encuentran las personas al momento de una internación. En este mismo sentido, promover la presencia de los equipos interdisciplinarios descentrando la tarea de llenado en la Dirección Técnica y resituándola sobre el equipo, permitiría avanzar sobre un enfoque interdisciplinario para la atención tal como se prescribe en la ley.

Las características de las internaciones mayores a 45 días muestran una terapéutica centrada en la farmacología y los abordajes en psicoterapia y tratamientos psicosociales son ínfimos. Esto va en detrimento de la orientación de la legislación en cuanto a promover procesos de desinstitucionalización donde predomine una atención comunitaria. En este sentido, las características de las internaciones de más de 45 días nos muestran una atención focalizada en el hospital asilar y monovalente, con prevalencia de solo una mirada técnica, por lo que reafirmamos la necesidad de alinear a los equipos multidisciplinarios en el llenado del formulario, de modo de avanzar sobre la redistribución de tareas y responsabilidades, a la vez que se construyen condiciones para el trabajo interdisciplinario.

En cuanto a los límites del estudio, este se sitúa sobre una experiencia inaugural prescripta por la Ley 19.529 y en tanto tal no contó con una matriz de fuentes homogéneas. El panorama que se brinda como resultado no contiene la incidencia de variables que se dieron particularmente en parte del período como lo fue la pandemia, de todas maneras, no existen otros estudios anteriores que permitan comparar la información. Esto último convierte en una fortaleza el estudio realizado, ya que es un aporte a conocer los modos de implementación de la Ley de Salud Mental en el Uruguay.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos: Investigación financiada por convenio entre la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo y Facultad de Psicología (UdelaR).

Referencias bibliográficas

- Alcántara, A. M., Figel, F. C., Campese, M., & da Silva, M. Z. (2022). Prescripción de Psicofármacos na Atenção Primária à Saúde no contexto da Pandemia da Covid-19. *Research, Society and Development*, 11(4), 1-11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.20210>
- Amado, E. (2006). Descripción de los principales condicionantes que afectan las internaciones psiquiátricas en el Hospital "Dr. A. Korn" de Melchor Romero. *Rev. Vertex*, 17(65), 43-47. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/issue/view/138/153>
- Bersani, F., Mandarelli, G., Ferracuti, S. y Catanesi, R. (2020). Legislative differences may influence the characteristics of involuntary hospitalised psychiatric patients. *Rev. Medicine, Science and the Law*, 60(3), 235-236. <https://doi.org/10.1177/0025802420918487>
- Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental. (2020). *Instructivo para la realización del Trámite en Línea*. Manual para los Directores Técnicos.
- De León, N. (2013). *Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Universidad de la República. Comisión Sectorial de Investigación Científica Artículo 2.
- Gable, L., Vásquez, J., Gostin, L & Jiménez, H. (2005). Mental health and due process in the Americas: protecting the human rights of persons involuntarily admitted to and detained in psychiatric institutions. *Rev. Panam Salud Publica*, 18 (4/5), 366-373. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8023/28099.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Interamericana.
- Katsakou, C. y Priebe, S. (2007). Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: A review of qualitative studies. *Rev. Epidemiología e Psiquiatría Social*, 16 (2), 172-178. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00004802>
- Lopes, J. M., do Nascimento, F. B. R., Braga, A. O., Junior, A. V. D. B. S., de Lira Araujo, S. V., & de Carvalho Leite, Y. K. (2022). Uso elevado de psicofármacos durante a pandemia da COVID-19: uma análise a partir de levantamentos epidemiológicos. *Research, Society and Development*, 11(8), 1-11. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31180>
- Organización Panamericana de la Salud (1990, noviembre 14). Declaración de Caracas. *Conferencia de reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Puccio, S. (2015). La internación involuntaria en la legislación argentina y brasilera desde la perspectiva de los Derechos Humanos. *Cadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario*, 4 (4), 123-144. <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/230>
- Salzer, M. (2017). La inclusión comunitaria en personas con trastornos mentales severos como un derecho humano y como una necesidad médica. *Rev. Vertex*, 28(135). 367-374. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/425/363>
- Pellegrini, J. (2005). Sobre las internaciones psiquiátricas. *Rev. Vertex*, 17(68), 309-318. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/issue/view/135/150>
- Truffello, P., Weidenslauffer, C. y Williams, G. (2017). *Regulación de la internación involuntaria por salud mental en la legislación extranjera*. Biblioteca Nacional del Congreso de Chile. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/24218/2/BCN_Informe_Salud_Mental_-_Internacio%CC%81n_-_Comparada.pdf
- Uruguay (2008). Ley Nro. 18.33: *Ley de Protección de datos personales*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>
- Uruguay (2017, setiembre 19). Ley nro. 19.529: *Ley de Salud Mental*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Veiga, J., De La Fuente, E. y Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Rev. Medicina y Seguridad del Trabajo*, 210(1), 81-88. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011