

I. EL PROCESO DE MEMORIA, VERDAD Y JUSTICIA POR LOS CRÍMENES DE LESA HUMANIDAD COMETIDOS POR LA ÚLTIMA DICTADURA MILITAR (1976-1983). LOGROS, OBSTÁCULOS Y DESAFÍOS

El 14 de junio de 2005 la Corte Suprema de Justicia de la Nación confirmó las decisiones judiciales anteriores y declaró la *invalidez e inconstitucionalidad de la ley de punto final (ley 23.492) y de la ley de obediencia debida (23.521)*, leyes que junto con los decretos presidenciales de indulto habían beneficiado con la impunidad a los responsables de los crímenes de lesa humanidad cometidos durante la última dictadura militar (1976-1983)¹. Esta decisión del máximo tribunal de justicia de nuestro país reabrió el camino de la justicia creando un nuevo escenario para que los responsables sean sancionados y el Estado satisfaga el derecho de las víctimas y de la sociedad en su conjunto a obtener justicia. Esta decisión, sumada a una serie de medidas adoptadas por el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo en los últimos años marcan un cambio fundamental, y confirman la vigencia de una política de Estado a favor de la verdad y la justicia de estos crímenes².

Desde entonces se han reabierto decenas de causas judiciales en todo el país³, en las que se investigan detenciones arbitrarias, torturas, ejecuciones, y otras graves violaciones de derechos humanos. Ahora bien, esta reapertura de las causas judiciales ha evidenciado *nuevos obstáculos* para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de investigar y castigar estos crímenes. Que desde la reapertura de las causas, sólo un puñado de ellas hayan sido llevados a juicio es un síntoma que debe merecer atención⁴. Es preciso fortalecer la articulación de las distintas agencias estatales responsables del seguimiento del proceso de verdad y justicia reabierto —así como de todos los actores políticos y sociales involucrados en el proceso—, que motorice y centralice las medidas que deben tomarse para garantizar una respuesta judicial e institucional adecuada. De la misma manera, debe llevarse adelante una estrategia integral para la tramitación de los procesos judiciales.

I.1. La seguridad de las personas vinculadas al proceso

El 19 de septiembre de 2006 desapareció Jorge Julio López, un sobreviviente de un centro clandestino de detención y testigo clave en el proceso por el que se juzgo y finalmente se condenó a reclusión perpetua al ex policía de la provincia de Buenos Aires, Miguel Etchecolatz⁵. Hasta el día de la fecha no hay información alguna sobre su paradero.

Dicha situación se agravó aún más cuando el 28 de diciembre de 2006 fue secuestrado Luís Gerez, otro testigo vinculado al proceso de justicia. Afortunadamente este testigo apareció con vida dos días después, aunque con señales de haber sido torturado. Sin embargo, estos hechos no fueron aislados; le antecedieron y sucedieron otros de gravedad, como amenazas telefónicas, por correo electrónico y por carta a defensores, víctimas, testigos y jueces.

Estos casos evidencian la *falta de previsión* de las autoridades estatales acerca de las posibles consecuencias de la apertura de los juicios. La situación vivida a partir de la desaparición de Jorge Julio López deja una huella profunda en el proceso de búsqueda de justicia y refuerza la necesidad de contar con una firme voluntad política, que garantice la seguridad de las personas vinculadas al proceso y el avance del proceso de justicia.

Una primera estimación oficial indica que alrededor de 370 testigos se encuentran en una situación crítica, sobre un total estimado de 4.500; y que 36 de ellos habían sido amenazados en alguna forma⁶. Los fiscales y los jueces no siguen ningún protocolo de acción y los asuntos vinculados a la protección tienden a ser manejados caso por caso, fuera de un marco totalmente consistente y sistemático.

I.2. Las falencias de las agencias encargadas de la investigación y juzgamiento

El actual escenario está marcado por la *debilidad y falta de capacidad* específica de las agencias de seguridad⁷ e investigación⁸ en este proceso.

En el documento que se acompaña como anexo I a este informe⁹, se presenta un diagnóstico del momento actual en el proceso de memoria, verdad y justicia argentino y se desarrollan las propuestas que desde una organización de la sociedad civil —como el CELS— se le acercaron al Estado argentino a comienzos de 2007 con miras a fortalecer el proceso de memoria, verdad y justicia.

El Estado argentino respondió a estos reclamos con la creación de tres nuevas instancias: a) la Unidad fiscal de coordinación y seguimiento de las causas por violaciones a los derechos humanos cometidas durante el terrorismo de Estado, dependiente de la Procuración General de la Nación (PGN)¹⁰; b) el Programa Verdad y Justicia¹¹, en la órbita del Poder Ejecutivo Nacional (PEN) y c) la unidad de asistencia y seguimiento de las causas penales en las que se investiga la desaparición forzada de personas antes de 1983 en el marco de la Corte Suprema de Justicia de la Nación¹².

La creación formal de estas dependencias gubernamentales es un paso importante. No obstante, se mantiene la *ausencia de una estrategia clara e identificable*, que es uno de los obstáculos principales de la persecución penal de violaciones a derechos humanos cometidas durante el terrorismo de Estado en Argentina. Los aspectos principales de este problema son: i) la falta de información precisa sobre el universo de casos y de su diverso grado de avance; ii) la falta de metas y de puntos de referencia claros en términos de tiempo y objetivos; iii) la falta de diseño y gestión de una política de protección de víctimas, testigos, defensores de derechos humanos y funcionarios (con recursos económicos y humanos adecuados); y iv) la ausencia de diagnóstico de los problemas estructurales que requieran de reformas institucionales a mediano y largo plazo y proponer medidas para superarlos.

Para superar estos obstáculos deberían llevarse a cabo medidas que apunten a: a) Consolidar la Unidad fiscal de coordinación y seguimiento en la órbita de la PGN¹³; b) acelerar los procesos de designación de jueces, fiscales y defensores federales para cubrir vacantes existentes y mejorar el sistema de designación de subrogantes o conjuces¹⁴; y c) asignar y administrar los recursos necesarios para la promoción de los juicios en las diversas jurisdicciones del país¹⁵.

II. LA GRAVE SITUACIÓN CARCELARIA: VIOLACIÓN SISTEMÁTICA DE LOS DERECHOS A LA INTEGRIDAD FÍSICA Y A LA LIBERTAD PERSONAL

El Estado argentino continúa incumpliendo numerosas obligaciones internacionales en materia de derechos a la integridad física y a la libertad personal, debido a las condiciones de detención, la aplicación excesiva de la prisión preventiva, y a los maltratos y torturas que sufren los detenidos. En reiteradas oportunidades organismos internacionales de supervisión de derechos humanos emitieron recomendaciones que siguen sin ser cumplidas¹⁶.

II.1. Condiciones de detención

En general en todo el país las condiciones materiales de detención en cárceles y dependencias policiales argentinas están lejos de adecuarse a los parámetros internacionales, en especial los fijados por las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos.

Una de las situaciones más graves por el hacinamiento y la violencia intramuros es el de la **provincia de Buenos Aires**, que ha motivado un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (el 3 de mayo de 2005) en el marco de un habeas corpus colectivo interpuesto por el CELS a favor de todos los detenidos de la provincia de Buenos Aires¹⁷. Este fallo generó algunas medidas dirigidas a aliviar la situación de hacinamiento y sobrepoblación de las cárceles y comisarías bonaerenses. Sin embargo, este problema está lejos de encontrar aún una solución¹⁸.

A pesar de la disminución del número de personas encarceladas y alguna mejora en las condiciones edilicias, en la totalidad de los calabozos de las comisarías bonaerenses y en mayoría de las unidades carcelarias provinciales se siguen violando las Reglas Mínimas, por ej. por no existir celdas individuales destinadas al aislamiento nocturno; no existir condiciones de aireación, iluminación, calefacción y contacto diario con el aire libre; las unidades no cuentan con instalaciones sanitarias adecuadas; no se garantizan condiciones de higiene personal, servicio médico; ni adecuada alimentación; y tampoco se contempla en todos los casos la debida separación de categorías entre procesados y condenados, o mayores y menores de edad.

A su vez resulta alarmante que en el actual contexto de hacinamiento y sobrepoblación que atraviesa la provincia de Buenos Aires persista la privación de libertad de grupos especialmente vulnerables: personas con graves problemas de salud; mujeres embarazadas y mujeres con hijos en cárceles y comisarías de la provincia¹⁹. De hecho, ha existido un considerable aumento de la cantidad de niños detenidos junto a sus madres en unidades penitenciarias de la provincia²⁰. Ante esta situación de sobrepoblación, es aún más preocupante que la provincia no cuente con criterios para determinar el cupo de las unidades penitenciarias²¹.

Por otro lado, incluso las unidades penitenciarias inauguradas durante los últimos años no respetan estos estándares. El caso más emblemático de las unidades inauguradas recientemente —a pesar de tener serias fallencias en su diseño y construcción—, es el de la unidad N° 28 de Magdalena. En esta unidad, en la noche del 15 de octubre de 2005 se registró una de las mayores tragedias carcelaria de las últimas décadas: la muerte de 33 internos a raíz del incendio desatado en el pabellón en el que encontraban alojados²². Ese hecho es un claro exponente de la política de construcción de “*módulos de bajo costo*” que lleva adelante el gobierno de la provincia de Buenos Aires²³. Así, las nuevas construcciones edilicias que supuestamente pretenden solucionar el problema de la sobrepoblación carcelaria no respetan los estándares internacionales mínimos para el alojamiento de detenidos²⁴.

La situación carcelaria de otras provincias también merece un llamado de atención. Por ej. en el caso de la **provincia de Mendoza** la terrible situación carcelaria ha motivado diversos pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos²⁵.

Por último, debemos mencionar un hecho reciente ocurrido en la **provincia de Santiago del Estero**. Concretamente el 4 de noviembre de 2007, en la Unidad Penal N°1 de Varones de esta provincia, 34 internos resultaron muertos a causa del incendio generado en el pabellón N° 2. Esta unidad tenía, al momento de los hechos, una sobrepoblación del 122%²⁶. De las 444 personas alojadas allí, 276 estaban detenidas sin sentencia firme.

Esta situación carcelaria interpela a los distintos poderes de los estados provinciales y del Estado Nacional a modificar las condiciones de detención y de seguridad de las personas alojadas en unidades penitenciarias, revisar el uso abusivo de la prisión preventiva y modificar la legislación que avala esa práctica. En este sentido, es necesario que se establezcan estándares claros sobre las condiciones de seguridad en las que deben estar alojadas las personas privadas de su libertad en todo el territorio nacional para impedir que estos hechos sigan ocurriendo²⁷.

II.2. La práctica de la tortura. La ausencia de un mecanismo nacional para la prevención de la tortura

Si bien no existen datos sistemáticos para cuantificar los casos ocurridos en todo el país, existen algunos relevamientos en la provincia de Buenos Aires que dan una idea de la magnitud del problema. La existencia de torturas o maltrato al momento de la detención de una persona y en las cárceles y comisarías de la provincia, ha sido denunciada por muchos actores (funcionarios, ONGs, periodistas) y reconocida tanto por instancias gubernamentales²⁸ como por funcionarios judiciales que manifiestan haber conocido o haber tenido intervención en algún caso. El Banco de Datos de Casos de Tortura y otros tratos y penas crueles de la Defensoría de Casación bonaerense²⁹, registró 2.551 casos de torturas y malos tratos para el periodo comprendido entre marzo de 2000 y agosto de 2004. Esta cifra reúne los casos denunciados ante la justicia provincial y los casos puestos a conocimiento —bajo secreto profesional— de abogados defensores que integran la defensa pública de la provincia y que no han seguido el camino de la denuncia judicial, principalmente, ante el temor de posibles represalias³⁰. A su vez, según el Registro de Denuncias de Apremios y

Malos Tratos Físicos o Psíquicos en perjuicio de Menores Tutelados³¹, entre el 20 de septiembre de 2000 y el 30 de junio de 2004 se registraron 3.914 denuncias.

Por otra parte, si bien el Estado argentino ha ratificado el Protocolo Facultativo a la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes³², sigue incumpliendo la obligación de crear un Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura³³. Vale aclarar que la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación había elaborado un anteproyecto de ley dirigido a la creación de este Mecanismo Nacional que no respondía a las exigencias del protocolo ni a las necesidades que impone la grave situación carcelaria del país³⁴.

II.3. La aplicación irrestricta de la prisión preventiva

En Argentina el uso de la prisión preventiva sigue siendo absolutamente abusivo, lo que empeora aún más la situación carcelaria y demuestra las falencias del poder judicial en investigar y juzgar a las personas dentro de plazos razonables³⁵.

Si bien en los últimos años se advierte una tendencia negativa sobre el porcentaje de personas privadas de libertad, los datos siguen siendo alarmantes³⁶. Sólo en las cárceles federales, el 56,6% de los alojados no tiene sentencia firme³⁷. Más allá de algunas decisiones puntuales que intentaron revertir esta práctica abusiva³⁸ no se advierte un cambio en la política criminal y legislativa al respecto del tema, sino ciertos paliativos temporales que muchas veces generan consecuencias aun más negativas que positivas³⁹.

Por otro lado, el mantenimiento de la grave situación de las personas privadas de libertad en el país está íntimamente vinculado con los problemas para hacer efectivo el derecho constitucional de defensa en juicio y la debilidad de la defensa pública. Si tomamos como ejemplo la provincia de Buenos Aires en donde el 80% de las personas detenidas es patrocinada por la defensa oficial, se advierte fácilmente la magnitud de este problema, en detrimento de los derechos de los presos. La disparidad de armas entre la acusación y la defensa en casi cualquier causa en trámite en el país, se traduce en una serie de consecuencias tales como: abuso de la prisión preventiva; plazos procesales irrazonables; actuación ilegítima de la policía sin ser controvertida; condiciones inhumanas de detención; incumplimiento de los derechos contemplados en las leyes de ejecución.

III. VIOLENCIA POLICIAL: LA VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA VIDA POR PARTE DE LAS FUERZAS DE SEGURIDAD

Las instituciones de seguridad de Argentina se han caracterizado por sus prácticas violentas. Desde la recuperación de la democracia se han producido ejecuciones —muchas veces escondidas tras supuestos enfrentamientos armados—, abuso de la fuerza, torturas seguidas de muerte, represión violenta de protestas sociales, entre otros hechos.

Según cifras del CELS, el resultado de la violencia institucional ha provocado, entre 1996 y 2006, 2796 víctimas fatales sólo en la región metropolitana de Buenos Aires⁴⁰. Sólo en el 2006 hubo 115 víctimas fatales en hechos de violencia institucional en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense. Entre ellas, se detectaron al menos 10 personas que fueron asesinadas encontrándose absolutamente indefensas. Un dato ilustrativo es que sobre el total de asesinatos intencionales, las muertes por hechos de violencia institucional en la Ciudad de Buenos Aires representan un 30% del total⁴¹; en otras palabras, casi una de cada tres personas asesinadas muere en un hecho en el que participa un funcionario de alguna institución de seguridad.

Es importante mencionar que esta situación viene descendiendo desde el año 2002, especialmente en la provincia de Buenos Aires. En este sentido, desde una nueva gestión en seguridad en esta provincia en el año 2004 comenzó a impulsarse un proceso de depuración en las filas de la Policía Bonaerense. Consecuentemente, desde dicho año más de 1600 policías han sido expulsados de la mencionada institución, lo que representa un cambio importante en la reacción de las autoridades en la institución policial y en la esfera política⁴².

Lamentablemente, en el caso de la Policía Federal los cambios han sido menos marcados. Si bien el número de muertos por hechos de violencia con participación de funcionarios de dicha fuerza ha bajado desde el 2002, en los años 2004 y 2005 esta tendencia se detuvo, manteniéndose prácticamente en los mismos valores, ya que en el 2004 se registran 50 muertes, y 54 el año siguiente⁴³. A pesar de haberse eliminado la obligatoriedad de portar armas para el personal policial federal fuera de servicio, lo cierto es que las acciones de estos agentes siguen siendo altamente mortales: los civiles muertos por policías federales fuera de servicio en los últimos cuatro años alcanzan el 56% de los casos.

Sin embargo, a pesar de la merma en la cantidad de los casos, la descripción de los hechos muestra una preocupante permanencia en los patrones de violencia policial más aberrantes. A esto se le suma que la violencia institucional no es azarosa, ya que continúa con la tendencia de focalizarse en determinados sectores de la sociedad⁴⁴.

La repetición de estos hechos también es posible merced a la deficiente respuesta judicial. En muchos casos, las autoridades judiciales suelen asumir como verdad el relato de los hechos presentado por la policía, entonces casos de ejecuciones por parte de funcionarios judiciales son encubiertos bajo relatos de supuestos enfrentamientos. Esto genera que muchas veces la respuesta desde la justicia no sea la adecuada al caso, o que, cuando llega, es fruto de un arduo trabajo llevado adelante por familiares de la víctimas, quienes son asistidos por abogados u organizaciones no gubernamentales, y no por una actuación diligente de los distintos actores judiciales⁴⁵. Incluso, es notoria la cantidad de casos en los que se realiza una calificación errónea de los hechos, asimilando el delito de tortura a tipos penales de menor gravedad, como por ejemplo los apremios ilegales, que lógicamente son sancionados con penas inferiores⁴⁶.

No obstante esta grave situación, el Estado argentino continúa incumpliendo las recomendaciones internacionales, en tanto la información oficial al respecto sigue siendo deficiente, pues no se garantiza su centralidad ni la periodicidad en su administración⁴⁷.

IV. EXCLUSIÓN SOCIAL

A pesar del crecimiento económico y de la paulatina mejora en los índices de pobreza, indigencia y desempleo de los últimos años, existe todavía en Argentina un alto nivel exclusión social en todo el país, que repercute en la posibilidad cierta que tienen estas personas de ejercer derechos básicos, tanto civiles y políticos, como económicos, sociales y culturales⁴⁸. Millones de familias que no acceden a bienes y servicios básicos, sobreviven con escasos ingresos en un mercado laboral que crece profundizando las desigualdades salariales (entre sectores formales/informales) y marginando de la protección social y previsional a un sinnúmero de trabajadores/as. *La exclusión social sigue constituyendo hoy el principal obstáculo para consolidar en el país un Estado protector de los derechos humanos*. En ese contexto, el acceso a la ciudadanía plena por parte de vastos sectores sociales que han quedado al margen de las políticas públicas ofertadas por el Estado debería ser la prioridad principal de las instituciones de la democracia.

Luego de la radicalización de la crisis política, económica, institucional y social en el año 2001, al año siguiente Argentina llegó a tener el mayor pico de pobreza de la historia reciente: el 54,3% del total de la población vivía bajo la línea de pobreza y el 24,7%, bajo la línea de indigencia.

De acuerdo con la información oficial disponible, en la actualidad el 26,6% de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza y el 9% es considerado indigente. Esta mejora es importante, pero no se equipara con el grado de evolución que durante el período 2003-2007 han tenido las principales variables socio-económicas a nivel macro⁴⁹.

Al mismo tiempo, no debe perderse de vista que, si bien entre el 2º semestre de 2003 y el 2º semestre del 2006, la pobreza disminuyó casi un 21% (de 47,7% a 26,9%), una parte importante de las personas que emergieron de la pobreza continúan en una *situación de vulnerabilidad*⁵⁰. Estos datos cobran aún mayor relevancia en un contexto que presenta niveles de inflación crecientes⁵¹.

Las medidas macroeconómicas llevadas adelante desde el 2003 se plasmaron en un crecimiento continuado del Producto Bruto Interno (PBI). Esta reactivación impactó en forma directa sobre el empleo, haciendo caer las tasas de desocupación de un 16,3% (1º trimestre del 2003) a un 8,5% (2º trimestre del 2007) y en el caso de la subocupación de un 17,7% a un 10%, respectivamente⁵².

El incremento más importante tuvo lugar en el sector privado formal (un 31% entre el 2º semestre de 2003 y el 2º semestre de 2006), lo que equivale 879.054 nuevos puestos de trabajo. Sin embargo, el incremento del empleo también tuvo lugar en el sector informal⁵³ (el empleo en el sector informal se incrementó un 15% —590.752 trabajadores—). De esta manera, este sector continúa siendo para el segundo semestre de 2006, el de mayor peso relativo en la estructura total del empleo (45%). Este sector, además, continúa ocupando al 80% de su fuerza de trabajo en empleos precarios o marginales. Entre otros datos a destacar cabe mencionar que durante el período analizado, crecieron en términos absolutos un 8% los empleos informales de más baja calidad (116.989 nuevos trabajadores)⁵⁴.

Al mismo tiempo, los datos no resultan optimistas en términos de *redistribución de los ingresos*. Durante el período 2003-2007 de cada \$100 que se generaron por el proceso de crecimiento económico de los últimos cuatro años, el 30% más rico se apropió de \$62,5, restando \$37,5 a ser repartidos por el 70% restante de la población. Está claro que es un porcentaje insuficiente para modificar la pauta distributiva de la sociedad, máxime cuando se considera que el 40% más pobre captó apenas \$12,8 y el 30% de los sectores medios explican los \$24,7 restantes. Así, es posible concluir que en el marco de la recuperación de la actividad económica, las condiciones de funcionamiento de la economía local (elevada concentración y extrema desigualdad) no se han modificado⁵⁵.

En este marco, es de destacar que la Argentina no ha presentado sus últimos dos informes al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁵⁶.

V. LOS DERECHOS HUMANOS DE CIERTOS GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

Por razones de espacio, sólo mencionaremos algunas situaciones que merecen ser tenidas en cuenta por el Consejo al analizar la situación de los derechos humanos en Argentina.

V.1. Derechos humanos de las mujeres

La sanción de la ley nacional de salud sexual y procreación responsable⁵⁷ en el 2002 y la ratificación del Protocolo Facultativo a la CEDAW en el 2007⁵⁸ son dos de los avances más importantes a resaltar. También debe destacarse que por primera vez en la historia fue electa una presidenta de la Nación mujer⁵⁹. Sin embargo, los servicios de salud sexual y reproductiva tienen un nivel de implementación muy despaseado en las distintas regiones del país⁶⁰. El aborto continúa penalizado e, incluso, muchos casos de abortos no punibles no pudieron practicarse por resistencias del sector médico y arbitrariedades del poder judicial⁶¹. Aún no se han adoptado políticas eficaces para prevenir y erradicar la violencia contra la mujer, o la explotación sexual. Las mujeres son las principales víctimas de la pobreza, la desocupación y de la precarización laboral⁶².

V.2. Niños, niñas y adolescentes⁶³

Con fecha 28 de septiembre de 2005 se sancionó una nueva ley (ley Nº 26.061) de "Protección Integral de derechos de niñas, niños y adolescentes". Esta ley derogó la vigente desde principios del siglo pasado (ley Nº 10.903 de "Patronato del Estado"), y se adecua a los estándares de la Convención Internacional de Derechos del Niño. Sin embargo, esta nueva ley aún no ha sido implementada adecuadamente. Se advierten fuertes resistencias del poder judicial para su aplicación nacional⁶⁴. Aún no se ha creado el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia (art. 45 de la ley). Los poderes del Estado aún no han elaborado un

Plan Nacional para los Niños, Niñas y Adolescentes que desarrolle políticas de inclusión de la niñez⁶⁵. Muchos niños y niñas siguen siendo privados de su libertad sólo por razones sociales. Por otra parte, permanece vigente un régimen penal juvenil⁶⁶ que contraría abiertamente la Convención Internacional de Derechos del Niño, pues no garantiza derechos básicos del debido proceso a las personas menores de edad acusadas de haber cometido delitos, tal como ha reconocido el Comité de Derechos del Niño en las últimas Observaciones Finales sobre Argentina. Por lo demás, a pesar de la clara recomendación del Comité, muchos niños y niñas son detenidos en dependencias policiales en todo el país⁶⁷. Por último, merecen mencionarse algunos casos en los que se han aplicado cadenas perpetuas a personas menores de edad⁶⁸.

V.3. Derechos humanos de los pueblos indígenas

La situación actual que padecen los pueblos indígenas en Argentina sigue siendo preocupante y aún no encuentra una intervención firme por parte del Estado argentino. Pese a la progresiva incorporación de los derechos de los pueblos indígenas en el derecho local⁶⁹ y la legislación reciente en materia territorial⁷⁰, en la práctica siguen sucintándose sistemáticamente violaciones a sus derechos: desde el reconocimiento del territorio⁷¹, sus estructuras políticas y el derecho a la participación política, hasta la protección de los derechos económicos, sociales y culturales⁷². Por tal motivo, es necesario promover acciones concretas que garanticen el respeto y promoción de los derechos intrínsecos de los pueblos indígenas especialmente los derechos a la tierra y los recursos. Las provincias con mayores conflictos son Salta, Jujuy, Santiago del Estero, Misiones, Chaco, Neuquén, Río Negro y Chubut.

V.4. Migrantes y refugiados en Argentina

En el mes de diciembre de 2003 se sancionó una nueva Ley de Migrantes (ley N° 25871), que reemplazó a la que estaba vigente desde la última dictadura militar. La sanción de esta ley implicó el reconocimiento formal de los derechos humanos de las personas migrantes, sobre todo en lo que respecta a la salud, educación, justicia y seguridad social⁷³. Sin embargo, muchos de los derechos reconocidos en esta nueva ley aún no pueden ejercerse por *la falta de su reglamentación a casi cuatro años de su sanción*. La insuficiencia de políticas de difusión pública y la escasez de programas de información y capacitación al personal de diversas áreas⁷⁴ —migratorias, fuerzas de seguridad, áreas de salud, educación, administración de justicia, entre otras— sobre la existencia de los derechos adquiridos por el actual texto normativo, perpetúan las prácticas estatales violatorias de derechos⁷⁵. Además, permanecen aún vigentes normas nacionales y provinciales abiertamente contrarias a la nueva ley, que establecen discriminaciones ilegítimas en razón del origen nacional de las personas⁷⁶. Algo similar ocurre en el caso de los derechos de las personas refugiadas. Los derechos reconocidos en la nueva ley, no pueden ejercerse debido a la falta de su reglamentación⁷⁷.

V.5. Personas con discapacidad mental⁷⁸

La situación de los derechos humanos de las personas con discapacidades psiquiátricas en Argentina es preocupante. Por un lado, *no existe una ley nacional de salud mental* que asegure un piso mínimo de derechos uniforme en todo el país. La legislación vigente por el contrario permite internaciones forzosas de manera muy general⁷⁹. Aproximadamente 25.000 personas se encuentran internadas en las instituciones psiquiátricas (públicas y privadas) de las cuales un 80% está internada hace un año o más, aisladas de la comunidad. En estas instituciones se han constatado graves violaciones de derechos humanos⁸⁰. Todo ello sin la presencia de un control efectivo por parte de los mecanismos de supervisión y defensa pública del Estado, que podrían prevenir y evitar la repetición de estos hechos a futuro. Los escasos recursos disponibles en el área de salud mental no se invierten en servicios alternativos a la internación —ambulatorios, casas de medio camino o convivencia, subsidios económicos a ex usuarios y familiares, apoyos en la comunidad, fomento del trabajo, etc. —. De esta manera, tal como han reconocido las autoridades argentinas *entre el 60 % y el 90 % de las personas internadas son “pacientes sociales”*⁸¹.

¹La sentencia de la Corte Suprema en el caso “Simón” (CSJN, Simón, Julio Héctor y otros s/privación ilegítima de la libertad, etc., causa N° 17.768, sentencia del 14 de junio de 2005) está disponible en www.csjn.gov.ar

²Entre las políticas de memoria impulsadas por el Poder Ejecutivo, a título ilustrativo, encontramos: la creación del *Archivo Nacional de la Memoria* en el ámbito de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, cuyas actividades son la obtención, análisis, clasificación, duplicación, digitalización y archivo de informaciones sobre el quebrantamiento de los derechos humanos en que esté comprometida la responsabilidad del Estado Argentino y sobre la respuesta social e institucional ante esas violaciones; la suscripción entre el gobierno nacional y Ciudad de Buenos Aires para la construcción de un Espacio para la Memoria para la Promoción y Defensa de los Derechos Humanos en el predio de la Escuela Superior de Mecánica de la Armada (ESMA); la derogación del decreto que impedía las extradiciones de ex militares acusados en otros países por los delitos cometidos durante la última dictadura militar y la firma del Decreto N° 44 a principio del año 2007, en el cual se releva del secreto de Estado a militares, policías y funcionarios retirados o en actividad que deban declarar en juicios vinculados a la investigación del terrorismo de Estado. Por su parte, el Poder Legislativo también ha acompañado este proceso con la sanción de la ley 25.779 —que en el año 2003 declaró nulas las leyes de impunidad—, y otras medidas legislativas.

Estas medidas dispuestas por las autoridades del Estado argentino implican, sin duda, un avance sustancial en el cumplimiento de las normas internacionales de derechos humanos, y de varias recomendaciones que habían sido dispuestas por organismos internacionales de derechos humanos. A modo de ejemplo, cabe citar aquí las observaciones finales del Comité de Derechos Humanos tras su último examen de la Argentina. Así, entre los principales motivos de preocupación y recomendaciones, el Comité destacó: “...9 (...) El Comité reitera, pues, su inquietud ante la sensación de impunidad de los responsables de graves violaciones de los derechos humanos bajo el gobierno militar. Las violaciones graves de los derechos civiles y políticos durante el gobierno militar deben ser perseguibles durante todo el tiempo necesario y con toda la retroactividad necesaria para lograr el enjuiciamiento de sus autores. El Comité recomienda que se siga desplegando un esfuerzo riguroso a este respecto...” (Comité Derechos Humanos ONU, CCPR/CO/70/ARG, 15 de noviembre de 2000, párr.9). Para mayor información, consultar “Desarrollos recientes de las instituciones de la justicia de transición en Argentina”, por Carolina Varsky y Leonardo Filippini, en Abramovich, V., Bovino, A.,

Courtis, C., (comp.), *La aplicación de los tratados sobre Derechos humanos en el ámbito local. La experiencia de una década*, Editores del Puerto, Buenos Aires, 2007.

³ Tras el fallo de la CSJN, los principales procesos por los crímenes de la última dictadura fueron reabiertos. Actualmente (según datos del CELS actualizados al mes de noviembre de 2007), 890 personas están imputadas en procesos penales vinculados al terrorismo de Estado. De ellas, se encuentran procesadas 350 y 40 prófugas, respecto de 47 se ha dictado la falta de mérito, 130 personas imputadas han fallecido, 6 han sido declarados incapaces para ser sometidos a juicio, mientras que sólo 8 han sido condenados. Del total de procesados, una mayoría de 280 casos corresponde a los imputados que se encuentran cumpliendo un encarcelamiento preventivo. Del universo de detenidos, constituye un tema preocupante el alto porcentaje que se encuentra alojado en unidades militares o de fuerzas de seguridad a lo largo de todo el país, cifra que alcanza casi el 45% del total. Del análisis de los datos surge también que más del 35% cumple arresto domiciliario, mientras que menos del 20% se encuentra arrestado en cárceles del Servicio Penitenciario Federal, a pesar de que es un órgano que se encuentra preparado para el alojamiento de este tipo de detenidos, en cuanto a estructura edilicia se refiere, y que ha sido creado específicamente a los fines del alojamiento de las personas sometidas a un proceso judicial. A lo largo de todo el país, existen alrededor de 190 causas penales en trámite, que difieren en cuanto a las estrategias de investigación y estado de avance de cada una de ellas.

⁴ Con fecha 4 de agosto de 2006 fue condenado Julio Héctor Simón a la pena de 25 años de prisión por los delitos de privación ilegítima de la libertad y torturas del matrimonio Poblete-Hlaczik y la ocultación de su hija. El 19 de septiembre del mismo año fue condenado Miguel Osvaldo Etchecolatz a la pena de reclusión perpetua. Durante el 2007 se realizaron dos juicios orales. El primero culminó con la condena de Christian Federico Von Wernich a reclusión perpetua dictada el 9 de octubre de 2007. En el segundo, contra el Prefecto Héctor Febres por hechos ocurridos en la ESMA, se leerá la sentencia a mediados de diciembre. Asimismo, bajo el régimen procesal anterior, desde el 10 de julio de 2007 se está llevando adelante el juicio por la desaparición de seis de los militantes Montoneros que ingresaron al país entre 1979 y 1980 y también se dictará sentencia contra 7 militares y un policía antes de fin de año.

⁵ El 19 de septiembre de 2006, el Tribunal Oral en lo Federal N° 1 de La Plata condenó a Miguel Etchecolatz, a la pena de reclusión perpetua e inhabilitación absoluta perpetua, con accesorias legales. Los jueces comprobaron la responsabilidad del ex policía en seis homicidios, ocho secuestros y torturas y afirmaron que no existía impedimento para categorizar los hechos sucedidos en nuestro país como genocidio, “más allá de la calificación legal que en [la] causa se haya dado a esos hechos a los efectos de imponer la condena y la pena”. De esta manera se logró la segunda condena por crímenes de lesa humanidad cometidos durante la última dictadura tras el fallo de la Corte Suprema.

⁶ Entrevista a Marcelo Saín (a cargo del Programa Verdad y Justicia del Poder Ejecutivo), “El objetivo es desarticular a los grupos que están operando”, Página/12, 3 de junio de 2007. Disponible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-85991-2007-06-03.html>.

⁷ Es necesario trabajar sobre las estructuras de investigación criminal —entre ellas la Dirección de Inteligencia Criminal—, sobre el cuadro de situación de riesgos para la protección de testigos; y fundamentalmente sobre la depuración de las fuerzas de seguridad y de inteligencia.

⁸ Uno de los problemas de tipo estructural que demanda especial atención no es otro que las características propias de nuestro sistema procesal y el modo de tramitar los casos. Las formalidades e investigaciones atadas al trámite del expediente han influido en la situación de atraso y desorganización de los juicios. En este sentido, las demoras en los procesos judiciales han determinado la imposibilidad de juzgar a gran parte de los responsables por las graves violaciones a los derechos humanos durante la última dictadura militar. Así, varios represores han fallecido en el curso de los procesos.

⁹ Aún cuando han pasado varios meses desde la elaboración de este informe y, conforme aquí se destaca, algunos cambios han tenido lugar, en términos sustanciales sigue estando vigente.

¹⁰ Resolución PGN 14/07 (disponible en <https://www.mpf.gov.ar/Boletin%20oficial/PGN-0014-2007-001.pdf>).

¹¹ Cf. Decreto 606/2007 (disponible en <http://infoleg.mecon.gov.ar>).

¹² CSJN, Acordada del 11 de julio de 2007 (disponible en www.csjn.gov.ar)

¹³ Algunas de las tareas urgentes que le competen son: i) contar con información sobre la situación de los juicios en todo el país y a partir de ella definir una estrategia integral para avanzar en las investigaciones y llegar a juicio rápidamente (el Poder Ejecutivo, la Corte Suprema, el Poder Judicial Federal, y la Procuración General de la Nación poseen sus propias bases de datos. Sin embargo, el Estado todavía no es capaz de ofrecer un registro exhaustivo y actualizado de los casos, testigos, prueba disponible, etc.); ii) implementar una política de racionalización de los casos abiertos que permita ordenarlos, acelerarlos, evaluar las necesidades de recursos reales y la utilización inteligente de la información existente en los casos más avanzados (es necesario identificar la mejor forma de organizar y acumular los casos, por ejemplo, por centros clandestinos de detención; la necesidad de no someter a víctimas y testigos a declarar en reiteradas oportunidades; el mejor acceso, orden y presentación de las pruebas; el resguardo de las garantías penales y procesales de los imputados); iii) articular con el Poder Ejecutivo todo lo vinculado a la protección de testigos; y iv) diseñar protocolos, incluyendo protección de testigos, e hipótesis acusatorias, y manuales y guías para fiscales acerca de cómo manejar casos complejos.

¹⁴ En esto, tienen responsabilidad tanto el Poder Ejecutivo, el Consejo de la Magistratura como las cámaras de apelaciones.

¹⁵ Para ello, el Consejo de la Magistratura, la Corte Suprema y el Ministerio Público deberían supervisar las instancias judiciales que demoran los procesos (especialmente la Cámara Nacional de Casación Penal).

¹⁶ Ver especialmente las Observaciones Finales del Comité contra la Tortura del año 2004 (CAT/C/CR/33/1, 10 de diciembre de 2004), del Comité de Derechos Humanos del año 2000 (CCPR/CO/70/ARG, 15 de noviembre de 2000), y del Comité de Derechos del Niño del año 2002 (CRC/C/15/Add.187, 9 de octubre de 2002)

¹⁷ Resolución de la CSJN en causa V856/02 “Verbitsky, Horacio (representante del Centro de Estudios Legales y Sociales) s/Habeas Corpus”. La decisión de la CSJN se adoptó en el marco de un el *habeas corpus* que se planteó en forma colectiva en representación de todas las personas privadas de su libertad en la jurisdicción de la provincia de Buenos Aires, detenidas en establecimientos policiales superpoblados y de todas aquellas detenidas en tales lugares, pese a que legal y constitucionalmente, su alojamiento debería desarrollarse en centros de detención especializados. Disponible en www.csjn.gov.ar.

¹⁸ En primer lugar, debe destacarse que desde el fallo de la Corte Suprema ha habido una sensible disminución de la población privada de la libertad —aproximadamente un 12%— fundamentalmente en comisarias, en donde la disminución de personas alojadas ha sido más pronunciada. Sin embargo, este relativo alivio se distribuye de manera desigual en las diferentes cárceles y comisarias de la provincia, y de ningún modo implica la desaparición de tensiones: continúan produciéndose protestas y revueltas de detenidos en reclamo de traslados a mejores lugares de detención que, muchas veces, desembocan en hechos de violencia y hasta en la muerte de internos. Por ej. el 23 de octubre de 2007, en la comisaría N° 11 de La Plata, un grupo de 25 detenidos tomó de rehén a un agente durante un motín en reclamo de mejores condiciones de detención. Los detenidos tiraron agua caliente al agente y golpearon con un palo en la cabeza a otro. Varios de los internos inhalaban humo y padecieron principio de asfixia (cf. Diario Hoy, 23/10/2007, “Presos toman de rehén a un policía y queman colchones y basura”).

¹⁹ Cfr. “Nómina de internas con hijos alojadas en Unidades del Servicio Penitenciario” y “Nómina de internas en estado de gravidez”. Informes elaborados por la Procuración General de la SCBA y aportados a la Mesa de Diálogo en el marco de la ejecución del fallo “Verbtsky, Horacio (representante del Centro de Estudios Legales y Sociales) s/Habeas Corpus”, octubre de 2007.

²⁰ Servicio Penitenciario Bonaerense, Dirección General de Asistencia y Tratamiento. Partes diarios 27/09/06, 7/11/06, 29/3/07, 22/8/07 y 30/10/2007. Estos partes dan cuenta de 67, 68, 73, 83 y 73 niños detenidos junto a sus madres en cada una de las fechas respectivas.

²¹ La información dispar e imprecisa respecto del cupo de las unidades penales alcanza incluso a las cárceles recientemente construidas. El Servicio Penitenciario Bonaerense, por ej., ha informado para la misma unidad, distintas cantidades de plazas disponibles (si se comparan los partes diarios del año 2006 con partes del 2007 se advierte una diferencia abrumadora: ahora el sistema dispondría de 1249 plazas menos que hace un año).

²² Para mayor información en este punto, como anexo II se presenta el informe “A un año de la tragedia de Magdalena. El contexto institucional que rodeó la muerte de 33 internos de la Unidad N° 28 de la provincia de Buenos Aires.” Elaborado por el CELS con motivo del primer aniversario de la tragedia. Disponible en www.cels.org.ar

²³ Los módulos de bajo costo son ampliaciones edilicias que se efectúan para aumentar la capacidad original de las unidades carcelarias, sin el incremento de servicios adicionales, tales como las cocinas, los talleres, los baños, etc. Incluso, cuando se construyen nuevas cárceles, éstas son entregadas y puestas en funcionamiento cuando todavía no están en condiciones para eso, aumentando el peligro de que se produzcan serios inconvenientes. De acuerdo con el informe elaborado por la Dirección Provincial de Arquitectura, las unidades construidas durante el período 2003 son casi en su totalidad estructuras de “bajo costo”.

²⁴ El pabellón N° 16 del penal de Magdalena era un edificio compacto de hormigón armado dividido en dos pabellones de alojamiento independientes, de 60 camas cada uno. El módulo ocupaba una superficie de 20mts.x 30mts. Es decir que los 120 internos destinados a este sector se acomodaban en una superficie de 600mts² en total. Restando las áreas destinadas a salas de control, los detenidos disponían de casi 4mts² por persona, menos de la mitad de lo establecido por los estándares internacionales. Las 58 personas alojadas en el pabellón 16B compartían el uso de 3 letrinas.

²⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos, resoluciones de fecha 22 de noviembre de 2004, 18 de junio de 2005 y 30 de marzo de 2006 (disponibles en <http://www.corteidh.or.cr/medidas.cfm>)

²⁶ Según información del sistema nacional de estadísticas sobre ejecución de la pena (sneep) del año 2005.

²⁷ Como anexo III se adjunta un documento presentado por el CELS el 15 de noviembre de 2007 ante el Consejo Federal Penitenciario Argentino por el que, entre otras cosas, se reclamó establecer estándares estrictos de alcance federal sobre las condiciones de seguridad en las que deben estar alojadas las personas privadas de su libertad en todo el territorio nacional, fijar estándares normativos —claros y precisos— sobre condiciones de encierro y cupos de alojamiento y crear mecanismos de solución ante situaciones de alojamiento de personas por encima de la capacidad de los establecimientos carcelarios.

²⁸ Ver el informe de la Comisión Provincial por la Memoria, “El sistema de la crueldad. Informe sobre corrupción, tortura y otras prácticas aberrantes en el Servicio Penitenciario Bonaerense 2002–2004”, La Plata, 2004, disponible en <http://www.comisionporlamemoria.org/informe-comite.htm>

²⁹ El Banco de Datos reúne información relativa a casos de malos tratos y torturas suministrada por los defensores públicos de los 18 departamentos judiciales de la provincia de Buenos Aires. La existencia de este tipo de registros responde a la necesidad de generar información diversa y más amplia que las estadísticas judiciales que receptan denuncias formales o causas penales iniciadas. Estadísticas que, a su vez, son muy defectuosas ya que no existe en la provincia un sistema serio y completo de recolección y sistematización de este tipo de datos. Por ejemplo, en muchos casos, las denuncias de apremios o torturas se investigan —o más bien se desestiman— en la misma investigación penal que se sigue contra la persona detenida.

³⁰ Sólo una ínfima minoría de estas denuncias llega a ser elevada a juicio: en el año 2002 se procesaron apenas 14 causas por apremios ilegales y en 2003, 27.

³¹ La Suprema Corte de Justicia de la provincia de Buenos Aires, ante la reiteración de casos de apremios, malos tratos físicos y psíquicos de personas menores de edad tuteladas resolvió crear el Registro de Denuncias, mediante el Acuerdo n° 2964 del 20 de septiembre de 2000. Estableció que el registro debía procesar la información proveniente de los Juzgados de Menores, Asesorías de Incapaces y Consejo Provincial del Menor, quienes debían remitir los datos dentro de las 48 horas de denunciado cada hecho. Actualmente, luego de una reestructuración, el tema está a cargo del Área de Menores de la Secretaría de Asuntos Institucionales.

³² El 16 de noviembre de 2004, la República Argentina depósito el instrumento de ratificación del Protocolo.

³³ Ver art. 17 del Protocolo.

³⁴ El Protocolo Facultativo entró en vigencia en junio de 2006. De acuerdo con el artículo 17, los Estados parte tienen un año para establecer el mecanismo nacional. De esta manera, desde junio de 2007 Argentina está incumpliendo con la obligación de crearlo.

³⁵ El anteproyecto no respetaba los estándares de independencia, idoneidad, autonomía, imparcialidad, diversidad, federalismo y transparencia exigidos por el Protocolo Facultativo para la creación del mecanismo nacional. A su vez, pretendía crear una instancia que se superpondría con las instancias ya existentes, e implicaba un dispendio innecesario de recursos, una dispersión de esfuerzos y la generación de falsas expectativas para las víctimas y sus familiares. Por último, el anteproyecto tampoco garantizaba una respuesta efectiva frente al problema de la tortura en la medida que no establecía estrategias de intervención

originales o más creativas, ni capitalizaba experiencias comparadas que posibiliten un necesario abordaje innovador frente a un flagelo que lamentablemente subsiste a pesar del interés y el esfuerzo de un número significativo de actores estatales y no estatales.

³⁵ Ello implica un claro incumplimiento de las recomendaciones del Comité contra la Tortura (ver Observaciones finales al Cuarto Informe Periódico de la Argentina, 10 de diciembre de 2004, punto E. Recomendaciones, “i) Considere revisar su legislación y prácticas en materia de detención preventiva, a fin de que la imposición de la prisión preventiva se aplique sólo como medida excepcional, tomando en cuenta las recomendaciones de diciembre de 2003 del Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria en cuanto a las medidas alternativas a la detención preventiva”).

³⁶ Como ejemplo, en 2001 la cantidad de privados de libertad con prisión preventiva en la provincia de Buenos Aires alcanzaba el 87% del total, mientras que para el año 2007 el porcentaje descendió al 73%.

³⁷ Datos al 20 de julio de 2007, proporcionados por la Dirección de Actuaciones Judiciales del Servicio Penitenciario Federal.

³⁸ Por ejemplo las resoluciones de la Procuración General de la Nación (Res. 752/00, 228/06) o la sentencia de la Corte Suprema al dictar el fallo “Verbtsky”.

³⁹ Por ejemplo, a nivel de la provincia de Buenos Aires, actualmente se impulsa a los fiscales a utilizar el juicio abreviado, incentivando a que los imputados renuncien al derecho a tener un juicio oral y público (Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la provincia de Buenos Aires, Res. 529/06, 10 de octubre de 2006, disponible en <http://www.mpba.gov.ar/web/resoluciones.html>)

⁴⁰ Se trata de personas muertas en hechos de violencia en los que participó un integrante de una institución de seguridad. Estos hechos son tanto enfrentamientos armados como hechos de violencia en dependencias policiales, ejecuciones sumarias de personas desarmadas, muertes en operativos de las instituciones de seguridad en manifestaciones públicas o uso de la fuerza por parte de funcionarios de seguridad en situaciones no relacionadas con su función policial (violencia familiar, peleas entre vecinos, etc.)

⁴¹ En el año 2006 se registraron en la Ciudad de Buenos Aires 116 homicidios dolosos, según datos del Sistema Nacional de Información Criminal (SNIC), y en ese mismo período las muertes en hechos de violencia institucional ascienden a 35 casos.

⁴² Véase <http://www.mseg.gba.gov.ar/Prescindibles/prescindibles.htm>. Otras medidas dispuestas en el ámbito de la provincia de Buenos Aires en materia de políticas de seguridad desde el 2004 han implicado importantes avances en cuanto a la democratización de sus instituciones policiales (por ej. la descentralización, la instrumentación de espacios de participación comunitaria, la incorporación de profesionales civiles en puestos clave de gestión). Un claro exponente de estos intentos de generar cambios es la sanción de la ley N° 13.482 de Unificación de las Normas de Organización de las Policías de la Provincia de Buenos Aires. Quizás, lo más importante para destacar es la nueva función preventiva que se le asigna a la nueva Auditoría General de Asuntos Internos. Actualmente, no sólo tiene funciones sancionatorias post-falta administrativa o delito, sino que puede adoptar medidas tendientes a prevenir la participación de los funcionarios investigados en otros hechos de similares características o en la obstrucción de las investigaciones destinadas a esclarecerlos.

⁴³ Policía Federal Argentina, División Estadística, “Síntesis estadística de enfrentamientos armados 2004 y 2005”

⁴⁴ Ver por ej. que entre las recomendaciones del Comité contra la Tortura, en las Observaciones finales al Cuarto Informe Periódico de Argentina, se decía que el Estado debía adoptar “...medidas específicas para asegurar la integridad física de los miembros de todos los grupos vulnerables” (punto E, f).

⁴⁵ Para información sobre casos concretos, Véase CELS, *Informe Anual sobre la situación de los Derechos Humanos en la Argentina*, 2007, Buenos Aires, CELS, pp. 196-202.

⁴⁶ Ver por ej. que entre las recomendaciones del Comité contra la Tortura, en las Observaciones finales al Cuarto Informe Periódico de Argentina, se decía que el Estado debía tomar “medidas enérgicas para eliminar la impunidad de los presuntos responsables de actos de tortura y malos tratos; real[izar] investigaciones prontas, imparciales y exhaustivas; enju[iciar] y de ser el caso, conden[ar] a los autores de torturas y tratos inhumanos con penas adecuadas, indemnizando adecuadamente a las víctimas” (punto E, a).

⁴⁷ Ver por ej. que entre las recomendaciones del Comité contra la Tortura, en las Observaciones finales al Cuarto Informe Periódico de Argentina, se decía que el Estado debía organizar “un registro nacional que recopile información de los tribunales nacionales sobre los casos de tortura y malos tratos ocurridos en el Estado parte, tal como aseguró la delegación del Estado parte que sería factible” (punto E, e).

⁴⁸ Para ampliar la información respecto de la situación en Argentina del acceso a una vivienda digna, ver el informe presentado ante este Consejo de Derechos Humanos del Centro del Derecho a la vivienda contra los desalojos (COHRE).

⁴⁹ La devaluación de la moneda de 2002, la modificación de la política macroeconómica y la implementación de un régimen cambiario con tipo de cambio flexible y competitivo, ha generando una variación de los precios relativos que permitió recuperar la competitividad de actividades económicas intensivas en empleos, que habían sido destruidas con el modelo anterior, particularmente la industria manufacturera. Así, durante el período 2003-2007 se registró un crecimiento del Producto Bruto Interno del 9% anual acumulativo. El cambio de precios relativos mejoró la competitividad externa de la producción doméstica en general, e impulsó el aumento de la inversión bruta fija y del empleo local, sin que esto se tradujera una disminución equiparable en los niveles de pobreza e indigencia que se mantienen elevados.

⁵⁰ Ésta se define como aquélla en que el ingreso es hasta 0,5 veces mayor que la línea de pobreza. Así, 6 millones de personas —equivalentes al 17% de la población urbana—, siguen siendo vulnerables aunque estén por encima de ese umbral. Esta cifra es casi la misma que la de los pobres no indigentes (18.2% de la población). La fragilidad de este grupo social se visualiza claramente con el dato de la distancia del ingreso respecto de la línea de pobreza: tanto el promedio como la mediana de esa distancia son sólo 0,23 veces mayores que ésta. Más de la mitad de los “no pobres vulnerables” —unos 3.2 millones de personas— tienen un ingreso (del “adulto equivalente”) apenas \$40 mayor que el que traza la condición de pobreza. De esta manera, en el tercer decil de hogares ordenados según ingreso per cápita, casi el 90% de la población ha logrado emerger de la pobreza, pero es económicamente vulnerable; en el cuarto decil, la proporción llega a 40% (cf. SEL Consultores, *Newsletter sobre la situación laboral y social de la Argentina*, julio 2007. www.selconsultores.com.ar).

⁵¹ El Nivel General del Índice de Precios al Consumidor para la Capital Federal y los partidos que integran el Gran Buenos Aires registró en octubre una variación de 0,7% con relación al mes anterior y de 8,4% con respecto a igual mes del año anterior. Con respecto a diciembre de 2006, el nivel general tuvo una variación de 6,6%. Fuente: INDEC. Índice de Precios al Consumidor GBA, base 1999=100, Octubre de 2007.

⁵² Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares Continua.

⁵³ Según un informe desarrollado conjuntamente entre el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, el Banco Mundial y el INDEC en el año 2007 se considera a la economía informal como el conjunto de trabajadores y unidades productivas que desarrollan sus actividades al margen de las normas que las regulan, determinando que los trabajadores queden por fuera del sistema de protección legal. "Los trabajadores informales son, en el caso de los asalariados, aquellos que presentan condiciones laborales incompatibles con la normativa laboral; mientras que en el caso de los trabajadores por cuenta propia y empleadores, son informales los que no cumplen con ninguna de sus obligaciones tributarias, contables y provisionales. Por su parte se estableció que las unidades productivas informales son aquellas que incumplen con la totalidad de las normas tributarias, contables y laborales" (Cf. "La Informalidad Laboral en el Gran Buenos Aires. Una nueva mirada. Resultados del Modulo de Informalidad"; de la EPH", disponible en http://www.trabajo.gov.ar/seminarios/2007/informalidad/files/La_Informalidad_Laboral_Documento.pdf). Hacia el interior del universo del trabajo informal se observa que la heterogeneidad es una de sus principales características, ya que está compuesta por asalariados informales que trabajan en empresas formales, trabajadores independientes por cuenta propia, asalariados en unidades informales y personas dedicadas al servicio domestico, principalmente mujeres. A pesar de los años transcurridos, siguen vigentes las Observaciones Finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales al último informe de Argentina, "...13. Preocupa particularmente al Comité el gran número de trabajadores del sector no estructurado de la economía. Según las propias estimaciones del Gobierno, aproximadamente el 37% de los trabajadores urbanos no están registrados, lo que significa que más de 3 millones de trabajadores carecen de seguridad social..." (Comité DESC, Observaciones finales, Argentina.,08/12/99, E/C.12/1/Add.38).

⁵⁴ Salvia, Agustín, et al, *Ganadores y perdedores en los mercados de trabajo en la argentina de la post devaluación*, Instituto de investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales – UBA, noviembre 2007. Este autor destaca que mientras que en el segundo semestre de 2003 la pertenencia al sector formal implicaba tener un ingreso horario 37% mayor que aquellos que pertenecían al sector informal, controlando los demás factores introducidos en el modelo; en el segundo semestre de 2006 se observa que la pertenencia al sector formal implica un ingreso horario 44% mayor.

⁵⁵ Ver a este respecto "Crecimiento y distribución durante el período 2003-2007", elaborado por Claudio Lozano (IEF-CTA) junto a Tomás Raffo y Ana Rameri en <http://www.institutocta.org.ar/spip.php?article318>.

⁵⁶ La República Argentina debió haber remitido sus informes sobre el cumplimiento de las obligaciones que emanan del Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) al Comité DESC con fecha 30 de junio de 2001 y 30 de junio de 2006. Tales presentaciones aún no han tenido lugar.

⁵⁷ La ley Nº 25.763 creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud, a implementarse en todos los subsistemas. Contempla información y asesoramiento sobre anticonceptivos y su entrega gratuita en todos los hospitales públicos. Abarca a la población general, sin discriminación alguna, por lo que incluye a adolescentes y menores de edad. Prevé que se brinde educación sexual en las escuelas públicas y la capacitación del persona de salud.

⁵⁸ El Congreso de la Nación aprobó la ley 26.171, publicada en el Boletín Oficial el 9 de marzo de 2007. El instrumento se depositó en Naciones Unidas el 20 de marzo de 2007.

⁵⁹ La mujer ha comenzado a ocupar más cargos políticos importantes. En los últimos años, tres mujeres ocuparon ministerios del Poder Ejecutivo y por primera vez en democracia, dos mujeres integran la Corte Suprema de Justicia de la Nación (el decreto 222/03 prevé en su artículo 3º que, al momento de la consideración de cada propuesta para elevar al Senado, el Poder Ejecutivo tomará en cuenta la conformación del tribunal para reflejar, entre otras cosas, la diversidad de género). En el Parlamento nacional y en los provinciales sigue vigente el cupo femenino del 30% y existe una participación femenina promedio que ronda esa cifra.

⁶⁰ Siendo un país federal, las provincias y la Ciudad de Buenos Aires deben sancionar leyes equivalentes o adherir a la nacional (actualmente poseen legislación propia casi todos los distritos del país, la mayoría anterior a la ley nacional). La ley nacional y también la de la Ciudad de Buenos Aires fueron objeto de iniciativas judiciales en su contra. Asimismo, una forma de anticoncepción de emergencia llegó a ser prohibida por la Corte Suprema de la Nación en el año 2002. En este sentido, el Programa no distribuye ni aplica, en general, esta medicación en los hospitales públicos. Es además un método poco conocido por usuarios/as y poco difundido por equipos de salud y gobierno. Por otra parte, la ley no obliga a brindar educación sexual a las escuelas de gestión privada. La distribución de anticonceptivos es despareja en las distintas provincias y hospitales.

⁶¹ En este punto, en sus últimas observaciones sobre Argentina, el Comité de Derechos Humanos supo destacar: "...En cuanto a los derechos relacionados con la salud reproductiva, preocupa al Comité que la criminalización del aborto disuada a los médicos de aplicar este procedimiento sin mandato judicial incluso cuando la ley se lo permite, por ejemplo, cuando existe un claro riesgo para la salud de la madre o cuando el embarazo resulta de la violación de una mujer con discapacidad mental. El Comité expresa también su inquietud ante los aspectos discriminatorios de las leyes y políticas vigentes, que da como resultado un recurso desproporcionado de las mujeres pobres y de las que habitan en zonas rurales a un aborto ilegal y arriesgado. El Comité recomienda que el Estado Parte tome medidas para aplicar la Ley de salud reproductiva y procreación responsable de julio de 2000, gracias a la cual se dará asesoramiento sobre planificación familiar y se dispensarán contraceptivos con objeto de ofrecer a la mujer verdaderas alternativas. El Comité recomienda además que se reexaminen periódicamente las leyes y las políticas en materia de planificación familiar. Las mujeres deben poder recurrir a los métodos de planificación familiar y al procedimiento de esterilización y, en los casos en que se pueda practicar legalmente el aborto, se deben suprimir todos los obstáculos a su obtención. Se debe modificar la legislación nacional para autorizar el aborto en todos los casos de embarazo por violación..." (CPR/CO/70/ARG, 15 de noviembre de 2000, punto 14)

⁶² Para mayor información en la materia nos remitimos a informes sobre la situación de los derechos de las mujeres en la Argentina presentados a este Consejo por organismos especializados en la materia.

⁶³ Para ampliar la información sobre la situación de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes remitimos al informe presentado por la Fundación Sur de Argentina.

⁶⁴ En la Ciudad Autónoma y en la Provincia de Buenos Aires, han existido ciertos avances en la implementación de la ley 26.061. En el resto de las provincias se han observado ciertas resistencias a la ley nacional. Así ha ocurrido en Mendoza, Córdoba y Formosa, donde los Superiores Tribunales provinciales han dictado acordadas tendientes a la no aplicación de la ley 26.061. A su vez, provincias como Chaco, Córdoba y Corrientes han sancionado luego de la vigencia de la ley nacional, leyes de adhesión a la nacional que resultan puramente eufemísticas debido a las contradicciones con el derecho provincial vigente, la mayor de las veces con contenido o elementos netamente tutelares. Por su parte, en la Provincia de Tucumán, se vetó dos veces la ley de protección integral de derechos local. En ambos casos por la falta de presupuesto para crear la nueva institucionalidad para la infancia.

⁶⁵ En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño ha recomendado al Estado mejorar la coordinación entre mecanismos e instituciones encargadas de la promoción y protección de los derechos del niño y establecer equipos de monitoreo en las provincias, e instrumentar una definida e integral política a favor de los derechos del niño mediante un Plan Nacional de Acción para la implementación de la Convención (CRC/C/15/Add.187, 4 de octubre de 2002, ptos. 3, 27 y 28).

⁶⁶ Ley N° 22.278.

⁶⁷ El Comité de Derechos del Niño, en sus Observaciones Finales sobre Argentina expreso su preocupación por las malas condiciones en que se encuentran los detenidos; la falta de servicios básicos adecuados tales como educación y salud, la ausencia de un equipo de personal debidamente entrenado para el trato con niños y la utilización de castigos físicos y aislamiento como sanción (CRC/C/15/Add.187, 4 de octubre de 2002, ptos. 8, 62 y 63).

⁶⁸ Desde 1997 hasta la actualidad la justicia ha aplicado al menos 12 sentencias de reclusión y prisión perpetua a adolescentes en abierta contradicción, entre otras normas, con la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 37). En igual sentido se ha pronunciado, en su Observación General N° 10, el Comité de los Derechos del Niño (CRC/C/GC/10, 25 de abril de 2007, pag. 22, pto. 77).

⁶⁹ Con la reforma de la Constitución Nacional en 1994 se incorporaron los derechos indígenas a la Constitución Nacional y a algunas constituciones provinciales. Asimismo en el año 2000 Argentina ratificó el Convenio 169 de Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Por último debe mencionarse la reciente aprobación de la Declaración de los Pueblos Indígenas de Naciones Unidas.

⁷⁰ En noviembre de 2006 fue sancionada la Ley Nacional de Emergencia de la Propiedad Comunitaria Indígena (ley N° 26.160), que declaró, por el término de cuatro años, “la emergencia en materia de posesión y propiedad de tierras que, tradicionalmente ocupan las comunidades indígenas” y suspendió durante este período la ejecución de sentencias de desalojo que tengan por objeto la desocupación y/o desalojos de las dominio y/o posesión de tierras indígenas”. Sin embargo, los pueblos indígenas han debido enfrentar numerosos casos de desalojo; en paralelo, la falta de reconocimiento de su territorio ancestral sigue siendo parte de la realidad indígena en todo el país.

⁷¹ En virtud del escaso espacio, expondremos sólo algunos de los hechos que siguen perpetuándose en Argentina en clara vulneración con “el derecho de propiedad y de posesión sobre las tierras que tradicionalmente ocupan” los pueblos indígenas (art. 14.1 del Convenio 169). Así, se han seguido suscitando reclamos de las comunidades mapuches sobre su derecho a la tierra en la provincia de Neuquén y Chubut. Por su parte, las comunidades diaguitas en Tucumán han luchado por la reivindicación de su territorio y han debido oponerse a los desalojos ejecutados por el gobierno local. Por ej. en el mes de marzo de 2007 se llevaron adelante procesos de desalojo contra familias indígenas ubicadas en las tierras ancestrales de la comunidad indígena de Los Cuartos en el Valle de Tafí. Según las alegaciones, en el curso de dicho desalojo se habrían destruido las viviendas de estas familias, y algunas habrían sido incendiadas. Asimismo, la policía habría hecho un uso excesivo de la violencia en contra de miembros de estas familias, incluyendo niños, mujeres y ancianos. Este caso mereció el pronunciamiento, en marzo de 2007, de los Relatores de Pueblos Indígenas, Alimentación y Vivienda de la ONU. Así, en una carta dirigida a Cancillería argentina (que se acompaña como anexo IV) instaron al Estado a adoptar “todas las medidas necesarias para proteger los derechos y las libertades de las personas mencionadas o investigar, procesar e imponer las sanciones adecuadas a cualquier persona responsable de las violaciones alegadas. Quisiéramos asimismo instarle a que tome las medidas eficaces para evitar que se repitan tales hechos”. También merece mencionarse el caso de las comunidades wichí en la provincia de Salta, que hace más de 20 años reclaman la titularidad de sus tierras ancestrales de los lotes 55 y 14. Este caso, patrocinado por el CELS, fue presentado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Caso 12.094, “Lhaka Honhat c/Estado argentino”), la que dictó un Informe de Admisibilidad en el mes de octubre de 2006. En esta misma provincia también hay que mencionar el caso de las comunidades wichí de la ruta 86 que hace años luchan en defensa de sus tierras tradicionales sin haber obtenido aún respuestas concretas para el reconocimiento de la propiedad comunitaria indígena —la problemática que presentan las comunidades de la ruta 86 es por demás compleja: en primer lugar porque las tierras tradicionales fueron vendidas a terceros no indígenas, en su mayoría empresarios madereros, sojeros y porateros, los cuales han encarado un extenso plan de deforestación del monte nativo con el aval del gobierno de la provincia que pretende convertir la zona de selva en una pampa agrícola, eliminando la biodiversidad y atentando contra la vida de los pueblos indígenas que ven alejarse cada día más sus expectativas de obtener la demarcación y titulación de su territorio. En la provincia de Jujuy comunidades kollas reclaman por sus tierras en una región en donde existe una marcada actividad minera con graves repercusiones en la calidad de vida y el acceso a los recursos de las comunidades de la zona. En la provincia de Chaco se llevó adelante una oprobiosa venta de tierras fiscales reclamadas y en proceso de negociación entre los posibles adjudicatarios (entre ellos comunidades indígenas). En la provincia de Santiago del Estero —con presencia de los pueblos Tonocoté, Vilela, Lule, Diaguita y Gauycurú— existen conflictos por el reclamo de la tierra y también por la enorme deforestación y desmonte que está sufriendo la zona, situación que se replica en todo el norte Chaco-Salteño. Para ampliar la información, se acompaña como anexo V la nota “La lucha por el territorio”, de Darío Aranda, publicada el 30 de octubre de 2007 en www.ecoportal.net.

⁷² En 18 de septiembre de 2007 la Corte Suprema de Justicia de la Nación —en virtud de 11 casos de muerte por desnutrición (que actualmente llegan a 21) que tuvieron lugar en la provincia de Chaco— adoptó una resolución (medida cautelar) en virtud de la cual ordenó al Estado Nacional y al Estado provincial del Chaco a suministrar agua potable y alimentos a las comunidades indígenas que habitan en la región sudeste del Departamento General Güemes y noroeste del Departamento Libertador General San Martín

de esa provincia, como así también a garantizar un medio de transporte y comunicación adecuados, a cada uno de los puestos sanitarios. Disponible en www.csjn.gov.ar

⁷³ Artículos 6, 7 y 8 de la ley N° 25.871. Argentina también ratificó la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares el 23 de febrero de 2007.

⁷⁴ El CERD ha destacado en este punto que "... Aunque el Comité acoge con satisfacción la nueva Ley de inmigración N° 25871, observa que todavía deben adoptarse las medidas necesarias para su aplicación. El Comité exhorta al Estado Parte a adoptar sin demora medidas para aplicar la ley, teniendo plenamente en cuenta el principio de no discriminación. Además, el Comité recomienda que el Estado Parte emprenda una campaña pública de información y sensibilización y vele por que se impartan cursos de formación en todos los organismos gubernamentales nacionales, provinciales y municipales sobre los cambios que introduce la nueva ley..." (CERD/C/65/CO/1, 10 de diciembre de 2004, página 3, punto 11)

⁷⁵ El desconocimiento de la población migrante de sus derechos les impide defenderse y evitar situaciones de abuso. La amenaza de la expulsión les impide denunciar situaciones extremas de explotación laboral que, en algunos casos, se entremezclan con la trata y el tráfico de personas —situación que ya había merecido una observación por parte del CERD (ver Observación CERD nro. 14)— tal como lo demostrara el incendio de un taller textil en marzo de 2006, en el que murieron seis bolivianos que trabajaban en condiciones de semiesclavitud en la ciudad de Buenos Aires. Como parte de este fenómeno, diversos informes dan cuenta de la existencia de redes o grupos dedicados a la trata y el tráfico de mujeres en el país, en especial de lo sucedido con las migrantes dominicanas. Pese a que el país ha ratificado la Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional y sus protocolos adicionales, debe señalarse que no existe información que acredite la implementación de medidas o políticas efectivas por parte del Estado (más allá de las legislativas) para prevenir, investigar y sancionar esos delitos, así como para proteger a sus víctimas.

⁷⁶ Tales como las que limitan el acceso a una pensión no contributiva por carecer de cierta cantidad de años de residencia legal en el país; o las que niegan la posibilidad de ejercer la docencia, como en el caso del Estatuto Docente de la provincia de Buenos Aires que exige la realización del trámite de ciudadanía, entre muchísimas otras.

⁷⁷ El 28 de noviembre de 2006 se promulgó la Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado (N° 26.165). La ley recoge en su articulado los principios y estándares del Derecho Internacional de Refugiados, pues asegura el respeto de los principios de no devolución, no expulsión, no sanción por ingreso ilegal, no discriminación, confidencialidad, trato más favorable y de interpretación más favorable a la persona humana, el reconocimiento de derechos y obligaciones y el principio de unidad de la familia. La ley incluye en su redacción la definición ampliada de "refugiado" adoptada por la Declaración de Cartagena de 1984. Ahora bien, muchos de los derechos reconocidos en esta nueva ley aún no pueden ejercerse por la falta de su reglamentación, y por la ausencia de una política de capacitación y sensibilización adecuada que amenaza, entre otros, al principio de no devolución en frontera, poniendo en riesgo la vida o integridad física de personas al ser devueltos a sus países de origen.

⁷⁸ Para ampliar esta información, se acompaña como anexo VI el Informe "*Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en la Argentina*", elaborado por el CELS junto a Mental Disability Rights International (MDRI).

⁷⁹ Ver por ej. los artículos 152 bis y 482 del Código Civil argentino que se aplica a todo el país.

⁸⁰ Por ej. cuadros de sobrepoblación, condiciones insalubres de alojamiento, casos de abusos físicos y sexuales, muertes no investigadas, casos de privaciones extensas de la libertad en celdas de aislamiento, falta de atención médica y tratamientos adecuados, y ausencia de rehabilitación.

⁸¹ "Pacientes sociales" es el nombre con el que los funcionarios y profesionales identifican a las personas que no tienen familias que las contengan y que permanecen internadas como consecuencia de la ausencia de recursos en la comunidad, es decir, están internados por años por pobres, por la imposibilidad que tienen de autosustento fuera de la institucionalización. No hay una política generalizada de inclusión social de los usuarios de salud mental.

LÍNEAS DE ACCIÓN PARA FORTALECER EL PROCESO DE VERDAD Y JUSTICIA PROPUESTAS DEL CELS

I. DE LA IMPUNIDAD A LA JUSTICIA

A veintitrés años del retorno de la democracia y tras un camino que alternó justicia, impunidad y derecho a la verdad, se ha reabierto un proceso que promueve la superación de los efectos del terrorismo de Estado y el fortalecimiento de la democracia.

Con posterioridad a la sanción de las leyes y decretos de impunidad, una serie de hechos trascendentes reavivaron el proceso de memoria: diversos pronunciamientos de organismos internacionales de derechos humanos instando al Estado argentino a garantizar verdad y justicia; la confesión del capitán Adolfo Scilingo sobre los vuelos de la muerte de la Armada; los Juicios por la Verdad iniciados por la Cámara Federal de la Capital; la extradición de Erich Priebke solicitada por Italia y concedida por la Corte Suprema de Justicia que consideró que los crímenes contra la humanidad no son prescriptibles; la multitudinaria manifestación en la Plaza de Mayo el 24 de marzo de 1996; el proceso iniciado en España, Francia, Italia, Alemania y Estados Unidos contra militares argentinos; la detención en Londres del ex dictador chileno Augusto Pinochet y el inmediato arresto de Videla y Massera en la Argentina por robo de bebés; y la derogación de las leyes de punto final y de obediencia debida en 1998.

A partir del 2001, las instituciones del Estado adoptaron las medidas necesarias para remover los últimos obstáculos para el juzgamiento de los crímenes de lesa humanidad y cumplir así con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos que exigían investigar y sancionar estos crímenes.¹ En marzo de ese año, el juez federal Gabriel Cavallo declaró por primera vez nulas e inconstitucionales las leyes de impunidad. Esta decisión fue confirmada ese mismo año por instancias judiciales superiores y en dos oportunidades por la Procuración General. En septiembre de 2003, el Congreso de la Nación aprobó un proyecto de ley promovido por el Presidente Nestor Kirchner que declaró la nulidad parlamentaria de estas leyes, dejando sentada la voluntad política sobre el tema. En junio de 2005 la Corte Suprema declaró, en el caso “Simon”, la nulidad de las leyes de impunidad. Este fallo permitió el reinicio de los procesos judiciales contra los responsables de estos crímenes. En 2006 la justicia dictó las dos primeras condenas por desaparición forzada, desde el juicio a las Juntas, contra dos policías, el suboficial de la Policía Federal, Julio Héctor Simón y el comisario de la Policía Bonaerense, Miguel Etchecolatz.

Este recorrido ha tenido como consecuencia que la Argentina se convirtiera en un caso testigo de juzgamiento por los tribunales locales, de crímenes de lesa

¹ Ver el Informe 28/92 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y las Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas del año 1995 y 2000, entre otros.

humanidad cometidos en su propio territorio, con gran incidencia a nivel regional, y observado con interés por el resto del mundo.

II. MEDIDAS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE VERDAD Y JUSTICIA

En el contexto descripto en el apartado I, la desaparición de Jorge Julio López y el secuestro de Luis Gerez tienen un especial significado. Ambos hechos sorprendieron al Estado en su dificultad para prevenir ataques a víctimas o testigos de las causas por los crímenes del terrorismo de Estado y, más tarde, para esclarecerlos. Sumados a otras amenazas y hechos violentos contra personas vinculadas a las causas judiciales, estos casos han impactado negativamente en el proceso de justicia.

Las instituciones del Estado se han comprometido con la promoción de la verdad, la memoria y la justicia por los crímenes de la dictadura. El Presidente de la Nación definió esta obligación como una política de Estado y expresó la necesidad de actuar con firmeza ante estas amenazas:

“Se trata de defender el Estado de Derecho, que integran las convicciones, las ideas y formas de vida de todos los ciudadanos de bien [...] Estado de Derecho es hoy en la República Argentina, y en cualquier lugar del mundo, sostener con firmeza la vigencia de los derechos humanos y la aplicación irrestricta de la ley”².

Este compromiso debe ser materializado mediante la coordinación de todos los actores políticos y sociales. Cada una de las agencias estatales (Poder Ejecutivo, Poder Judicial, Ministerio Público, Consejo de la Magistratura, Congreso) tiene responsabilidades específicas.

El contexto actual exige con urgencia generar capacidades estatales hoy deficientes o ausentes. Es indispensable la creación de una instancia estatal responsable del seguimiento del proceso de memoria, verdad y justicia en su conjunto, para evaluar los avances, retrocesos, obstáculos, necesidades, y adoptar medidas eficaces. El Poder Ejecutivo debe articular y estimular estas acciones y promover la coordinación necesaria. Por su parte, el Ministerio Público Fiscal debe contar con una visión integral de la situación de los juicios, y actuar en consecuencia, para no quedar limitado a los compromisos individuales ni sujeto a la inercia judicial.

En este documento de trabajo el CELS propone dos líneas de acción con el objetivo de fortalecer una instancia de articulación y coordinación que conduzca este proceso en forma diligente y eficaz:

La primera se relaciona con la creación de un Programa Especial de Verdad y Justicia, dentro del Poder Ejecutivo Nacional, que se encargue de las medidas necesarias para garantizar la continuidad del proceso de justicia. Este *Programa* deberá coordinar las tareas de las agencias federales y provinciales involucradas en el impulso de los juicios y en la protección de víctimas, testigos, defensores de derechos humanos, magistrados y funcionarios. También deberá elaborar un cuadro de situación de los procesos judiciales y, a partir de ello, identificar los riesgos y obstáculos que existen o podrían existir para su normal desarrollo.

² Mensaje transmitido por cadena nacional el 29 de diciembre de 2006.

La segunda línea de acción apunta al fortalecimiento de una instancia de coordinación de la estrategia judicial para la promoción de los juicios e involucra principalmente a la Procuración General de la Nación (la Procuración o PGN), pero también a la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de la Magistratura. La PGN, cabeza del Ministerio Público Fiscal, debe asumir un rol protagónico en el diseño de una estrategia integral que permita avanzar con celeridad y efectividad en la obtención de justicia. Con el mismo fin, la Corte Suprema de Justicia (CSJ), el Consejo de la Magistratura (CM) y el Ministerio Público deberán acelerar los procesos de designación de jueces, fiscales y defensores oficiales, así como asignar y administrar los recursos necesarios para realizar los juicios. Por su parte, estas instancias deberán garantizar que jueces y fiscales se comprometan en el impulso y resolución de los casos.

A continuación se detallan propuestas concretas para materializar ambas líneas de acción.

A. EN RELACIÓN CON LA NECESIDAD DE GARANTIZAR LA COORDINACIÓN DE TODAS LAS AGENCIAS FEDERALES Y PROVINCIALES INVOLUCRADAS EN EL PROCESO DE VERDAD Y JUSTICIA Y LA PROTECCIÓN DE VÍCTIMAS Y TESTIGOS:

1. Creación de un Programa Especial (Verdad y Justicia), en el ámbito del Poder Ejecutivo

La reapertura del proceso de verdad y justicia requiere fundamentalmente el trabajo de las instancias judiciales para impulsar las investigaciones. Sin embargo, la efectiva celebración de los juicios depende también de que se garanticen ciertas condiciones, cuya responsabilidad primordial recae en el Poder Ejecutivo³.

La desaparición de Jorge Julio López, el secuestro de Luis Gerez y las amenazas y hechos violentos sufridos por otros testigos, abogados, fiscales y jueces vinculados a estos juicios no sólo atentan contra la integridad física y seguridad de estas personas. Además, sin una adecuada respuesta de las instituciones del Estado, pueden transformarse en una amenaza a la gobernabilidad democrática.

La situación actual muestra la necesidad de fortalecer una instancia estatal responsable del seguimiento del proceso de verdad y justicia reabierto, que

³ En el ámbito del Poder Ejecutivo existen experiencias de unidades o programas especiales creados con la finalidad de mejorar la respuesta del Estado argentino en casos de suma relevancia que requieren la coordinación de diversas agencias. La Unidad Especial de Investigación del atentado terrorista contra la Asociación Mutual Israelita Argentina (AMIA) se organizó para colaborar con el Ministerio Público Fiscal en la investigación del atentado y de las causas que se abrieron posteriormente por las irregularidades cometidas en la investigación principal. Tiene por función brindar el máximo apoyo operativo a la Unidad de fiscales; coordinar la acción de las distintas fuerzas de seguridad y organismos dependientes del Estado Nacional; realizar investigaciones propias; coordinar con la Corte Suprema y el Consejo de la Magistratura lo atinente a las necesidades de recursos técnicos, humanos o materiales que se requieran; disponer medidas necesarias para la protección de los testigos que declaren en el marco de las investigaciones de la Unidad y/o de las causas judiciales (Cf. Decreto PEN 452/00, modificado por los Decretos PEN 846/00, 430/01, 1198/01 y 229/06). Por otra parte, el Poder Ejecutivo es el representante del Estado ante instancias internacionales; y debe contar con mecanismos que le permitan intervenir de manera efectiva para el cumplimiento de compromisos en materia de derechos humanos.

impulse y centralice las medidas que deben tomarse para superar obstáculos, evitar nuevos ataques o amenazas y garantizar el avance de la respuesta judicial e institucional a los crímenes del terrorismo de Estado.

La información judicial sobre la situación de las causas a nivel nacional es la base para construir un cuadro de situación del proceso que ayude a planificar y prever posibles obstáculos.

Sobre esa base, el Estado debe producir información confiable sobre los riesgos que este proceso puede generar para víctimas, testigos, defensores de derechos humanos o funcionarios, así como también para la gobernabilidad democrática. La protección de las personas involucradas en los juicios requiere contar con esta información para poder hacer un diagnóstico preciso de la situación y de la demanda, y adoptar respuestas eficaces.

El *Programa* del Poder Ejecutivo entonces deberá realizar las tareas operativas de coordinación de las agencias que tienen esta información o que deberían tenerla, y deberá contar con capacidad de investigación propia. Resulta indispensable que dichas agencias estén obligadas a proveer esta información al programa ante sus requerimientos específicos.

La prevención de los riesgos se logra también con la investigación y sanción de los responsables de las represalias. Por ello, hechos como los de López y Gerez —sumados a las amenazas a testigos, víctimas y defensores de derechos humanos— deben ser investigados seria y exhaustivamente. Para este tipo de investigaciones se requiere personal especializado y comprometido con este proceso. El *Programa* del Poder Ejecutivo tendrá la misión de centralizar la información sobre estos hechos y colaborar activamente en el avance de las investigaciones. Para fortalecer la búsqueda de justicia es tan importante promover los juicios como contrarrestar el mensaje de miedo que generan las amenazas y las agresiones⁴.

Las fuerzas de seguridad, los organismos de inteligencia, como cualquier otra dependencia y repartición de la Administración Nacional deben permitirle al *Programa* el acceso irrestricto a toda clase de documentación, informe o archivo que posean relacionado con los crímenes de la dictadura, con las tareas de grupos que puedan poner en riesgo el proceso de justicia, así como con aquella vinculada con las estructuras represivas que se mantienen en las fuerzas de seguridad.

Por último, este *Programa* deberá diagnosticar los problemas estructurales que requieren reformas institucionales a más largo plazo, de modo de superar las respuestas coyunturales. En este sentido, deberá tener facultades para sugerir o formular medidas y líneas de trabajo a los organismos e instancias del Poder Ejecutivo.

Esta propuesta sólo tendrá efectividad, si en el *Programa* se plasma el máximo compromiso del Poder Ejecutivo expresado en el discurso presidencial del 29 de diciembre. Por esta razón, debería ser creado por decreto presidencial y depender funcionalmente de la jefatura de gabinete.

⁴ Cf. Informe sobre la situación de las defensoras y defensores de los derechos humanos en las Américas de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA/Ser.L/V/II.124, Doc. 5 rev., 17 marzo, 2006. Original: Español).

Un programa especial de este tipo deberá tener entre sus funciones y atribuciones específicas al menos las siguientes:

- Realizar un cuadro de situación de los obstáculos y riesgos que genera o puede generar el proceso judicial y de memoria, para la prevención e investigación de las amenazas o peligros.
- Realizar un diagnóstico de los hechos de amedrentamiento y/o violencia ocurridos. Esto incluye un detalle de los acontecimientos y del estado de las investigaciones y de las causas judiciales vinculadas con ellos. A partir de esta información, deberá identificar los riesgos efectivos para la seguridad de las víctimas, testigos, defensores de derechos humanos o funcionarios.
- A partir de este diagnóstico, coordinar con las oficinas específicas las medidas de protección efectivas que se soliciten o disponer las que sean necesarias.
- Acceder en forma irrestricta a toda clase de documentación, informe o archivo que posean los organismos de la Administración Nacional, relacionados con los crímenes de la dictadura o con las tareas de grupos que puedan poner en riesgo el proceso de justicia.
- Solicitar, por la vía que corresponda, colaboración, documentación o informes, a instituciones o reparticiones nacionales y provinciales, como así también a órganos de seguridad e inteligencia extranjeros y privados.
- Coordinar con las agencias de seguridad las tareas de inteligencia criminal destinadas a la investigación de este tipo de hechos.
- Trabajar en coordinación con las fuerzas de seguridad para la búsqueda de los imputados prófugos.
- Coordinar con la CSJN, la PGN y la Defensoría General de la Nación (DGN) la provisión de los requerimientos de recursos técnicos, humanos o materiales que formulen las autoridades judiciales, los fiscales y defensores para el trámite de las causas. Monitorear la racionalidad en la ejecución de estos recursos.
- Dar apoyo operativo a fiscales y jueces en las investigaciones. Articular especialmente con la instancia coordinadora de la PGN, y asistir de modo directo los requerimientos judiciales o provenientes del grupo de fiscales que llevan adelante estas causas.
- Efectuar investigaciones por iniciativa propia, debiendo comunicar los resultados a las autoridades judiciales y del Ministerio Público Fiscal.
- Contar con la facultad de realizar denuncias.
- Diseñar e impulsar propuestas institucionales sobre las estructuras de investigación criminal, sobre el cuadro de situación de riesgos o la protección de testigos; para la depuración de las fuerzas de seguridad y de inteligencia; y para mejorar el funcionamiento de la Dirección de Inteligencia Criminal, entre otras.

- Formular o sugerir medidas de actuación o líneas de trabajo a los organismos o instancias de la Administración Nacional, vinculadas con la promoción del proceso de verdad y justicia y la protección de las personas.
- Conformar un equipo de trabajo, adscribir personal, y administrar fondos y recursos.

2. Diseño y adopción de una política efectiva de protección de personas vinculadas a los juicios

La única garantía de seguridad para todas las víctimas, testigos, defensores de derechos humanos y funcionarios involucrados en los juicios es considerar la lucha contra la impunidad como parte de una política pública y fortalecer los mecanismos de administración de justicia, ya sea para promover los juicios por las violaciones a los derechos humanos, como para investigar de manera efectiva y exhaustiva los ataques sufridos por estas personas.

Por ello, se torna urgente diseñar y gestionar una política global de protección de las personas vinculadas a los procesos judiciales, de modo de generar el contexto adecuado para avanzar en las investigaciones judiciales. Aunque este resultado implique una planificación a mediano o largo plazo, en lo inmediato debe contarse con un programa centralizado y responsable que comience a ejecutar esta política.

El *Programa* del Poder Ejecutivo deberá coordinar los esfuerzos que las distintas agencias nacionales y provinciales ya están realizando para garantizar la protección de víctimas y testigos.

En la medida que exista un diagnóstico certero sobre los riesgos existentes, se podrá implementar una política de protección concreta y disponer los recursos que sean necesarios. El mapa de riesgos permitirá adelantarse a las situaciones y racionalizar la respuesta ante la demanda. No todas las situaciones requieren medidas de igual magnitud, pero debe haber una instancia que tome estas decisiones y las coordine con las oficinas específicas de protección.

En consecuencia, el *Programa* deberá trabajar con una visión integral de la situación, de acuerdo con el mapa de riesgo descripto y en forma articulada con el Ministerio Público, las agencias de seguridad y las oficinas de protección.

En este marco, la primera condición para transmitir seguridad es la investigación, el esclarecimiento y la sanción a los responsables de la desaparición de Jorge Julio López, del secuestro de Luis Gerez, y de las amenazas y agresiones que han tenido lugar en los últimos meses.⁵

⁵ La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha puesto de relieve que “el medio más eficaz para proteger a las defensoras y defensores de derechos humanos en el Hemisferio es investigar eficazmente los actos de violencia en su contra y sancionar a los responsables. En la región de las Américas, uno de los grandes problemas que afectan a defensoras y defensores es la falta de investigación de los ataques de que son víctimas, lo que ha acentuado la situación de vulnerabilidad en que se encuentran. Ello es particularmente relevante cuando se trata de

La segunda condición requiere una visión comprensiva de la integridad psicofísica de las personas en riesgo, teniendo en cuenta fundamentalmente la particularidad de que se trata de víctimas del terrorismo de Estado. En este sentido, deben contemplarse las formas adecuadas para reducir la exposición pública de los testigos, darles contención y garantizar que las víctimas testifiquen en el juicio oral evitando la multiplicación innecesaria de declaraciones.

La creación de una política global de protección deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

- un fuerte compromiso de los tres poderes del Estado en relación con la promoción de los derechos humanos, la realización de justicia y la no tolerancia de los actos de impunidad.
- las particularidades del proceso de verdad y justicia, el contexto social y político nacional, y las características específicas de las víctimas y testigos del terrorismo de Estado que requieran protección.
- un profundo conocimiento por parte de los funcionarios encargados de las tareas con respecto a quiénes son las personas a proteger, cuál es la naturaleza del riesgo y cuáles son las responsabilidades del Estado cuando brinda protección.
- la disposición de los recursos humanos, presupuestarios y logísticos que garanticen la implementación de las medidas de protección adecuadas a cada caso.

Por otra parte, se deberían contemplar algunos requerimientos mínimos para implementar efectivamente esta política global de protección, tales como:

Tener un conocimiento exhaustivo del marco normativo internacional, constitucional, legal y reglamentario vinculado con la protección de personas vinculadas con procesos judiciales por crímenes del terrorismo de Estado. Esta información es necesaria para establecer quiénes tienen derecho a contar con protección; cómo se trabajará con las víctimas (definidas en relación con los hechos)⁶, con los testigos (definidos por el aporte que puedan hacer al proceso judicial), con los defensores y con los funcionarios; qué medidas se pueden tomar, etc.

Trabajar sobre un diagnóstico de los hechos de amedrentamiento y/o violencia ocurridos. Esto incluye contar con información sobre cuáles son los hechos, cuál es el nivel de avance de las investigaciones y qué ocurrió en las causas judiciales vinculadas con ellos. A partir de este diagnóstico se deberán identificar las estrategias y patrones de violencia de los grupos que generan los riesgos para la seguridad⁷.

proteger el derecho a la vida y a la integridad física". Cf. CIDH, Informe sobre la situación de las defensoras y defensores de los derechos humanos en las Américas, ya citado, parr. 202.

⁶ Para las definiciones en este sentido puede tenerse en cuenta la sentencia C-370/ 06 "Demanda de Inconstitucionalidad contra los Artículos [...] Ley 975/2005" Corte Constitucional de Colombia.

⁷ La CIDH ha identificado en varios países de América patrones en el accionar y momentos cruciales en los que suceden los hechos de violencia contra defensores de derechos humanos (cf.

Diseñar la estructura de la oficina que coordinará la política de protección y definir claramente sus modos de intervención. Para ello, se debe tener en cuenta la necesaria articulación con el Ministerio Público y la relación con los jueces porque el riesgo para las personas se genera a raíz de su participación en los procesos judiciales. Además, es fundamental prever los mecanismos de diálogo con las personas a proteger, ya que las medidas, para ser efectivas, deben ser decididas con su conformidad.

A su vez, es necesario que se cuente con cuerpos policiales especiales y funcionarios capacitados en la protección de personas. Ellos deberían conocer la experiencia en otros países que tienen muchos años de implementación de medidas similares.

B. EN RELACIÓN CON LA PROMOCIÓN DE LOS JUICIOS:

1. Consolidación de una instancia del Ministerio Público Fiscal que coordine con visión estratégica los juicios y aporte celeridad y efectividad

En la actualidad hay cientos de causas judiciales en trámite en las que se investiga la comisión de delitos de lesa humanidad durante la última dictadura militar⁸. Estos procesos se encuentran distribuidos a lo largo del país, y están a cargo de fiscales y jueces federales con diversas estrategias de investigación y que deben enfrentar distintos tipos de dificultades; por lo cual también difiere el grado de avance de cada causa.

El Ministerio Público Fiscal tiene la responsabilidad de motorizar las investigaciones abiertas por los crímenes del terrorismo de Estado⁹. Además está en una posición estratégica para aportar una mirada abarcadora de la situación de todos los juicios del país y para convertirse en un actor fundamental del proceso de verdad y justicia.

La propuesta entonces es que la Procuración General de la Nación, como cabeza del Ministerio Público Fiscal, cuente con una estructura que permita tener un diagnóstico preciso de la situación judicial del país, conocer las particularidades

Informe sobre la situación de las defensoras y defensores de los derechos humanos en las Américas, ya citado).

⁸ Dado que no existe en el ámbito del poder judicial un sistema de producción de estadísticas centralizado, los registros de la cantidad de causas penales han sido confeccionados por la Unidad de Asistencia para causas por violaciones a los derechos humanos durante el Terrorismo de Estado de la Procuración General de la Nación. Esta dependencia ha relevado la existencia de 1.000 causas en todo el país. Según los registros del CELS existen —a enero de 2007— 111 causas penales abiertas en el país, la mayoría con imputados identificados. La gran diferencia numérica se debe principalmente a la forma de registro de cada una de las bases: los registros del CELS muestran un número menor de causas porque no se contabilizan las denuncias por apropiación de menores, ni aquellas que no han tenido mayor actividad que la presentación del escrito inicial. Además, no se cuentan de manera separada las causas con el mismo objeto procesal (mientras que la Unidad de Asistencia releva de manera individual cada una de las causas informadas por los fiscales).

⁹ A nivel nacional, nuestro país adoptó un sistema procesal inquisitivo reformado en el que, en la mayoría de los casos, el responsable de impulsar las investigaciones penales es el juez de instrucción. Sin embargo, el MPF conserva también responsabilidad en la promoción de las investigaciones y puede instar a las agencias que corresponden si el juez no lo hace. El MPF es un organismo jerárquico con unidad de actuación y por ello tiene la capacidad de unificar esfuerzos e impulsar coordinadamente los casos que considere prioritarios. En todo caso, el MPF debería remover los obstáculos políticos y culturales que explican muchas de las dificultades que se observan en los casos concretos.

de cada juicio, los problemas de cada jurisdicción, la situación de los testigos, y ser capaz de prever obstáculos y calcular los tiempos que demandará cada caso. En definitiva, este organismo deberá diseñar una estrategia general de investigación y promoción de los juicios en coordinación con los fiscales de las causas.

Así como algunos fiscales fueron pioneros en el impulso de los juicios, la Procuración General ha realizado aportes esenciales para su efectiva promoción; hechos que se inscriben fundamentalmente en los dictámenes e instrucciones generales que apoyaron la realización de los juicios por la verdad o la declaración de inconstitucionalidad de las leyes de obediencia debida y punto final; así como la organización de comisiones de fiscales o unidades especiales que brindaran apoyo institucional a los fiscales a cargo de las causas y ayudaran a mejorar las investigaciones en trámite¹⁰.

Sin embargo, la apertura y el avance de una gran cantidad de causas judiciales, luego de la declaración de inconstitucionalidad de las leyes de impunidad, marcan un nuevo punto de inflexión en este proceso. Si hasta el momento se había procurado la reapertura de los juicios, el nuevo desafío consiste en llevar adelante los juicios penales de forma seria y consistente.

Los problemas para ejecutar esta política de persecución penal son muchos y de gran peso. Algunos están vinculados con el contenido de las causas, otros con las limitaciones propias de las estructuras judiciales.

Un escenario de semejante magnitud requiere planificación, seguimiento, voluntad política y reflejos para decidir ante cada obstáculo que se presente. Se trata, sin dudas, de un trabajo colectivo subordinado a una decisión institucional del más alto nivel jerárquico. Para responder con efectividad a las exigencias de este proceso el trabajo individual de cada fiscal debe ser parte de una política general.

En este contexto la Procuración General debe reforzar las estructuras creadas para hacer frente a lo que constituye un proceso de justicia. Si bien existen estas estructuras, el nuevo escenario impone mejorar la capacidad de coordinación y ejecución de la política de derechos humanos de la Procuración General, fundamentalmente en relación con la generación de información judicial sistemática y confiable; el intercambio y discusión de estrategias entre los fiscales; la adopción de las medidas necesarias para destrabar jurisdicciones

¹⁰ En el año 1999 la Procuración General organizó una comisión de fiscales para colaborar en la investigación de los delitos de sustracción de menores durante la última dictadura militar (Res. PGN 40/99). En el año 2000 creó otra comisión para impulsar las causas por “averiguación de la verdad” (Res. PGN 15/00). En 2001 ambas comisiones se unificaron para crear la Comisión de Derechos Humanos del Ministerio Público Fiscal, integrada por varios de los fiscales a cargo de causas por violaciones a los derechos humanos, y coordinada por la Procuración General. Esta comisión tenía por finalidad apoyar a los fiscales en las investigaciones, facilitar el intercambio de información, coordinar su actuación e intervenir en las jurisdicciones problemáticas (Res. PGN 56/01). Actualmente, está en funciones la Unidad de Asistencia para Causas por Violaciones a los Derechos Humanos durante el Terrorismo de Estado. Esta unidad fue creada por la Resolución PGN 163/04, y tiene por objeto colaborar con los magistrados en todas las secciones federales, a requerimiento de éstos o por disposición del Procurador General de la Nación, para el impulso de las investigaciones. Concretamente trabaja como fiscalía de cámara de la Capital Federal, apoya la investigación de los fiscales que lo soliciten y asumirá los debates orales que se desarrollen durante 2007 en Capital Federal (Res. PGN 139/06, entre otras).

resistentes a la promoción de los juicios; y la coordinación del Ministerio Público Fiscal con el Poder Ejecutivo.

Para ello **proponemos que se consolide una instancia de coordinación, con fuerte visibilidad pública, recursos y un mandato específico, que canalice el compromiso asumido por el Procurador General.** Su tarea debe estar centrada en promover y facilitar el diálogo entre los fiscales que tienen las investigaciones a su cargo, implementar las directivas concretas del Procurador, organizar los recursos del Ministerio Público para enfrentar este proceso y diseñar una estrategia institucional de persecución penal que se materialice en las distintas jurisdicciones del país; coordinar con el Poder Ejecutivo y la Corte Suprema las demandas que se presenten; y colaborar en la elaboración de un plan sustentable de protección de las personas vinculadas a los juicios.

Es prioritario que desde esta instancia se defina una estrategia centralizada de promoción de los juicios (más allá de las particularidades locales) que permita un seguimiento y control de los casos, así como una evaluación de los riesgos, avances y retrocesos. Esto implica necesariamente **contar con un cuadro de situación minucioso del estado de todos los juicios del país.** Estos datos son el insumo necesario para definir la estrategia integral y avanzar en acciones concretas para poder llegar a juicio sin demoras.

Entre otras cosas, la definición de esta estrategia integral deberá tener en cuenta variables tales como:

- a. la mejor forma de organizar y acumular los casos, por ejemplo, por centros clandestinos de detención;
- b. la necesidad de buscar la mayor celeridad posible en beneficio de imputados y víctimas;
- c. la necesidad de no someter a víctimas y testigos a declarar en reiteradas oportunidades¹¹;
- d. el mejor acceso, orden y presentación de las pruebas;
- e. el resguardo de las garantías penales y procesales de los imputados¹².

¹¹ Es importante evitar la duplicidad de testimonios y garantizar que testifiquen en el juicio oral. Se pueden pensar otros modos de suplir la declaración en la etapa de investigación. Se pueden buscar los testimonios de otras causas o en archivos como la ex CONADEP, pero no intentar reproducirlos.

¹² Tal como dijimos, el proceso de justicia ha avanzado en forma despareja. Por ello, se torna dificultoso definir una estrategia común a los casos que aporte cierta racionalidad, celeridad y efectividad. Hay causas que, luego de su reapertura, se han mantenido tal como estaban al momento de sancionarse las leyes de impunidad. En ese entonces, siguiendo la línea de la Cámara Federal que juzgó a las Juntas, se buscaba investigar a las personas con mayor responsabilidad en la cadena de mando (jefes de áreas o de zonas). Por el contrario, en la actualidad, la mayoría de las causas apunta a los autores directos de los hechos. De allí la importancia de reordenar los hechos por centro clandestino. Sin embargo, algunas causas con pocos hechos y pocos imputados se elevaron a juicio hace ya más de un año. Si en estos casos se pretende hacer un único juicio, esos imputados deberán esperar la elevación de otras actuaciones y llegarán a juicio después de más de tres años de prisión preventiva (tal como ocurrió en el caso Berthier). A su vez, por ejemplo, la causa ESMA tiene la particularidad de que la mayoría de los sobrevivientes han estado varios años en cautiverio y han padecido a distintos represores. Si esta causa fuera dividida en víctimas según los años, cada juicio podría demorar más de dos años y los

Esta instancia de coordinación y ejecución de la política de derechos humanos del Ministerio Público Fiscal debe tener (o reforzar) las siguientes atribuciones y funciones:

- Elaborar una estrategia integral de investigación y promoción de los juicios.
- Diseñar, junto con los fiscales de las causas, estrategias de promoción de los casos concretos que aseguren eficacia, celeridad, economía de recursos, y cuidado de víctimas y testigos. Esto incluye la discusión y elaboración, en coordinación con los jueces de instrucción, de una estrategia de acumulación de los casos.
- Sistematizar y mantener actualizada la información de los casos abiertos (con la situación procesal de cada imputado), con indicadores que permitan entrecruzar información, coordinar el trabajo y evaluar y prever posibles riesgos.
- Dar a publicidad esta información para que socialmente se pueda acompañar la evolución del proceso de verdad y justicia¹³.
- Analizar y diseñar, a partir de esta información, un plan que prevea la mejor organización de los fiscales y sus colaboradores, que maximice los recursos especializados y posibilite enfrentar con efectividad los juicios penales. En este sentido, anticipar las causas que se elevarán a juicio y asignarlas a los fiscales que se harán cargo de ellas¹⁴.
- Ejercer las tareas de coordinación de estos fiscales y, para ello, convocarlos a reuniones de discusión, evacuar sus consultas y tramitar sus requerimientos.

testimonios se reiterarían, lo que también podría ser violatorio de las garantías de los imputados. La causa ESMA requiere ser juzgada en un único juicio, por más extenso que deba ser, pues es uno de los centros clandestinos en los que se evidencia con mayor claridad el plan de exterminio y la perversidad con la que actuaron los responsables. Para lograrlo se requiere celeridad en primera instancia para buscar, indagar y resolver la situación procesal de los imputados, y en la instancia de apelación para confirmar sin demoras estas resoluciones. Estas particularidades muestran la dificultad de una receta única pero la necesidad de que alguna instancia centralizada realice el cuadro de situación de los casos y defina algunas líneas de acción concretas para racionalizar lo máximo posible este proceso y apoyar el trabajo de los investigadores directos.

¹³ Difícilmente pueda decirse que en la actualidad, para el Ministerio Público Fiscal, haya otro proceso de persecución penal más importante en su conjunto que éste. Sin embargo, ello no se refleja en la información accesible, por ejemplo, en su página web. Tampoco en las de otras agencias estatales. Por ejemplo, la página del MPF no provee información sobre los juicios, su estado procesal, quiénes son los responsables de impulsarlos, cómo se inserta su trabajo en las políticas de memoria más abarcativas que la respuesta penal, etcétera. Tampoco la página de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación cuenta con esta información. La poca información accesible surge de las páginas de los organismos de derechos humanos como la de la APDH-La Plata, la del CELS (www.cels.org.ar, en el que se puede acceder al blog realizado en ocasión del juicio a Julio Simón), o en www.nuncamas.org.

¹⁴ Además de la Comisión de Derechos Humanos ya mencionada (creada por la Res. 56/01), existen experiencias de unidades del Ministerio Público Fiscal con facultades para investigar y organizar recursos de modo tal de aumentar su capacidad de investigación. Por ejemplo, se creó la Unidad de Apoyo Fiscal para la investigación de Delitos Complejos en materia de Droga y Crimen Organizado (UFIDRO) y se dividió el país en zonas con fiscales responsables por cada una de esas jurisdicciones, para garantizar cierta coordinación a nivel nacional (Res. PGN 19 y 84/05). Otro ejemplo, es la Unidad de fiscales para la investigación del atentado a la AMIA y las causas conexas que guarden relación con ese hecho (Res. PGN 84/04).

- Promover medidas que garanticen la publicidad de los juicios, especialmente en la instancia oral.
- Intervenir, del modo que sea posible, en las jurisdicciones que requieran más recursos o en las que existan obstáculos para promover las causas penales¹⁵.
- Realizar un registro de testigos que permita identificar a las personas vinculadas a las causas y evitar la multiplicación de testimonios.
- Realizar convenios con otras dependencias del Estado u organismos privados para mejorar las investigaciones.
- Articular con el *Programa* del Poder Ejecutivo las acciones conjuntas necesarias para la promoción de las causas, la elaboración del cuadro de situación sobre los riesgos y obstáculos del proceso de justicia, la efectiva protección de víctimas y testigos, la disposición de recursos, etcétera.
- Acordar con el *Programa* del Poder Ejecutivo el trabajo conjunto y la disposición de recursos que les permita trabajar coordinadamente, tal como sucede en temas como la investigación de los delitos tributarios (UFITCO), los vinculados con temas de drogas y crimen organizado (UFIDRO) o delitos previsionales (UFISES)¹⁶.
- Promover la coordinación con las fuerzas de seguridad para la definición de criterios de actuación y de investigación.

2. Mayor rapidez en los procesos de designación de jueces, fiscales y defensores federales para cubrir vacantes existentes y mejorar el sistema de designación de subrogantes o conjueces

¹⁵ Por ejemplo, a través de la Unidad de Asistencia para Causas por Violaciones a los Derechos Humanos, la PGN intervino en la jurisdicción federal de Resistencia. En primer lugar, nombró a un fiscal coadyuvante para que asista al fiscal federal Jorge Auat (en tanto los fiscales de primera instancia y de Cámara debieron inhibirse por estar denunciados como responsables en la masacre de Margarita Belén). En segundo lugar, luego de dos años de investigación, el Procurador General de la Nación, Esteban Righi, resolvió exonerar a la Dra. Ana María Torres denunciada por haber actuado con absoluta complicidad con la estrategia de la defensa para liberar a 10 imputados detenidos. Por otra parte, cuando el CELS denunció a los fiscales Flores Leyes y Mazzoni por su supuesta vinculación con la masacre de Margarita Belén, y solicitó un jury de enjuiciamiento, la Unidad de Asistencia mencionada realizó un muy importante trabajo en la elaboración de los dictámenes sobre la responsabilidad de los denunciados. Si bien el jury ya se encuentra constituido, todavía no se ha realizado la audiencia.

¹⁶ Por ejemplo, la Procuración General ha firmado convenios con el Poder Ejecutivo para crear unidades especiales de investigación con la idea de reforzar estos ámbitos y articular dependencias que se potencian al coordinar su trabajo, ya sea por la disposición de recursos, el acceso a información generada por la agencia del Poder Ejecutivo o la mejora de las técnicas de investigación. Lo ha hecho en casos como la Unidad de Investigación de Delitos Tributarios (UFITCO), firmando convenios con el Ministerio de Economía, de Justicia y con la AFIP; la Unidad Fiscal para la Investigación de Delitos relativos a la Seguridad Social (UFISES), firmando un convenio con ANSESS; la Unidad de Medio Ambiente, firmando un convenio con la Secretaría de Medio Ambiente; la Unidad de Apoyo Fiscal para la investigación de delitos complejos en materia de drogas y crimen organizado (UFIDRO), haciéndolo con el Ministerio del Interior. En casi todos estos casos el Poder Ejecutivo aporta recursos edilicios, personal o información para potenciar la investigación.

Un obstáculo importante en el impulso de los juicios ha sido la demora en la designación de jueces, fiscales o defensores en distintas jurisdicciones del país. La falta de designación de estos funcionarios retrasa la resolución sobre la situación procesal de los imputados y paraliza las investigaciones.

Las demoras del Poder Ejecutivo para cubrir vacantes y las dificultades para la designación de subrogantes o conjuces remarcan la necesidad de que se agilicen estos procedimientos¹⁷. El programa del Poder Ejecutivo encargado del seguimiento del proceso en su conjunto deberá tener presente las jurisdicciones con mayores deficiencias en este aspecto y coordinar con las agencias estatales específicas el impulso de los trámites¹⁸.

El Consejo de la Magistratura y el Poder Ejecutivo son los principales responsables para cumplir con esta tarea. Por otro lado, las cámaras de apelaciones deberán solucionar los problemas en jurisdicciones que continúan con vacantes en juzgados y tribunales.

3. Asignación y administración eficiente de los recursos necesarios para la promoción de los juicios en las diversas jurisdicciones del país

La envergadura del proceso de justicia reabierto exige al Estado mejorar la coordinación entre las agencias que intervienen en el proceso y garantizar los recursos necesarios para un óptimo funcionamiento.

Si bien no han sido escasos los recursos asignados por el Estado para afrontar este proceso, no existe aún un diagnóstico preciso de las necesidades en todo el país a fin de distribuir estos recursos y satisfacer las necesidades de manera consistente, por lo que persisten jurisdicciones con graves dificultades.

El *Programa* deberá evaluar la situación en su conjunto y deberá tener capacidad para resolver los requerimientos (más allá de que no sea esta oficina la que disponga de los recursos en todos los casos). Además de los recursos para la investigación, un tema importante a tener en cuenta es la necesidad de que el Ministerio Público de la Defensa disponga de los recursos adecuados para garantizar el derecho de defensa en juicio de los imputados, en la medida que muchos de ellos han optado por la defensa oficial.

¹⁷ En la provincia de Formosa 14 personas han pasado por el proceso de designación para integrar el juzgado federal de esta provincia de manera infructuosa. En la provincia de Chaco hace meses que la Cámara Federal de Apelaciones espera la designación de sus integrantes. Luego de que en abril de 2006 el Jurado de Enjuiciamiento confirmara en sus cargos a los camaristas Tomás Inda y María Fernández, el primero de ellos renunció en tanto que la magistrada se excusó de entender en estas causas. Así, el procesamiento en diciembre de 2005 de varios imputados en la masacre de Margarita Belén aún no ha sido analizado por la Cámara. En el caso de la Cámara de Casación, varios de sus integrantes han sido recusados y otros se han excusado en las causas en las que se investigan crímenes de lesa humanidad, ordenándose entonces el sorteo de conjuces, algunos de los cuales también han sido recusados (Roberto Durrieu y Raúl Noailles) y otros se excusaron (como es el caso de David Baigún o Eduardo Héctor Munilla Lacasa). En Bahía Blanca la relación entre imputados que pertenecían a la Armada, jueces y abogados locales que, o bien son recusados, o bien se excusan de intervenir, mantiene paralizada y sin juez la causa por los crímenes de lesa humanidad cometidos en las bases navales de Baterías y Puerto Belgrano.

¹⁸ El decreto 588/03 establece como requisito para evaluar a los candidatos a jueces, fiscales y defensores su “compromiso con los derechos humanos”. Es necesario que en los procesos de designación de estos funcionarios se tenga en cuenta su futuro rol en causas por violaciones a derechos humanos.

Por otro lado, no se trata únicamente de otorgar más recursos sino de gestionarlos de manera más flexible y eficiente¹⁹. En este sentido, se han nombrado secretarios ad-hoc en los juzgados para la tramitación de estas causas, y se ha destinado una partida especial administrada por la Corte Suprema a efectos de apoyar a los juzgados con investigaciones a cargo, pero no se conoce de qué modo se administró esa partida y cómo ha sido su aprovechamiento.

4. Supervisión efectiva de las instancias judiciales y del Ministerio Público que demoran los procesos. Mejoras en el trámite de las causas

El Consejo de la Magistratura y la Corte Suprema deben ejercer sus funciones disciplinarias y de superintendencia con el fin de monitorear el cumplimiento de las obligaciones de los jueces intervinientes en estos casos. Asimismo, la Procuración General de la Nación debe hacer lo propio respecto al trabajo de los fiscales. El cumplimiento de sus funciones por parte de estos tres órganos evitará dilaciones innecesarias en el trámite de los juicios.

La mayoría de los integrantes de la Cámara Nacional de Casación Penal han demostrado una actitud reticente para acompañar el proceso de justicia. Actualmente la Cámara se ha convertido en una especie de embudo nacional, que demora una importante cantidad de causas en trámite, abiertas desde hace años y con personas detenidas.

Muchos casos han llegado a Casación para resolver excusaciones y recusaciones de jueces, o temas de fondo como la inconstitucionalidad de la ley 25.779²⁰, de los indultos²¹ o de la decisión de reabrir el proceso en la causa ESMA por la Cámara Federal de la Capital Federal²² (y derivarlo a un juzgado de primera instancia). La Cámara de Casación tiene pendientes para resolver incidentes desde el año 2003, como los planteados en las causas ESMA y Cuerpo I del Ejército y en varias de las causas conexas (como la causa en la que se investiga la Masacre de Fátima —en la que el Tribunal Oral Federal N° 5 ordenó instrucción suplementaria previa al inicio del debate—).

También están pendientes en la Cámara de Casación planteos vinculados con las causas de muchas jurisdicciones del país. Por ejemplo, desde hace por lo menos 6 meses que no se resuelve la recusación presentada contra el juez

¹⁹ Por ejemplo, el juez Daniel Rafecas organizó su juzgado de modo tal de avanzar ordenadamente y con celeridad en la investigación de los delitos cometidos en el marco del Cuerpo I de Ejército. A su vez, la fiscalía de Córdoba, a cargo de Graciela López de Filoñuk, organizó los recursos otorgados por la Procuración General de un modo consistente para avanzar en las investigaciones de Córdoba y La Rioja. Sin embargo, en Santa Fe, por ejemplo, los recursos son escasos o no están bien aprovechados. La fiscalía cuenta con sólo un fiscal ad hoc para toda la investigación de la causa Brusa y otras 40 causas abiertas.

²⁰ Esta ley declara la inconstitucionalidad de las leyes de punto final y obediencia debida.

²¹ Dictados a favor de los imputados en causas por crímenes de lesa humanidad sometidos a procesos en los años 80'.

²² Luego del dictado de la ley 25.779, la Cámara Federal de la Capital Federal ordenó la reapertura de las dos megacausas conocidas como ESMA y Cuerpo I del Ejército, para ello dispuso la derivación de los casos a primera instancia. La defensa del imputado capitán de navío (R) Raúl Scheller planteó la nulidad de la resolución de la Cámara Federal en la causa ESMA. A pesar de ser del 2003, el recurso está todavía pendiente de resolución.

federal de Santa Fe, Reinaldo Rodriguez, a cargo de la causa “Brusa”²³. La misma situación de demora se repite en casos de Chaco, Entre Ríos o Córdoba.

Un número importante de estos incidentes tienen demoras de más de tres años y aún hoy no hay información precisa sobre cada uno ni un cronograma previsto para resolverlos²⁴. Esta situación posterga las elevaciones a juicio y — en los casos de causas elevadas y con un Tribunal Oral asignado— el inicio de los debates. Un estudio del trámite dado a cada uno de estos incidentes concluirá que, más allá de las presentaciones de las partes, la Cámara ha utilizado tecnicismos innecesarios. Este formalismo exacerbado esconde fundamentalmente la decisión de demorar las resoluciones.

Los representantes del Ministerio Público Fiscal ante Casación acompañaron las estrategias dilatorias de la Cámara y apoyaron los vaivenes injustificados de los expedientes.

La causa ESMA es un ejemplo de lo que sucede a nivel nacional²⁵, tanto por la demora en la resolución de las excusaciones o recusaciones como por el atraso en la definición de cuestiones de fondo. Por ejemplo, desde octubre de 2003 hasta diciembre de 2006 se discutió la Sala de la Cámara a la que le correspondería decidir el recurso de la defensa del imputado Scheller. En el transcurso de los tres años que tardaron en definir qué sala intervendría, los jueces produjeron infinidad de trámites injustificados. Durante dos meses los seis jueces de las salas II y IV lidiaron para no intervenir hasta que (formalmente) “trabaron una cuestión negativa de competencia”. De ese modo forzaron un plenario que debieron resolver los seis jueces de las dos salas restantes²⁶. A su vez, en todo este lapso, existieron infinidad de recusaciones de

²³ La estrategia de demorar las causas con pedidos de recusación se amplifica cuando las cámaras no resuelven los incidentes que reciben en un tiempo razonable, ya que las defensas presentan nulidades ante cualquier decisión del juez que todavía no fue confirmado por la instancia superior. Esto genera un estado de indefinición procesal con efectos sumamente negativos para la investigación. Si bien las defensas pueden interponer recursos o diseñar la estrategia procesal que más les conviene, resulta insostenible que las cámaras (ya sea por connivencia o mera burocracia) sostengan esta situación por meses sin ninguna consecuencia.

²⁴ Tampoco se cuenta con información pública precisa sobre la cantidad de incidentes en trámite, sus datos, las fechas de ingreso y posible resolución. Las denuncias por la demora en resolver estos trámites llevaron al ex consejero Beinusz Smuckler a pedir al pleno del Consejo de la Magistratura la realización de una auditoría para despejar estas dudas. Sin embargo, esa auditoría nunca se llevó a cabo. De la transcripción taquigráfica del plenario surge que los consejeros apoyaron la posición del representante del Poder Ejecutivo en ese entonces, Joaquín Da Rocha, quien se opuso a esta medida por considerarla poco fundada y propuso en su defecto que se pidiera información al Procurador General de la Nación. (Smuckler, Beinusz, Solicitud de auditoría de la Cámara de Casación Penal, nota n° 9/06, resuelta en el plenario del Consejo de la Magistratura, punto 15 del orden del día, 8/6/06). En junio de 2006, la Unidad de Asistencia para Causas por Violaciones a los Derechos Humanos durante el Terrorismo de Estado del MPF envió al Consejo de la Magistratura la información con la que contaba (elaborada en forma manual y a partir de los precarios y ambiguos datos que informaron cada una de las Fiscalías de Casación). Esa información no fue tenida en cuenta por el Consejo para ordenar la auditoría solicitada o, por lo menos, para despejar las dudas existentes.

²⁵ Si bien tiene menos vericuetos, la causa en la que se investigan los hechos ocurridos bajo la órbita del Cuerpo I del Ejército (causa n° 14.216/03) corre la misma suerte.

²⁶ La causa se radicó en un principio en la Sala II de la Cámara. Sin embargo, haciendo uso de una decisión del año 1995 impulsada por el fiscal de casación Raúl Pleé, la Sala envió el expediente a la Sala IV (sala que interviene en los asuntos provenientes del Código de Justicia Militar). Luego de diversas decisiones, los integrantes de la Cámara de Casación resolvieron por plenario de las Salas I y III (de diciembre de 2003), que en la causa ESMA interviniera la Sala IV en razón de su especialidad. El CELS, conjuntamente con Abuelas de Plaza de Mayo, impugnó esta resolución

las partes y excusaciones de los propios jueces, nombramientos de conjuces luego recusados o excusados y trámites burocráticos que transformaron cada decisión en una montaña de papeles y una preciosa pérdida de tiempo²⁷.

Éstos no son los únicos obstáculos que se presentan en las causas judiciales. Además de la resistencia de algunos jueces del tribunal de Casación, se suman los problemas propios de nuestro sistema procesal y el modo de tramitar los casos. Las formalidades e investigaciones atadas al trámite del expediente sirven para esconder malas intenciones o incapacidades. Las cuestiones de competencia, bajo el ropaje de la formalidad, terminan venciendo al tema central de investigación, que son nada menos que hechos que constituyen crímenes de lesa humanidad: las desapariciones forzadas, las torturas, los homicidios, las violaciones.

Por diversas razones, a veces meramente burocráticas, se producen importantes demoras en las Cámaras de Apelaciones para resolver los procesamientos o las elevaciones a juicio. Estos tiempos muertos han influido en la situación de atraso y desorganización. Lo mismo que las infinitas discusiones sobre las nulidades durante la instrucción de las causas. En la medida que fiscales y jueces sigan tramitando los casos de este modo, difícilmente se puedan sortear las estrategias defensasistas que buscan demorar los juicios (tal como lo sostuvo la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Bulacio²⁸). Las Cámaras de Apelaciones, además, en muchas provincias siguen estando integradas por jueces vinculados a los casos o a los imputados que se investigan (como se ha discutido durante el juicio político a los jueces Tomás Inda y Ricardo Lona).

III. PALABRAS FINALES

Los puntos desarrollados en este documento de trabajo hacen evidente la necesidad de que se plasme el compromiso político mostrado por las distintas instancias estatales en medidas efectivas para la promoción de los juicios y para

por entender que no se trataba de cuestiones derivadas del Código de Justicia Militar sino de la investigación de delitos de lesa humanidad. La Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas prohíbe la imposición de cualquier jurisdicción especial para el juzgamiento de este tipo de crímenes. La cámara no notificó la resolución del plenario, por lo que el CELS se notificó espontáneamente en septiembre de 2004. Interpuesto el recurso extraordinario, la cámara tardó un año en rechazarlo. Esta práctica de no notificar las resoluciones también es asidua, por lo que en general los trámites demoran más de lo usual.

²⁷ En esta causa en particular, los diversos trámites de recusación y excusación se produjeron porque varios organismos de derechos humanos querellantes (Liga Argentina por los Derechos del Hombre, Asociación de Ex Detenidos Desaparecidos, entre otros) recusaron a los integrantes de la Sala IV de la Casación, quienes dieron intervención a la Sala I. A su vez, estos jueces también fueron recusados. Por otra parte, en el contexto de los diversos trámites de recusación o excusación abiertos, el juez Alfredo Bisordi calificó en su voto como “payasada jurídica” a los planteos de algunas querellas. También injurió a las organizaciones querellantes de la causa ESMA al identificarlas como “autodenominados organismos de derechos humanos”, y en particular a la ex detenida desaparecida Graciela Daleo a la que llamó “delincuente terrorista”. Estas expresiones provocaron que Bisordi fuera denunciado por las organizaciones ante el Consejo de la Magistratura, que le impuso una sanción de apercibimiento (Res. CM 461/05, del 27/10/05), y que fuera sistemáticamente recusado para intervenir en aquellas causas en las que se investigan graves violaciones a los derechos humanos. Es posible atribuir parte de la demora de la Cámara de Casación a algunas presentaciones de las partes. Sin embargo, tanto querellas como defensas cumplen con los plazos procesales previstos. Además, los jueces son los que en última instancia pueden ordenar a las partes que no utilicen estrategias dilatorias.

²⁸ Corte IDH. Caso Bulacio Vs. Argentina. Sentencia de 18 de Septiembre de 2003. Serie C No. 100.

la protección de víctimas, testigos, defensores de derechos humanos, magistrados y funcionarios vinculados con estos casos.

Tal como dijimos, luego de la declaración de inconstitucionalidad de las leyes de obediencia debida y punto final el proceso de memoria, verdad y justicia llegó a un nuevo punto de inflexión que exige readecuar las capacidades estatales y prestar atención a lo que implica socialmente la reapertura de los juicios por los crímenes del terrorismo de Estado.

Con la convicción de que el Estado tiene el deber de justicia para con las víctimas, sus familiares y la sociedad, y que la verdad y la justicia son las bases institucionales para construir un país democrático, con aplicación de reglas igualitarias y límites éticos claros. El CELS espera que estas propuestas contribuyan a lograr ese objetivo.

**A UN AÑO DE LA TRAGEDIA DE MAGDALENA.
LAS RESPONSABILIDADES POLÍTICAS Y JUDICIALES POR LA MUERTE DE 33 PERSONAS
PRIVADAS DE SU LIBERTAD EN LA UNIDAD N° 28 DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.**

I. INTRODUCCIÓN

En la noche del 15 de octubre de 2005 se registró la mayor tragedia carcelaria de las últimas décadas: la muerte de 33 internos de la Unidad N° 28 de Magdalena a raíz del incendio desatado en el pabellón en el que se encontraban alojados.

El incendio respondió a una serie de deficiencias en la infraestructura del pabellón a lo que se sumó la desaprensión con la que actuaron esa noche los funcionarios del Servicio Penitenciario Bonaerense (en adelante SPB o Servicio).¹ Si estos factores no hubieran concurrido, las muertes se podrían haber evitado.²

Como se verá a continuación, la responsabilidad por este episodio debe rastrearse, fundamentalmente, en la incapacidad de las autoridades provinciales para instrumentar políticas que garanticen condiciones dignas de detención, y en la del Poder Judicial de la provincia para resguardar los derechos de las personas privadas de libertad en los centros de detención de la provincia de Buenos Aires.

II. LOS HECHOS

Durante la noche del 15 de octubre dos internos comenzaron una discusión en el pabellón 16 de la Unidad N° 28.³ Ante esta situación, personal del Servicio ingresó al módulo y efectuó disparos con munición de goma.⁴ Se desató entonces un incendio en el fondo del pabellón, a la altura de las últimas camas⁵. Las llamas comenzaron a propagarse y los miembros del SPB ordenaron a los internos que estaban más cerca de la puerta que se arrojaran al suelo y los retiraron de allí.

El resto de los internos habría permanecido encerrado en el pabellón,⁶ inhalando los gases tóxicos que generó la combustión de los colchones de poliuretano y que resultó la principal causal de las muertes.⁷

La gran mayoría de los miembros del Servicio omitieron deliberadamente asistir a las personas en el marco del incendio. No solo no encausaron las debidas tareas de rescate, sino que les impidieron a aquellos internos que lograron salir del módulo que se incendiaba y a los de los pabellones contiguos, prestar su auxilio, llegando incluso a dispararles con munición antitumulto Para cuando arribaron los bomberos ya todo había terminado.

En ese marco, fallecieron 33 de las 58 personas que se encontraban alojadas en el módulo. Se trataba de un pabellón de autodisciplina y la calificación de la conducta de los internos que lo habitaban oscilaba entre “ejemplar” y “muy buena”. La gran mayoría de los que murieron tenían menos de 26 años y estaban imputados por delitos contra la propiedad. Sólo 2 de ellos, contaban con una condena firme; el resto estaban procesados.

III. EL CONTEXTO INSTITUCIONAL QUE DIO LUGAR A LA TRAGEDIA

El pabellón que alojaba a las personas que murieron es un claro exponente de la política de construcción de “módulos de bajo costo” que lleva adelante el gobierno de la provincia de Buenos Aires.

Los llamados “módulos de bajo costo” son ampliaciones edilicias que se efectúan para aumentar la capacidad original de las unidades carcelarias, sin el incremento de servicios adicionales (cocinas, talleres, etc.).⁸ De este modo, el SPB sumó en los últimos años 1.984 plazas construyendo módulos de bajo costo, en los que los internos son alojados en condiciones deficientes: pabellones colectivos de más de 50 personas, insuficiente cantidad de baños, inexistencia de espacios recreativos o salas para recibir visitas. Además de los módulos de ampliación, el SPB ha construido al menos 4 nuevas cárceles “de bajo costo”.⁹ Así, las nuevas construcciones edilicias llevadas adelante para solucionar el problema de la sobrepoblación carcelaria no respetan los estándares internacionales mínimos para el alojamiento de detenidos.

Dadas las limitaciones espaciales y las modestas características de la construcción, los costos de estos módulos son muy inferiores a los de una unidad penitenciaria: las 240 plazas adicionales de Magdalena implicaron un gasto de \$ 1.148.529, es decir, \$ 4.785 pesos por plaza, mientras que el costo promedio del resto de las obras del SPB es de \$ 43.200 por plaza, según información provista por el Ministerio de Justicia de la Provincia de Buenos Aires a la CSJN el 1 de diciembre de 2004.

A pesar de no contar con la habilitación definitiva, las más altas esferas del gobierno provincial decidieron alojar a personas privadas de su libertad en el Pabellón 16 de Magdalena.

III. a. Las características del módulo que alojaba a los internos que fallecieron

El pabellón N° 16 del penal de Magdalena era un edificio compacto de hormigón armado dividido en dos pabellones de alojamiento independientes, de 60 camas cada uno. El módulo ocupaba una superficie de 20mts.x 30mts. Es decir que los 120 internos destinados a este sector se acomodaban en una superficie de 600mts² en total. Restando las áreas destinadas a salas de control, los detenidos disponían de casi 4mts² por persona¹⁰, menos de la mitad de lo establecido por los estándares internacionales. Las 58 personas alojadas en el pabellón 16B compartían el uso de 3 letrinas¹¹. Al pabellón se accedía mediante un patio delimitado por un muro perimetral de seguridad hecho de hormigón, coronado por paños de alambres de púa. Poseía, además, un acceso posterior a través de esclusas de seguridad construidas por paños de alambre.

El módulo incendiado nunca llegó a contar con el final de obra. El *Director de Infraestructura Edilicia* del SPB informó en el sumario administrativo interno que "...la obra en cuestión *no posee recepción definitiva - final de obra*. Posee: recepción provisoria parcial con observaciones y entrega a persona responsable e inventario: (20/6/03) Recepción provisoria Total: 06/01/04..."¹² (el destacado es propio)

Claudio Olivero – Jefe de la División de Seguridad Laboral de la Secretaría de Higiene y Seguridad Laboral del SPB, al tiempo de la entrega parcial de las obras – afirmó que los módulos recepcionados **"no se encontraban habitables fundamentalmente porque no poseían disyuntores ni el certificado de la puesta a tierra, ni la prueba hidráulica de desagüe, ni la aprobación de la red de incendios, ni agua potable, tampoco la prueba de hermeticidad en la línea de gas..."** (SIC)

Conforme surge de la declaración de varios funcionarios del Servicio en el sumario administrativo en curso, la decisión de alojar personas en esas condiciones respondió a las presiones políticas existentes ante la *emergencia carcelaria*. Así, entre otros, Jorge Octavio Ruiz – Jefe del Dpto. de Obras de la *Dirección de Construcciones y Mantenimiento* al tiempo de la recepción provisoria parcial y provisoria total de los módulos – destacó que **"...hubo expresas directivas del Señor Gobernador de la provincia de Buenos Aires, señor Ministro de Justicia, señor Subsecretario de Política Penitenciaria y Readaptación Social, señor Jefe del Servicio Penitenciario Bonaerense y del señor Director de Construcciones y mantenimiento para "acelerar las fechas de entrega de los módulos de la Unidad 28 de Magdalena".**¹³

De esta manera, en las actas de recepción provisoria parcial y provisoria total de las obras en cuestión, se lee: **"...motiva estos actuados la imperiosa necesidad de habilitar estas construcciones para alojamiento de internos..."**¹⁴ (el destacado es propio)

Entre las tareas que el mismo SPB observó como faltantes para la habilitación definitiva de las obras, se encontraban, precisamente: a) la provisión e instalación del equipo de bombas para presión para incendio de arranque automático y b) la aprobación de la red de incendios en su conjunto, por las autoridades de Bomberos de la provincia de Buenos Aires.

En efecto, de las declaraciones de los internos sobrevivientes y de los miembros del SPB que actuaron en el marco del incendio,¹⁵ surge con claridad que *no pudo utilizarse el sistema antiincendios del pabellón porque la red de hidrantes carecía absolutamente de presión.*

III.b. La responsabilidad de las autoridades del SPB

En lo que respecta a la responsabilidad al interior del SPB y sobre la base de la investigación administrativa interna, cabe reparar, en particular, en la actuación de, al menos¹⁶, la Jefatura del SPB, así como de las autoridades a cargo de la *Dirección General de Asistencia y Tratamiento*¹⁷, de la *Dirección de Infraestructura Edilicia* y de la *Secretaría de Higiene y Seguridad Laboral*¹⁸.

La Jefatura del SPB fue parte esencial en la decisión de alojar internos en los nuevos módulos de la Unidad N° 28 de Magdalena, aún cuando no se contaba con su recepción definitiva¹⁹. A la vez, la Jefatura del Servicio había sido notificada ya en junio de 2004, del estado deficitario de la red de lucha contra incendios del pabellón N° 16 de la Unidad N° 28 y no surge de las actuaciones administrativas internas que tomara medida alguna a fin de reparar la situación de riesgo extremo en que se encontraba la Unidad²⁰. El actual Jefe del SPB, Fernando Díaz, ya era titular de la Jefatura del Servicio al tiempo del incendio.

La *Dirección General de Asistencia y Tratamiento* es la dependencia del SPB que ordena los traslados y movimientos de la población de internos en general²¹. Así, Omar Palacios – titular de la Dirección por ese entonces – dispuso el alojamiento de internos en el pabellón N° 16 de Magdalena, sin estar éste habilitado al efecto²². Ahora bien, a la misma Dirección le correspondía *intervenir en los proyectos de creación y organización de nuevos establecimientos, así como inspeccionar periódicamente los distintos establecimientos a fin de verificar la aplicación de las normas vigentes sobre tratamiento penitenciario*²³. De esta manera, a la hora de autorizar el traslado de internos a los módulos de la Unidad N° 28, Palacios debió haber verificado que los nuevos módulos estuvieran en condiciones reales de habitabilidad como para alojar personas y disponer solo, en ese caso, su alojamiento allí²⁴.

La *Dirección de Infraestructura Edilicia* posee claras obligaciones en materia de ejecución, contralor y mantenimiento de toda obra contemplada en los programas de construcción carcelaria²⁵. Fueron representantes de esta Dirección los que suscribieran las actas de recepción provisoria parcial y provisoria total de las obras de la Unidad N° 28 de Magdalena. Esta dependencia desatendió, a todas luces, sus deberes en relación con la ejecución de las obras correspondientes al penal de *Magdalena*, ya que primero aceptó su recepción provisoria y parcial y al tiempo del siniestro – al menos tres años después de ésta – los módulos todavía no contaban con el final de obra. A la vez, no solo no realizó las inspecciones correspondientes para verificar el estado de los nuevos módulos sino que hizo caso omiso de las notificaciones que recibiera en relación con las falencias que caracterizaban al sistema de lucha contra incendios del

pabellón N° 16²⁶ y no adoptó curso de acción alguno tendiente a reducir el riesgo existente²⁷.

La *Secretaría de Higiene y Seguridad Laboral* del SPB – actualmente anexada a la *Dirección de Infraestructura Edilicia* – contaba con la obligación específica de *prevenir la iniciación de incendios* al interior de las unidades carcelarias de la provincia²⁸.

En este sentido, la Secretaría debía *controlar las instalaciones y actividades generadoras de riesgos* en el penal²⁹. De las constancias obrantes en el sumario administrativo, la Secretaría sólo habría realizado dos inspecciones. Una en junio de 2003 y otra en junio de 2004. No hay constancias de que realizara ninguna inspección durante el 2005. Esto, a pesar de que las dos inspecciones que realizara, dieran cuenta de que *no funcionaba* el sistema de lucha contra incendios de los nuevos módulos. Tras la primera inspección, la Secretaría sólo remitió un informe con los resultados a la entonces *Dirección de Construcciones y Mantenimiento*³⁰. Tras la segunda inspección, se remiten los resultados, esta vez, al interventor del SPB³¹. No entabló ningún otro curso de acción, ni tomó ninguna medida concreta.

A su vez, la Secretaría contaba con la obligación de *asegurar la evacuación de las personas* en las cárceles de la provincia³². En los informes que realizara tras ambas inspecciones, ni siquiera se hizo mención alguna a las posibilidades de evacuación de los módulos, atento a la cantidad de personas alojadas. De los informes, surge, a la vez, que la Secretaría tampoco se avocó a verificar la efectiva existencia de extinguidores, entre otros elementos.

A la vez, la Secretaría incumplió su obligación de *evitar la propagación del fuego y gases tóxicos* en el penal. Aquí debe tenerse en cuenta que el elevado nivel de toxicidad de los gases que generó la combustión de los colchones de poliuretano con los que contaban los internos, resultó la principal causal de su muerte. En este punto, la Secretaría no tomó ninguna medida, ni siquiera procuró efectuar algún control que diera cuenta de los niveles de toxicidad y que entonces permitiera alertar sobre las posibles consecuencias de manejar tal tipo de material. En este sentido, a Claudio Olivero - Jefe de la División de Seguridad Laboral de la Secretaría de Higiene y Seguridad Laboral del SPB entre el 2002 y septiembre de 2004-, le preguntaron en el sumario interno si realizó alguna prueba sobre toxicidad y el tiempo de combustión de los colchones utilizados en la repartición, a lo que contestó que “no realizó ninguna prueba al respecto, pero que si realizó un informe no recordando la fecha y ante quien lo elevó sobre *la toxicidad de los gases en la combustión de los colchones*; que con respecto a la prueba no la realizó en virtud de no contar con los medios económicos para realizarla...”(el destacado es propio)³³

Por último, la Secretaría también incumplió su obligación de *proponer y desarrollar programas de capacitación para la lucha contra incendios* en la Unidad³⁴.

Se demuestra así que las autoridades del SPB desatendieron marcadamente sus obligaciones en materia de diseño y contralor del sistema de prevención y lucha contra incendios del penal de Magdalena.

IV. La responsabilidad del Poder Judicial

La totalidad de las víctimas se encontraban detenidas a disposición de distintos órganos jurisdiccionales de la provincia³⁵. Tal como señalamos anteriormente, la gran mayoría de ellas carecían de condena firme.

Hay una responsabilidad del Poder Judicial en la tragedia de Magdalena. Entre las funciones de control de legalidad, previo a exigir al Poder Ejecutivo que dedique recursos a la construcción de establecimientos, está la de no permitir y menos aún ordenar el alojamiento de personas en condiciones de detención indebidas (art.18 CN).

Ningún sistema penitenciario está diseñado para alojar una población de más del 80% de presos sin condena. Creer que es posible generar un sistema penitenciario de este tipo demuestra desconocimiento de la realidad y perversión de los valores. Esto implica generar un sistema penitenciario para ocultar la lentitud de los procesos.

El Poder Judicial tiene entre sus funciones la de controlar las condiciones de encierro y hacer respetar las garantías de los sujetos pasibles de la coerción penal estatal³⁶. Así lo entendió la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso “Verbitsky”³⁷ al ordenar — 6 meses antes de la tragedia — a los tribunales de todas las instancias de la provincia de Buenos Aires que hagan cesar toda eventual situación de agravamiento de detención que ocasione un trato cruel, inhumano o degradante.

La sobrepoblación y el hacinamiento carcelario no son un problema de falta de plazas o simplemente edilicio, sino fundamentalmente una consecuencia del modo en que se administra justicia. Si las cárceles están sobrepobladas y propician situaciones degradantes – como las que ocurrían en el pabellón incendiado – es porque la administración del poder penal en la provincia está valiéndose de ese recurso para su funcionamiento.

La Constitución Nacional indica, desde su redacción original, que los jueces son responsables por la violación de los derechos de las personas privadas de su libertad. Esta obligación no ha sido debidamente asumida.

¹ El día 5 de octubre de 2006, el juez de garantías Nº 1 de La Plata, Guillermo Atencio ordenó la detención de 15 agentes del SPB que cumplían funciones en la Unidad nº 28 de Magdalena el día del incendio. El juez hizo lugar el pedido de los fiscales de la causa, Sergio Delucis y María Laura D'Gregorio, quienes acusaron a los penitenciarios de cometer el delito de "abandono de persona seguido de muerte".

El 29 de mayo de 2006 el Sr. Subsecretario de Política Penitenciaria y Readaptación Social hizo lugar a una petición del CELS y le permitió tener acceso y participación en el Expte. Nº 21.211-141.968/05 y demás actuaciones administrativas originadas con motivo de los sucesos acaecidos el 15 de octubre de 2005 en la Unidad Nº 28 de Magdalena. De esta forma, el CELS pudo acceder a la totalidad del expediente Nº 21.211-141.968/05. A la vez, abogados del CELS patrocinan jurídicamente a la Sra. Rufina Verón en su carácter de particular damnificada en la IPP Nº 279.737 (R.I. 671), en trámite en la Unidad Funcional de Investigaciones Nº 4 de La Plata por la que se investigan los sucesos del 15 de octubre de 2003 en la Unidad Nº 28 de Magdalena. Rufina Verón es la madre de Cesar Magallanes, uno de los internos que fallecieron esa noche. Cesar se encontraba detenido desde el 21 de marzo de 2003, en el marco de la causa "Magallanes, César s/robo agravado" (Expte. Nº 1760) que tramita por ante el Tribunal en lo Criminal Nº 4 del Departamento judicial de Morón. Cesar Magallanes, tenía 25 años de edad y tenía graves problemas de salud.

³Cf. IPP Nº 279.737 (R.I. 671), Fs. 1103/1105, 1145/1147, entre otras.

⁴Cf. IPP Nº 279.737 (R.I. 671), Fs. 1094/1096, 1103/1105, 1107/1109, 1111/1113, 1145/1147, entre otras.

⁵ Existen distintas versiones sobre la manera en que se habría iniciado el incendio, la hipótesis mas fuerte es que como forma de protesta ante la represión de los penitenciarios, uno de los internos habría prendido fuego un colchón.

⁶Cf. IPP Nº 279.737 (R.I. 671), Fs. 22/27, 32/36, entre otras. A su vez, ver "Personal de Unidad 28 de Magdalena s/presunta inf. Al Arts. 92 inc.19 y 93 inc.8 del Decreto - ley 9578/80" (Expte. Nº 21.211-141.968/05) Fs. 423, 824, 1496, 1409/1410, 1566/68, entre otras.

⁷ Cf. Certificados de defunción de los internos, "Personal de Unidad 28 de Magdalena s/ presunta inf. Al Arts. 92 inc.19 y 93 inc.8 del Decreto - ley 9578/80" (Expte. Nº 21.211-141.968/05) Fs. 538-70. A su vez, ver Legajos de autopsias obrantes en la IPP Nº 279.737 (R.I. 671).

⁸ Además, en muchas ocasiones, como en el caso del pabellón siniestrado, se recurre también a la utilización de "dobles camas" para ampliar la capacidad de alojamiento del lugar.

⁹ Estas son las unidades 12 de Gorina, 19 de Saavedra, 38 de Sierra Chica y 39 de Ituzaingó.

¹⁰ Es útil mencionar aquí algunas de las variables a considerar para la fijación de un estándar de encierro. Por ejemplo, el análisis debe merituar las exigencias mínimas de higiene; determinar, en función del clima de la región donde se encuentra el establecimiento, el volumen de aire, calefacción, ventilación; espacio para actividades recreativas, así como también plazas laborales y educativas. En cuanto a la superficie mínima, según los estándares de la American Correctional Association (ACA) –institución no gubernamental que se ocupa de la certificación de servicios de prestadores privados y estatales en materia de alojamiento penitenciario– cada prisionero debe contar con 10,66m² de espacio libre. Si permanece recluso por períodos superiores a 10 horas diarias, debe contar con, por lo menos, 24,38m² en total, incluyendo los muebles y elementos fijos (Norma 3-4128). Instituciones como el Federal Bureau of Prisons (Servicio Penitenciario Federal de los EE.UU.) refieren permanentemente en sus resoluciones a los estándares de la ACA. En el mismo sentido, la Asociación Americana de Salud Pública ha fijado normas carcelarias para todas las áreas que afectan la salud de los prisioneros ("Standards for Health Services in Correctional Institutions", segunda edición) que establecen un espacio de, por lo menos, 18,28m² con 2,43m de altura como mínimo en caso de celdas individuales y 21,33m² para reclusos que permanecen allí más de 10 horas diarias. Asimismo, conforme surge del "Rapport annuel d'activité 1994", publicado en Francia por la Dirección de la Administración Penitenciaria (Servicio de la Comunicación, de Estudios y de Relaciones Internacionales), la superficie necesaria por interno se calcula siguiendo una tabla que fija el espacio según el número de internos que lo ocupan. Por ejemplo, este indicador comienza con una superficie mínima de 11m² correspondientes a una persona y consigna progresivamente la superficie mínima según la cantidad de personas, finalizando con la cita de 85 a 94m² para 18 personas. (Cfr. Resolución 12/99 del Defensor General de la Ciudad Autónoma de Bs. As., Dr. Víctor E. Hortel).

¹¹ En relación con los "módulos de bajo costo" de la Unidad de Magdalena, el Juez Borrino, de la Cámara de Apelación y Garantías en lo Penal de San Isidro, señaló: "Se visitaron los módulos colectivos que estaban recientemente inaugurados, y el en módulo D, se observó que 60 personas conviven un ámbito de salón (sic) en el que se ubican dos hileras de camas cuchetas separadas cada una de la otra por espacio de un metro, y una especie de armario de cuatro estantes abiertos para que los detenidos coloquen sus pertenencias. Dentro del mismo ámbito del pabellón se ubican los baños que cuentan con un sector del mingitorios separados por una pared de aproximadamente un metro de alto de los sectores comunes del pabellón, y detrás tres compartimentos para otras letrinas, *servicios insuficientes para 60 personas*. Hay 3

duchas para los 60 internos. La cocina debe funcionar por turnos por verse sobrepasada su capacidad de producción". Causa N° 22535/IIIª "Rubén Britos y otros s/inc. de Apelación de la prisión Preventiva", junio de 2006. El destacado nos pertenece.

¹² Cf. "Personal de Unidad 28 de Magdalena s/presunta inf. Al Arts. 92 inc.19 y 93 inc.8 del Decreto - ley 9578/80" (Expte. N° 21.211-141.968/05), fs. 492. Debe hacerse notar que la *Dirección de Infraestructura Edilicia* del SPB cuenta con tal denominación desde el dictado del decreto 949/2005 (27/6/2005), con anterioridad era conocida como la *Dirección de Construcciones y mantenimiento* (regulada por el Decreto 1300/80) A su vez, ver a este respecto: *Acta de recepción provisoria parcial, Nota dirigida a la Empresa G y C Construcciones y Acta de recepción provisoria total*, obrantes a fs. 3, 4 y 7 respectivamente del Anexo al Expte. administrativo de referencia.

¹³ Cf. Escrito de defensa del Insp. Myr. Jorge Octavio Ruiz, *Ibíd.*, Fs.1367 vta. El Insp. Myr. Ruiz y el Alcalde Arq. Miguel A. Moviglia – ambos de la *Dirección de Construcciones y Mantenimiento* – fueron quienes firmaron, en representación del SPB, las actas de recepción provisoria parcial y total de las obras. A su vez, ver al respecto, el escrito de defensa presentado en el sumario administrativo por José Ricardo Jacod, Jefe de la Unidad N° 28 de Magdalena entre noviembre de 2003 y septiembre de 2004. Allí, Jacod expresó: "... cuando me hice cargo de la Unidad el 20-11-03 los módulos ya se encontraban habitados por internos (...) Recuerdo que en ese entonces la superioridad penitenciaria dio la orden de habitar los módulos luego de una recorrida efectuada por autoridades gubernamentales encabezada por el señor gobernador, en el marco de la emergencia policial y carcelaria existente, mediante la cual se procuró descongestionar las dependencias policiales con el consecuente traslado masivo de detenidos a distintas unidades penitenciarias (...) la superioridad dispuso habitar los módulos en cuestión y al momento de asumir como Jefe de Unidad no hice más que continuar con la política de alojamiento que se venía implementando..." Cf. "Personal de Unidad 28 de Magdalena s/presunta inf. Al Arts. 92 inc.19 y 93 inc.8 del Decreto - ley 9578/80" (Expte. N° 21.211-141.968/05), Fs. 1172/1175 (el destacado es propio) En paralelo, en su escrito de defensa, Juan Carlos Joubert – Director de Construcciones y Mantenimiento entre diciembre de 2002 y noviembre de 2003 – manifestó: "...se construyeron los catorce (14) módulos en distintas Unidades Penitenciarias, más aún contra la presión de su finalización para ingresar los detenidos que se encontraban en las comisarías con el fin de descomprimir las mismas y que constantemente éramos apurados para su finalización..." *Ibíd.*, fs. 1177 vta. (el destacado es propio)

¹⁴ Cf. Fs 3 y 7, Anexo I Original del Expte. administrativo de referencia.

¹⁵ Cf. "Personal de Unidad 28 de Magdalena s/presunta inf. Al Arts. 92 inc.19 y 93 inc.8 del Decreto - ley 9578/80" (Expte. N° 21.211-141.968/05),Fs. 665/667,703/704, 723 vta, 776, entre otras.

¹⁶ El cuestionamiento al accionar de determinadas dependencias del SPB que se explicita en este documento, en modo alguno, excluye la responsabilidad que puedan ostentar otras autoridades del Servicio por lo que ocurriera el 15 de octubre de 2005 en el penal de Magdalena.

¹⁷ La *Dirección General de Asistencia y Tratamiento* – que depende directamente de la Jefatura del SPB – era antes conocida como la *Dirección de Régimen Penitenciario*. La denominación cambió con el dictado del decreto 949/2005.

¹⁸ Las distintas obligaciones de las dependencias referidas del SPB se encuentran precisadas, en la actualidad, en el decreto 949/2005. Con anterioridad, la regulación de sus deberes surgía del decreto 1300/1980.

¹⁹ En su declaración testimonial en el Sumario administrativo interno, el Alcalde Miguel Moviglia destacó que la obra fue "repcionada por orden verbal de la Jefatura del Servicio debido a la situación de emergencia carcelaria que se encuentra expresa en el acta de recepción provisoria parcial". Cf. "Personal de Unidad 28 de Magdalena s/presunta inf. Al Arts. 92 inc.19 y 93 inc.8 del Decreto - ley 9578/80" (Expte. N° 21.211-141.968/05),Fs. 580. A su vez, conforme el Art. 10 del decreto 1300/1980: "El destino de las Unidades Penitenciarias y Destacamentos será fijado por el Jefe del Servicio Penitenciario, de acuerdo con las características de tratamiento, seguridad y las exigencias del Servicio." Dicho decreto estaba vigente al momento de ordenarse el traslado de internos a los nuevos módulos de la Unidad N° 28. José Emilio Lauman era el Jefe del SPB al tiempo de la recepción provisoria de los módulos. Fue sucedido en su cargo por Ricardo Cabrera.

²⁰ Cf. Nota dirigida al Sr. Interventor del SPB, Ricardo Cabrera. En el informe adjunto a dicha nota, el Jefe de la División de Seguridad Laboral precisó que la red de incendio "se encuentra *totalmente fuera de servicio*..." *Ibíd.* 983-984. En caso, de haber adoptado alguna disposición a fin de paliar la situación, atento a los acontecimientos del 15/10/2005, ésta resultó, a todas luces, ineficaz.

²¹ Cf. Decreto 1300/1980, Arts. 50 a 76.

²² Cf. "Personal de Unidad 28 de Magdalena s/presunta inf. Al Arts. 92 inc.19 y 93 inc.8 del Decreto - ley 9578/80" (Expte. N° 21.211-141.968/05),Fs.496.

²³ Ver nota 26.

²⁴ De esta manera, en el decreto de determinación de imputaciones del sumario administrativo interno, se establece "que en su calidad de Director de Régimen Penitenciario al momento de ingresar internos en los referidos módulos le correspondieron *deberes de supervisión y control* al Insp. Gral. Omar Jorge Palacios (...) refuerzan lo precedente sus dichos en calidad de sumariado (...) *no afirma haber practicado algún tipo de control o, en su caso, haber contado con otro dato o aval que las simples expresiones verbales de quienes con el mismo rango constituían el resto de la Plana Mayor Institucional con esos antecedentes ordenó dar comienzo a los alojamientos dentro de los nuevos módulos de la Unidad 28.*, Cf. "Personal de Unidad 28 de Magdalena s/presunta inf. Al Arts. 92 inc.19 y 93 inc.8 del Decreto - ley 9578/80" (Expte. N° 21.211-141.968/05), Fs. 1040.

²⁵ Ver al respecto, Anexo al Decreto 949/2005 y Art. 159, decreto 1300/1980.

²⁶ A Fs. 638 del Expte. N° 21.211-141.968/05 obra un informe presentado con fecha 8 de agosto de 2003, por el Ing. Norberto Martins Mogo- en su carácter de Secretario de Higiene y Seguridad Laboral – a la Dirección de Construcciones y Mantenimiento. Se informa que, con fecha 07 de agosto de 2003, se realizó la inspección de la red de hidrantes instalada en el módulo de la Unidad N° 28 de Magdalena. Se consigna como resultado: "...Se procedió a medir la presión en la segunda y última boca de la instalación constatándose que la presión en los hidrantes fluctuaba entre 3,6 y 3,8 Kg/cm2, con las restantes válvulas cerradas; *por lo cual se considera insuficiente la presión.* Posteriormente se procedió a la prueba de presión en los hidrantes con dos válvulas teatro abiertas, constatándose una presión de 2,5 Kg/Cm2, *la cual es insuficiente para una emergencia de incendio (...) se sugiere instalar una presurizadora a efectos de lograr una presión constante adecuada a las necesidades, en toda la red de hidrantes. Asimismo ésta Secretaría solicita la provisión de un plano de instalación de la red de hidrantes, de extinguidores y la memoria de cálculo de la bomba a instalar...*"

²⁷ En su declaración en calidad de sumariado en la investigación administrativa interna, Carlos José Jasale – Director de Infraestructura edilicia del SPB al tiempo del siniestro – declaró que "como [el módulo incendiado] se encontraba habitado y en funcionamiento desde las gestiones anteriores (...) *desconocía la inexistencia del acta final de obra definitiva de dichos módulos...*" A la vez, indicó que *desconocía el funcionamiento de la red de hidrantes de los módulos en cuestión y que tampoco le constaba si "la instalación realizada por la empresa estaba apta para afrontar una situación como la del 15/10/2005"*. En paralelo, se le preguntó quién era el responsable de informar a la Dirección de Administración sobre el incumplimiento de alguna empresa en un pliego licitatorio que intervenga la Dirección de Infraestructura Edilicia, a lo que respondió que *el responsable es el Director de Infraestructura Edilicia, o sea él.* En este caso, se evidencia con toda claridad la negligencia con la que actuaban los funcionarios del SPB con anterioridad al 15/10/2005.

²⁸ La referida Secretaría poseía una específica Sección de Prevención y Lucha contra Incendios y otros Siniestros. Ver al respecto Resolución SPB 1373/01.

²⁹ Art. 3 de la Res. SPB 1373/01.

³⁰ Ver Nota 35.

³¹ Ver nota 28.

³² Cf. Art. 10, Resolución SPB 1373/01.

³³ Cf. "Personal de Unidad 28 de Magdalena s/presunta inf. Al Arts. 92 inc.19 y 93 inc.8 del Decreto - ley 9578/80" (Expte. N° 21.211-141.968/05), Fs. 960.

³⁴ Debe destacarse que otro factor que resultara condicionante del siniestro fue la absoluta falta de capacitación del personal penitenciario para afrontar situaciones de esta naturaleza. En este sentido, una de las preguntas recurrentes en el sumario administrativo a aquellos miembros del SPB que estuvieron la noche del 15 de octubre de 2005 en el penal de Magdalena, fue, precisamente, "si recibieron academias mientras prestaron servicios en la Unidad 28 sobre procedimientos ante situaciones de lucha contra incendios". Todos contestaron por *la negativa*. A modo de ejemplo, en su escrito de defensa, Jorge Luis Martí – encargado de turno del penal el 15/10/2005 desde las 18 hs – establece que "no se contaba con la cantidad necesaria de personal penitenciario para hacer frente a los sucesos del 15/10/2005 y que el que había *no contaba con la formación debida al efecto.*" Cf. "Personal de Unidad 28 de Magdalena s/presunta inf. Al Arts. 92 inc.19 y 93 inc.8 del Decreto - ley 9578/80" (Expte. N° 21.211-141.968/05), fs.1223 vta., 1224, 1225 vta., 1226 vta.1232, vta., 1239, 1242, entre otras.

³⁵ Según información proporcionada por la Secretaria de Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires:

1- ANTICAGLIA CEJAS Cristian Adrián se encontraba a disposición del Tribunal Oral en lo Criminal N° 2 La Plata, en causa 1514 seguida por el delito de Tentativa de robo calificado, en calidad de procesado.

2-AVILA PORTILLO Agustín Sebastián se encontraba a disposición del Tribunal Oral en lo Criminal N° 4 de Lomas de Zamora, en causa 1671 seguida por el delito de abuso sexual agravado, en calidad de procesado.

3- AYALA FEIJO Rubén Darío se encontraba a disposición de la Cámara de Apelación y Garantías en lo penal de Lomas de Zamora, en causa 26166 seguida por el delito de Homicidio en ocasión de robo, en calidad de procesado.

4- CACERES FERNANDEZ Javier Cristian se encontraba a disposición del Tribunal Oral en lo Criminal N° 4 de San Martín, en causa N° 624, seguida por el delito de tentativa de robo calificado por el uso de armas –dos hechos-, en calidad de Penado.

5- CAMPOS BARRETO Juan Ariel (o Martín Alejandro según Registro General de Internos del SPB).- se encontraba a disposición del Tribunal Oral en lo Criminal N° 4 de San Martín, en causa N° 1165, seguida por el delito de robo agravado (según Dirección General de Asistencia y Tratamiento del SPB), o homicidio simple en concurso real con robo calificado (según información del legajo judicial y registro de internos de la UP 28), en calidad de procesado.

6- COHELO FERNÁNDEZ, Roberto Alejandro se encontraba a disposición del Tribunal Oral en lo Criminal N° 1 de La Plata, en causa N° 82/1270, seguida por el delito de homicidio en ocasión de robo, en calidad de procesado.

7- CUEVAS MARTINEZ, Ariel Gustavo se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal N° 4 de La Matanza en causa 1386(según legajo judicial y registro de internos de la UP 28), o del Juzgado de Ejecución Penal de Lomas de Zamora, en causa N° 1686 (según Dirección General de Asistencia y Tratamiento), seguida por el delito de robo agravado por el uso de armas, en calidad de penado.-

8- DEL VALLE GONZALEZ, Diego Martín se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal N° 5 de Morón en causa N° 936, seguida por el delito de robo calificado por el uso de armas y otros, en calidad de penado.-

9- DIAZ Eduardo Ignacio (o Maximiliano según Registro General de Internos del SPB).- se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal n° 2 de la Matanza en causa N° 1809/0696-05, seguida por el delito de robo agravado, en calidad de procesado.-

10- FARIAS CARABAJAL, Pablo Ezequiel.-se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal n° 1 de Lomas de Zamora en causa N° 2250, seguida por el delito de robo doblemente agravado y otros, en calidad de procesado.-

11- FERREYRA RODRÍGUEZ, Nicolás Augusto se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal n° 3 de Morón en causa N° 439, seguida por el delito de robo calificado por el uso de armas (según legajo judicial) o robo simple en concurso real con posesión ilegal de arma de fuego (según registro de internos de la UP 28), en calidad de penado.-. Penado a 4 años de prisión. Agotaba pena el 30/08/06.

12- FRANCO ROJAS, Víctor Enrique se encontraba a disposición del Juzgado de Garantías N° 4 de San Martín, en causa N° 2803, seguida por el delito de robo calificado, en calidad de procesado.-

13-GAMARRA MUJICA, José Ángel -se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal N° 4 de Morón, del Juzgado de Ejecución Penal de Morón, y del Tribunal en lo Criminal N° 3 La Matanza, por 3 causas por el delito de robo calificado, encontrado condenado en una de ellas y procesado en las restantes.-

14- GORRIZ MARTINEZ, Andrés Gonzalo -se encontraba a disposición del Juzgado de Garantías n° 3 de La Plata, en causa N° 9503 por el delito de Robo Calificado, en calidad de procesado.-

15-GRANADOS BALDOVINOS, Lucas Hernán - se encontraba a disposición del Juzgado de Garantías n° 2 de Quilmes, por el delito de Secuestro Extorsivo, en causa N° 15287, en calidad de procesado.-

16-GRANADOS BALDOVINOS, Marcos Elio -se encontraba a disposición del Juzgado de Garantías n° 2 de Quilmes, por el delito de Secuestro Extorsivo, en causa N° 15287, en calidad de procesado.-

17- LOPEZ DEMUTH, Néstor Javier se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal N° 1 de la Matanza, por el delito de Robo calificado por uso de arma, en causa N° 1238, No se registra con precisión si se encontraba procesado o condenado.-

18- MAGALLANES VERON, Cesar Javier se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal N° 4 del Departamento judicial de Morón, en calidad de procesado, en el marco de la causa "*Magallanes, César s/robo agravado*" (Expte. N° 1760).

19- MAGLIONI FARIAS, Eduardo Guillermo se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal N° 4 de Morón, por el delito de Robo, en calidad de procesado.-

20- MEDIANO o MEDRANO ROCHA, Luis Pablo se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal N° 3 de Morón, en causa N° 879, por el delito de Robo calificado, en calidad de procesado.-

21- MENDOZA ABDALA, Jorge Omar se encontraba a disposición del Juzgado de ejecución Penal de Quilmes, en causa n° 2619/1506 por el delito de Robo calificado, y a disposición del Juzgado de Garantías N° 3 de San Isidro. No hay datos precisos en cuanto a la situación de penado o procesado.

22- MERLO SEGUES, Rubén Gerardo se encontraba a disposición del Juzgado de Garantías n° 4 de San Isidro, por el delito de TENENCIA ILEGAL DE ARMA DE GUERRA, en causa n° 2432 en calidad de procesado.

23- MOLAS SILVA, Daniel Ariel Cayetano se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal N° 3 de San Isidro, por el delito de robo calificado, en causa 1255, en calidad de procesado.-

24- MOSQUEIRA LECLER Abraham Ever se encontraba a disposición del Juzgado de Garantías N° 2 de Quilmes, en causa N° 13122-2 seguida por el delito de robo agravado por el uso de armas, en calidad de procesado.

25- OLIVERA TORRES, Carlos Alberto se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal N° 2 de San Martín, por los delitos robo calificado y homicidio, en calidad de procesado.-

26- PEREYRA ALION Abel Omar se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal N° 5 de La Plata, en causa N° 168/2908 y acumulada 169/2908., seguida por los delitos de robo agravado y robo simple, en calidad de procesado.

27- PEROSA GONZALEZ David Ángel se encontraba a disposición del Juzgado de Garantías N° 3 de Quilmes, en causa N° 4416 seguida por el delito de tentativa de robo, en calidad de procesado.

28- PUCCIO CAMAÑO Darío Bernabé se encontraba a disposición del Tribunal Oral en lo Criminal N° 3 de San Martín, en causa N° 2106, seguida por el delito de robo calificado, en calidad de procesado.

29- REY GONZALES, Cristian Leonardo se encontraba a disposición del Tribunal Oral en lo Criminal N° 5 de San Martín, en causa N° 47 y acum. 203, seguida por el robo calificado, en calidad de procesado.

30- TORRES PACHECO Luis Alberto se encontraba a disposición del Juzgado de Garantías N° 3 de San Isidro, en causa N° 9169, seguida por el delito de robo calificado, en calidad de procesado.

31- TUBIO SAGRATELLA, Juan Carlos se encontraba a disposición del Tribunal Oral en lo Criminal N° 4 de Lomas de Zamora, en causa N° 1657, seguida por el delito de robo calificado, en calidad de procesado.

32- VALLEJOS Lucas Daniel se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal N° 5 de San Isidro, por el delito de homicidio calificado, en causa N° 10276, en calidad de procesado.-

33- VERA MELGAREJO Jorge Martín se encontraba a disposición del Tribunal en lo Criminal N° 5 de San Martín, por el delito de Robo calificado, en causa N° 1098/11885, en calidad de procesado.

³⁶ El 4 de febrero de 2004, la SCBA dictó la Acordada n° 3118 en la que encomienda a los jueces de la provincia realizar visitas trimestrales a Unidades Carcelarias y Policiales, con el objeto de constatar las condiciones de detención de las personas allí alojadas.

³⁷ CSJN, "Verbitsky, Horacio (representante del Centro de Estudios Legales y Sociales) s/habeas corpus", V 856, XXXVIII.

DOCUMENTO PRESENTADO EL 15 DE NOVIEMBRE DE 2007 EN EL CONSEJO FEDERAL PENITENCIARIO ARGENTINO, TALLER DE TRABAJO: "SOBREPOBLACIÓN, INFRAESTRUCTURA Y EMERGENCIAS. CUPO PENITENCIARIO".

I. Introducción.

Los hechos ocurridos el pasado 4 de noviembre en la Unidad Penal N°1 de varones de Santiago del Estero, que provocaron la muerte de al menos 34 personas, resultan de una gravedad institucional innegable. Si bien la investigación de los hechos aún no está avanzada, las versiones hasta el momento presentan un diagnóstico semejante al incendio que tuvo lugar en octubre de 2005 en la Unidad 28 de Magdalena, Provincia de Buenos Aires, y en el que fallecieron 33 personas. Lamentablemente, tragedias de estas dimensiones han venido sucediendo durante los últimos años en distintas cárceles del país sin que se hayan adoptado medidas efectivas para prevenirlas. En este sentido, corresponde traer a colación también el incendio producido en mayo de 1990 en el penal de Olmos, provincia de Buenos Aires, en el cual perdieron la vida 35 reclusos, y el siniestro acaecido años antes en la cárcel de Villa Devoto, entre otros.

Estos hechos constituyen la dimensión más cruda del problema de sobrepoblación y hacinamiento que, en mayor o menor medida, afecta a todo el sistema carcelario argentino. Esta crítica situación obliga a adoptar las siguientes medidas urgentes:

- 1- Establecer estándares estrictos de alcance federal sobre las condiciones de seguridad en las que deben estar alojadas las personas privadas de su libertad en todo el territorio nacional a fin de impedir que estos siniestros se repitan.
- 2- Fijar estándares normativos —claros y precisos— sobre condiciones de encierro y cupos de alojamiento.
- 3- Crear mecanismos de solución ante situaciones de alojamiento de personas por encima de la capacidad de los establecimientos carcelarios.

En este marco, resulta imperioso destacar que una de las causas más evidentes del exceso de personas alojadas en establecimientos carcelarios es la ausencia de un diagrama adecuado de política criminal, coherente y acorde con las herramientas disponibles para sustentarlo. La Argentina ha optado por la utilización del derecho penal como principal método de solución de conflictos y —sobre la base de este modelo— la utilización de la prisión como pilar del sistema punitivo. A ello se suma el hecho de que las normas procesales son permanentemente modificadas en distintas provincias con el objetivo de generalizar el uso de prisión preventiva, lo cual constituye un grave retroceso en el reconocimiento de garantías básicas de las personas sometidas a proceso penal.

Finalmente, entendemos que el Consejo Federal Penitenciario constituye el ámbito propicio para consensuar políticas públicas en materia criminal y penitenciaria que permitan revertir este cuadro, y establecer un marco mínimo de estándares legales vinculados con las condiciones materiales que deben garantizarse para el encarcelamiento de una persona en cualquier lugar del país.



II. La implementación de un programa integral de lucha contra incendios en cárceles

En este contexto resulta insoslayable adoptar, a la mayor brevedad, un plan integral de lucha contra incendios en todas las cárceles de nuestro país. Este programa institucional contra incendios debería desarrollar una adecuada política de prevención y organizar la actuación del personal penitenciario frente a este tipo de acontecimientos.

A continuación haremos referencia a algunas pautas que este plan integral debería contemplar:

- Asegurar el funcionamiento adecuado del sistema hidrante anti-incendio.
- Garantizar una cantidad suficiente de matafuegos ubicados a distancias reglamentarias (cfr. Manual de Protección contra Incendios de la NFPA —Nacional FIRE Protección Asociación de EEUU—, y Ley 19.587 de Seguridad e Higiene Laboral)
- Procurar que los colchones y almohadas de material altamente tóxico, como el poliuretano, sean reemplazados por colchones y almohadas ignífugos.
- Diseñar un plan de contingencia que posibilite un actuar coordinado en caso de siniestros y capacitar al personal penitenciario para afrontar adecuadamente tales sucesos.
- Asegurar la existencia de medios de evacuación que puedan utilizarse adecuadamente en situaciones de emergencia. Que las puertas de los distintos pabellones y/o módulos tengan los anchos mínimos exigidos por la normativa vigente. (cfr. Manual de Protección contra Incendios de la NFPA y Ley 19.587¹)
- Proveer a los lugares de encierro de luces de emergencia ubicadas en la parte inferior de la circulación que indique el camino hacia la salida cuando sea necesario evacuar el lugar.

Asimismo, estas medidas deben estar acompañadas de la implementación de mecanismos y rutinas de supervisión y control de estos estándares en las distintas unidades penitenciarias del país para asegurar el efectivo cumplimiento de estas disposiciones.

III. El problema de la sobrepoblación y hacinamiento carcelario

III. A. Estándares mínimos en materia de condiciones de detención

El alojamiento de personas en establecimientos carcelarios por encima de su capacidad es, por sí sólo, un indicador de violación a la garantía de los reclusos de recibir un trato digno y condiciones de detención adecuadas. Esta violación acarrea consecuencias concretas de suma gravedad para las personas privadas de su libertad y tiene repercusiones especialmente negativas en la ejecución de las penas.

En este sentido, es innegable que el hacinamiento genera un progresivo incremento de la tensión entre los propios internos, que deriva en problemas de convivencia en un espacio insuficiente e inadecuado para el desarrollo de la persona. Fomenta, además, la propagación de enfermedades de todo tipo, producto de la falta de higiene de los establecimientos y de una adecuada atención médica. Ello muestra claramente la inobservancia, por parte del Estado, de la exigencia de salubridad y limpieza contenida en el texto constitucional.² En cuanto a los regímenes de ejecución de penas, el exceso de población carcelaria imposibilita la asignación de tareas laborales a todos los internos y la participación en actividades educativas y recreativas, obstaculizando la reinserción social de los condenados.

¹ Cfr. Decreto reglamentario n° 351/79, Capítulo 8, art. 160, anexo VII, punto 3, "Medios de escape".

² El art. 18 de la Constitución Nacional dispone categóricamente: "*Las cárceles de la Nación serán sanas y limpias para seguridad y no para castigo de los reos detenidas en ellas*".



En definitiva, la sobrepoblación carcelaria implica la violación de los derechos constitucionales de las personas privadas de su libertad. Resolverla es una exigencia ineludible en un Estado de Derecho, como consecuencia necesaria de la obligación de éste de brindar condiciones carcelarias dignas y evitar que el encierro se convierta en una pena inhumana o degradante.

La introducción normativa de estándares mínimos sobre condiciones de encierro y la fijación de cupos de alojamiento basados en ellos constituyen, sin dudas, herramientas imprescindibles para contener el problema de la sobrepoblación carcelaria.

La determinación de un cupo penitenciario exige cierto detenimiento. No basta con la sola indicación de la cantidad de personas que pueden ser alojadas en un establecimiento carcelario, sino que es indispensable definir previamente cuáles van a ser las condiciones que mínimamente debe respetar el encierro y cuyo cumplimiento entraría en crisis al superarse la capacidad de alojamiento fijada.

En la gran mayoría de los supuestos, no resulta difícil determinar si las condiciones en que se priva a una persona de la libertad son acordes a las exigencias constitucionales. Sin embargo, las cláusulas referidas a cuestiones como "trato digno", "humanidad de los castigos", "medio saludable" son laxas en su redacción y, por tanto, dejan un margen de arbitrariedad a la apreciación judicial.

Se hace indispensable la definición de ciertos estándares para determinar si, en el caso bajo estudio, se verifica la infracción de un deber jurídico y, de ser así, establecer la sanción correspondiente. La tarea de interpretación de la normativa referida es imprescindible, a fin de determinar si las características del encierro se adecuan a los estándares mínimos así elaborados.³

En el caso "*Verbitsky*"⁴ la Corte Suprema declaró que las *Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos* de las Naciones Unidas⁵ (en adelante, Reglas Mínimas) deberán considerarse contenidos mínimos para interpretar el art. 18 de la Constitución Nacional que establece que las cárceles deben ser sanas y limpias. Las Reglas Mínimas reflejan el consenso de la comunidad internacional acerca de las condiciones mínimas requeridas para el encarcelamiento de una persona. En consecuencia, las disposiciones allí contenidas poseen valor preeminente para la determinación del alcance de las normas de derecho en juego.

Así debería establecerse, a través de una reforma de la ley de ejecución penal, que el alojamiento legítimo de una persona, requiere como mínimo que se respeten las siguientes pautas:

- a) Celdas individuales destinadas al aislamiento nocturno (reglas 9 y 86).

³ *Ibídem*.

⁴ Resolución de la CSJN en causa V856/02, "*Verbitsky*, Horacio (representante del Centro de Estudios Legales y Sociales) s/Habeas Corpus" (en adelante, "*Verbitsky*").

⁵ Preparadas por la Comisión Internacional Penal y Penitenciaria, aprobadas en el *Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente*, celebrado en Ginebra en 1955 y ampliadas en 1977 y 1984.



- b) Adecuada superficie y altura per cápita de la celda (regla 10) ⁶.
- c) Adecuada calefacción, ventilación e iluminación (artificial y natural) del lugar (reglas 10 y 11).
- d) Instalaciones sanitarias adecuadas para que el detenido pueda satisfacer sus necesidades naturales en el momento oportuno, en forma aseada y decente (regla 12).
- e) Adecuado sistema anti incendio y medios de evacuación en casos de emergencias.
- f) Acceso a una ducha con agua caliente y a los artículos de aseo indispensables para la salud y limpieza de la persona privada de su libertad, de acuerdo a las necesidades diferenciales de hombres y mujeres (reglas 13, 15 y 16).
- g) Instalación de una cama por interno, adecuadamente aislada del suelo y con las dimensiones necesarias para el descanso apropiado del interno, con provisión de la correspondiente ropa de cama regularmente aseada (regla 19). Provisión de colchones ignífugos.
- h) Alimentación que tenga un valor nutritivo suficiente para el mantenimiento de la salud y la fuerza de los internos (regla 20).
- i) Contacto diario con el aire libre, con posibilidad de desplazamiento del interno (regla 21).
- j) Posibilidad de acceder a un servicio médico adecuado (reglas 22, 24 y 25).
- k) Posibilidad de acceder al sistema educativo (regla 77).

⁶ Es útil mencionar aquí algunas de las variables a considerar para la fijación de un estándar de encierro. Por ejemplo, el análisis debe merituar las exigencias mínimas de higiene; determinar, en función del clima de la región donde se encuentra el establecimiento, el volumen de aire, calefacción, ventilación; espacio para actividades recreativas, así como también plazas laborales y educativas. En cuanto a la superficie mínima, según los estándares de la American Correctional Association (ACA) – institución no gubernamental que se ocupa de la certificación de servicios de prestadores privados y estatales en materia de alojamiento penitenciario– cada prisionero debe contar con 10,66m² de espacio libre. Si permanece recluso por períodos superiores a 10 horas diarias, debe contar con, por lo menos, 24,38m² en total, incluyendo los muebles y elementos fijos (Norma 3–4128). Instituciones como el Federal Bureau of Prisons (Servicio Penitenciario Federal de los EE.UU.) refieren permanentemente en sus resoluciones a los estándares de la ACA. En el mismo sentido, la Asociación Americana de Salud Pública ha fijado normas carcelarias para todas las áreas que afectan la salud de los prisioneros (“Standards for Health Services in Correctional Institutions”, segunda edición) que establecen un espacio de, por lo menos, 18,28m² con 2,43m de altura como mínimo en caso de celdas individuales y 21,33m² para reclusos que permanecen allí más de 10 horas diarias. Asimismo, conforme surge del “Rapport annuel d’activité 1994”; publicado en Francia por la Dirección de la Administración Penitenciaria (Servicio de la Comunicación, de Estudios y de Relaciones Internacionales), la superficie necesaria por interno se calcula siguiendo una tabla que fija el espacio según el número de internos que lo ocupan. Por ejemplo, este indicador comienza con una superficie mínima de 11m² correspondientes a una persona y consigna progresivamente la superficie mínima según la cantidad de personas, finalizando con la cita de 85 a 94m² para 18 personas. (Cfr. Resolución 12/99 del Defensor General de la Ciudad Autónoma de Bs. As., Dr. Víctor E. Hortel).



I) Posibilidad de acceder a un trabajo remunerado afín a las necesidades e intereses del interno (reglas 71, 72, 74, 75, 76 y 89).

II) Separación de internos por categorías (regla 8)

III. B. Mecanismos para el cumplimiento de los estándares

La necesidad de contar con normas precisas que fijen estándares sobre condiciones de alojamiento se torna una exigencia ineludible para que la determinación de un cupo penitenciario pueda ser efectuada de manera conveniente, además de facilitar la apreciación judicial para el control del cumplimiento de dicho estándar y evitar la discrecionalidad y arbitrariedad en el análisis de casos individuales. No obstante, ello no basta para evitar la sobrepoblación sino que, además, la ley debe prever sanciones para la violación de este cupo y mecanismos efectivos para evitar el alojamiento de personas por sobre la capacidad de los establecimientos.

En este sentido, debemos destacar la existencia de una notable deficiencia legislativa en relación con la prohibición de derivar personas a centros de detención cuya capacidad se encuentra cubierta. Nos referimos, en concreto, al artículo 59 de la ley 24.660.

A raíz de las deficiencias e ineficacia de esta norma, en el año 2003 el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación sometió al estudio de una comisión de especialistas un proyecto para su reforma.⁷ La comisión observó la propuesta entendiendo necesario agregar a la redacción original bases para la determinación del cupo de cada establecimiento en virtud de su capacidad de ofrecer actividades laborales, educativas y debida asistencia médica y sanitaria. A tal fin, se propuso imponer a los poderes ejecutivos nacional y provinciales, con el asesoramiento de organismos técnicos especializados, la obligación de determinar cada seis meses la capacidad máxima de alojamiento de cada uno de los establecimientos carcelarios bajo su jurisdicción, y la prohibición absoluta de superar este cupo. En este sentido, se señaló como necesaria la acción y responsabilidad conjuntas de las máximas autoridades de cada servicio penitenciario, que estarían obligadas a informar al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (en el caso de las provincias, al ministerio competente) toda vez que la sobrepoblación en un establecimiento no pueda solucionarse con reacomodamientos en otras dependencias del sistema penitenciario.

De modo complementario, la comisión propuso que el Ministerio asuma la obligación de elevar, en el plazo de diez días, un informe a la Cámara Nacional de Casación Penal (en las provincias, al máximo tribunal con competencia penal), describiendo la situación planteada y sugiriendo una lista de personas condenadas o procesadas que se encuentren en mejores condiciones para obtener la sustitución de la medida de encierro carcelario por una medida de arresto domiciliario u otro mecanismo de libertad vigilada. Tres jueces del tribunal deberían ordenar la sustitución de las medidas de encierro que fueran necesarias para superar la situación de sobrepoblación.

Por su parte, el *Anteproyecto de Ley sobre el Control de la Sobrepoblación Carcelaria*, elaborado de manera conjunta por el CELS y el Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales y Sociales (INECIP) —y cuya copia acompaña al presente documento—, contempla la creación, en el ámbito del Poder Ejecutivo de la provincia

⁷ La Comisión estuvo integrada por Máximo Sozzo, Gabriel Bombini, Marcos Salt, Paula Gorsd, Andrea Triolo y Juan Lewis.



de Buenos Aires, de una Comisión Permanente de Control y Seguimiento de la Capacidad de Alojamiento de los Establecimientos Carcelarios con la función de determinar esta capacidad en los establecimientos del Servicio Penitenciario Bonaerense destinados a alojar personas privadas de la libertad.

El proyecto contempla también un mecanismo concreto para proceder ante el alojamiento de personas por encima de la capacidad de los establecimientos, que consiste en la obligación del Ministerio de Justicia de determinar cada cuatro meses a través de la Subsecretaría de Política Penitenciaria y Readaptación Social, si ha sido excedida la capacidad de alojamiento del sistema carcelario.

En el supuesto de verificarse una situación de sobrepoblación, el proyecto exige la publicación en el Boletín Oficial de la determinación del exceso de alojamiento penitenciario, especificándose la cantidad de personas alojadas en cada sector de los establecimientos sobrepoblados, la situación procesal de las mismas y el tiempo que llevan detenidas.

Además, se prevé que el Ministerio de Justicia o la Procuración General elaboren una nómina de las personas que no tienen condena y se encuentran en condiciones de acceder a medidas de atenuación o alternativas a la prisión preventiva, hasta alcanzar un número equivalente al exceso de población antes determinado. Esta lista debe ser puesta en conocimiento de los jueces intervinientes para que resuelvan, a través de la formación de un incidente y mediante auto fundado, sobre la aplicación de la medida propuesta.⁸

Finalmente para el caso de los internos condenados, se contempla la posibilidad de que el Poder Ejecutivo, previa consideración de informes criminológicos elaborados por las administraciones penitenciarias, propicie su reubicación en un régimen y/o modalidad más atenuada, promueva la aplicación de las alternativas en la ejecución de la pena previstas en los artículos 122 y 123 de la ley 12.256⁹, o bien conmute o indulte la pena.¹⁰

IV. La necesaria articulación de las instancias locales y federales

Resulta fundamental articular las instancias locales y federales con el objetivo de garantizar una aplicación uniforme de las normas constitucionales y los tratados internacionales que estipulan los derechos de las personas privadas

⁸ El proyecto también aporta los criterios a tener en cuenta para la determinación de esta nómina, como la duración de la prisión preventiva, la escala penal aplicable a el/los hecho/s imputado/s, la edad de los internos, la condición de embarazadas de las internas, e internos que registren alguna enfermedad incurable en fase terminal, o cuyo tratamiento no pueda ser afrontado en forma adecuada por la administración penitenciaria.

⁹ Estas normas contemplan modalidades alternativas como la prisión discontinua y la semidetención en sus variantes de prisión diurna y nocturna, que acortan el tiempo en que el interno condenado permanece cumpliendo pena dentro del establecimiento carcelario.

¹⁰ El 6 de abril de 2005, el ministro Di Rocco anticipó el envío de un proyecto de ley para crear una Comisión multidisciplinaria encargada de determinar, de acuerdo con normas internacionales, cuáles son los cupos reales que cada unidad tiene; las condiciones sanitarias de los internos alojados y la capacidad alimentaria con la que cuentan los penales. Sobre la base de ese informe el Ministerio de Justicia estaría obligado a entregar cuatrimestralmente una lista de quiénes están en condiciones de tener alguna medida alternativa a la prisión y ponerla en conocimiento de la Justicia.



de su libertad. Tal como señalamos, este Consejo Federal Penitenciario resulta un ámbito propicio para desarrollar estas líneas de trabajo mancomunado y homogéneo.

Cabe destacar que el Comité contra la Tortura de Naciones Unidas, en sus últimas recomendaciones a nuestro país, exhortó al Estado argentino a que: *“Garantice que las obligaciones de la Convención sean siempre acatadas en todas las jurisdicciones provinciales, con el objeto de velar por una aplicación uniforme de la Convención en todo el territorio del Estado Parte; se recuerda al Estado Parte que la responsabilidad internacional del Estado incumbe al Estado nacional aunque las violaciones hayan ocurrido en las jurisdicciones provinciales”*¹¹.

Por otra parte, como refiere Marcos Salt *“no caben dudas de que el principio de igualdad exige que dos penas iguales se ejecuten de manera igual en todo el país y que el hecho de que se conviertan en penas diferentes sólo porque sea diferente la provincia donde deben cumplirse constituye una violación al mentado principio”*¹².

Agrega este autor que *“la necesidad de legislar de manera uniforme para todo el país sobre el contenido de las penas privativas de la libertad se extrae también, y principalmente, de una correcta interpretación acerca del alcance y las consecuencias de la vigencia del principio de legalidad ejecutiva (Const. Nac. Art. 18) que, de manera clara, exige al Congreso de la Nación el dictado de normas materiales que definan el contenido cualitativo de las penas antes de la comisión del hecho ilícito”*¹³.

En abono a la pretensión de garantizar una aplicación uniforme en todo el país de los modos en que se ejecutan las penas corresponde traer a colación lo establecido por nuestro Máximo Tribunal en *“Verbitsky”*¹⁴, en tanto dispuso que la ley 24.660 constituye el marco mínimo al cual deben adecuarse las distintas normas provinciales en la materia. Ello surge también de lo postulado en los arts. 228 y 229 de la referida ley nacional.

¹¹ CAT/ C/ CR/ 33/ 1, 10 de diciembre de 2004, párr. 7, apartado d).

¹² SALT, Marcos e Ribera Beiras, Iñaki, “Los derechos fundamentales de los reclusos”, Ediciones del Puerto, Buenos Aires, 1999, pág. 163).

¹³ Op. cit. pág. 166.

¹⁴ Op. cit.

NATIONS UNIES
HAUT COMMISSARIAT AUX DROITS DE L'HOMME



UNITED NATIONS
HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS

PROCÉDURES SPÉCIALES ASSUMÉES PAR LE
CONSEIL DES DROITS DE L'HOMME

SPECIAL PROCEDURES ASSUMED BY THE HUMAN
RIGHTS COUNCIL

Mandatos del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación, del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas y del Relator Especial sobre la vivienda adecuada

Téléfax: (41-22)-917 90 06
Télégrammes: UNATIONS, GENEVE
Télé: 41 29 62
Téléphone: (41-22)-917 92 55
Internet: www.ohchr.org
E-mail: urgent-action@ohchr.org

Address:
Palais des Nations
CH-1211 GENEVE 10



REFERENCE: UA Housing (2000-6) Food (2000-6) Indigenous (2001-5)
ARG 4/2007

27 de marzo de 2007

Excelencia,

Tenemos el honor de dirigirnos a usted en nuestra calidad de Relator Especial sobre el derecho a la alimentación, Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas y Relator Especial sobre la vivienda adecuada de conformidad con las resoluciones 2003/25, 2004/62 y 2004/21 de la Comisión de Derechos Humanos, con la resolución 60/251 de la Asamblea General y con la decisión 2006/102 del Consejo de derechos humanos.

En este contexto, quisiéramos señalar a la atención urgente de Su Gobierno la información que hemos recibido en relación con los procesos de desalojo de comunidades diaguitas de sus tierras ancestrales en la Provincia de Tucumán. De acuerdo con la información que hemos recibido:

El pasado día 2 de marzo, la policía habría procedido al desalojo de 22 familias indígenas de sus viviendas, ubicadas en las tierras ancestrales de la Comunidad indígena de Los Cuartos en el Valle de Tafi. Según las alegaciones, en el curso de dicho desalojo se habrían destruido las viviendas de estas familias, incluyendo el incendio provocado de algunas de estas. Asimismo, la policía habría hecho un uso excesivo de la violencia en contra de miembros de estas familias, incluyendo niños, mujeres y ancianos, con un saldo de 15 comuneros heridos por el impacto de balas de goma.

Se informa que el desalojo forzoso de la Comunidad de los Cuartos es consecuencia de la medida cautelar provisoria otorgada por la Juez Dra. Emma Lidia de Nucci, del Juzgado Penal de Instrucción II Nom, para asegurar los títulos de dos familias que supuestamente cuentan con títulos de dominio privado sobre las tierras ancestrales de la Comunidad.

El mismo día, en una acción supuestamente promovida por el Gobierno de la Provincia de Tucumán, la policía Ecológica de Montero, en coordinación con el Director de Flora y Fauna de dicho Gobierno, habrían allanado las viviendas de varias familias indígenas que se dedican a la producción y venta de artesanía en los Menhires del Valle de Tafi. En el curso de dicho allanamiento, supuestamente llevado a cabo sin orden judicial, los funcionarios policiales habrían roto las puertas de las viviendas allanadas, procediendo posteriormente a confiscar las artesanías de

Su Excelencia
Sr. Jorge E. Taiana
Ministro de Relaciones Exteriores
Buenos Aires
Argentina

los comunitarios. Como consecuencia de dicha acción, varios comuneros habrían resultado heridos de diversa consideración.

Se informa que el área objeto de los allanamientos forma parte de las tierras tradicionales del pueblo diaguita, aunque la Comunidad carecería de un título formal reconociendo dicha propiedad. Se informa asimismo que esta área es reivindicada por la Secretaría de Recursos Naturales para su propio uso.

Junto con los sucesos acaecidos el 2 de marzo de 2007, se habrían iniciado otros procesos de desalojo de distintas familias diaguitas de sus viviendas y tierras ancestrales en la Provincia de Tucumán. Un primer proceso estaría en curso para desalojar a la familia Moya de la comunidad indígena de Amaicha de Valle como resultado de la orden emitida en primera instancia por un tribunal local. La familia carecería de título de posesión ancestral de sus tierras tradicionales, sobre las que existirían títulos por parte de terratenientes no indígenas que no habrían ejercido nunca la posesión.

Otros dos procesos de desalojos habrían sido iniciados contra dos familias en la comunidad indígena de Quilmas. Uno de estos procesos se habría iniciado a raíz de una supuesta compraventa realizada por el Sr. Rafael Marcos González, de 91 años de edad, a quien se le habrían hecho firmar el contrato sin conocimiento del alcance del acto jurídico. Otro proceso de desalojo se habría iniciado contra la Sra. De Caro, de 70 años de edad, cuyas tierras habrían sido vendidas sin su consentimiento. En ambos casos, se alega que las parcelas pertenecen a las tierras tradicionales de la Comunidad, ahora registradas a nombre de un terrateniente no indígena, quien habría procedido a la venta de parcelas a otro propietario privado.

Una cuarta amenaza de desalojo se estaría llevando a cabo en contra de la familia Donato Nieva de la comunidad indígena de Tolombón. Dicho desalojo se habría iniciado a raíz de un juicio promovido por una familia de terratenientes, y que estaría en espera de una sentencia final. Según las informaciones recibidas, dicha familia se habría visto forzada a suscribir un contrato de arrendamiento con los terratenientes que ostentan el título privado sobre las tierras ancestrales de la comunidad. Se alega que dichos contratos carecerían de validez, en la medida en que se suscribieron bajo presión y aprovechándose del analfabetismo de los miembros familia indígena, así como de su ignorancia de las consecuencias jurídicas de dicho acto.

Una situación similar ha sido reportada en relación con aproximadamente otras 20 familias de la vecina comunidad indígena de Rodeo Grande. Al igual que en el caso de la comunidad de Tolombón, las familias se habrían visto forzadas a suscribir convenios de arrendamiento con los detentadores de títulos privados de propiedad sobre las tierras ancestrales indígenas, aprovechándose del analfabetismo de las familias y de su ignorancia de las consecuencias derivadas de la suscripción de dichos convenios.

Según las informaciones, las familias diaguitas de la Provincia de Tucumán carecen de títulos de propiedad formal sobre sus tierras ancestrales, a pesar de sus numerosas denuncias y reclamos. Se alega que esta situación iría en contra de la protección otorgada a las tierras indígenas por la Constitución de la nación Argentina, que reconoce "la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan" los pueblos indígenas argentinos, aclarando que "ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes o embargos" (Art. 75.17). Asimismo, se alega que dichos desalojos irían en contra de lo dispuesto en la Ley Nacional 26.160

de Emergencia en la propiedad y posesión indígena, que suspende la "ejecución de sentencias, actos procesales o administrativos" cuyo objeto sea el desalojo de tierras indígenas (Art. 2).

Sin implicar, de antemano, una conclusión sobre los hechos, quisiéramos llamar la atención del Gobierno de Su Excelencia sobre las disposiciones del Convenio No. 169 de la Organización Internacional del Trabajo en Países Independientes, que fue ratificado por la Argentina en 2000. El Convenio reconoce a los pueblos indígenas el "derecho de propiedad y de posesión sobre las tierras que tradicionalmente ocupan" (Art. 14.1), y obliga a los Estados Partes a "tomar las medidas que sean necesarias para determinar las tierras que los pueblos interesados ocupan tradicionalmente y garantizar la protección efectiva de sus derechos de propiedad y posesión" (Art. 14.2).

En el mismo sentido, nos gustaría referirnos a la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en relación con el derecho a la propiedad privada garantizado por el artículo 21 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ratificada por Argentina en 1984. Según la interpretación de la Corte, este derecho incluye "los derechos de los miembros de las comunidades indígenas en el marco de la propiedad comunal" (Caso *Awas Tingni v. Nicaragua*, párr. 149). En los términos de la Corte,

Como producto de la costumbre, la posesión de la tierra debería bastar para que las comunidades indígenas que carezcan de un título real sobre la propiedad de la tierra obtengan el reconocimiento oficial de dicha propiedad y el consiguiente registro (*ibid.*, párr. 151)

Asimismo, en relación con los conflictos entre la propiedad privada y la propiedad comunal indígena, la Corte ha establecido que:

Al aplicar estos estándares a los conflictos que se presentan entre la propiedad privada y los reclamos de reivindicación de propiedad ancestral de los miembros de comunidades indígenas, los Estados deben valorar caso por caso las restricciones que resultarían del reconocimiento de un derecho por sobre el otro. ... los Estados deben tener en cuenta que los derechos territoriales indígenas abarcan un concepto mas amplio y diferente que está relacionado con el derecho colectivo a la supervivencia como pueblo organizado, con el control de su hábitat como una condición necesaria para la reproducción de su cultura, para su propio desarrollo y para llevar a cabo sus planes de vida (Caso *Yakye Axa v. Paraguay*, párr. 146).

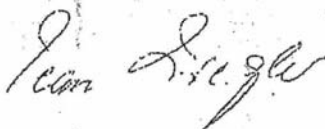
Quisiéramos también referirnos al derecho a una alimentación adecuada que está reconocido, entre otros, en la Declaración Universal sobre los Derechos Humanos y en el artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado. Todos los Estados Partes tienen las obligaciones de respetar, proteger y realizar este derecho. La obligación de respetar el acceso existente a una alimentación adecuada requiere que los Estados Partes no adopten medidas de ningún tipo que tengan por resultado impedir ese acceso y la obligación de proteger requiere que los Estados Partes adopten medidas para velar por que las empresas o los particulares no priven a las personas del acceso a una alimentación adecuada. El Comité ha también declarado en su observación No. 15 que el derecho humano al agua es el derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico y que los Estados Partes tienen las obligaciones de respetar, proteger y realizar este derecho.

Como Relator especial sobre el derecho a la vivienda adecuada, he llamado la atención de los Estados y de la comunidad internacional en reiteradas ocasiones sobre la preocupante práctica de los desalojos forzados en el mundo. Los desalojos forzados representan *prima facie* violaciones de una amplia gama de derechos humanos reconocidos a nivel internacional; además, los desalojos a gran escala sólo pueden llevarse a cabo de acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos. En vista de estas consideraciones, he desarrollado una serie de directrices que fueron presentadas en mi último informe al Consejo de Derechos Humanos (E/CN.4/2006/41).

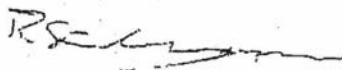
Quisiéramos instar a su Gobierno que adopte todas las medidas necesarias para proteger los derechos y las libertades de las personas mencionadas e investigar, procesar e imponer las sanciones adecuadas a cualquier persona responsable de las violaciones alegadas. Quisiéramos asimismo instarle a que tome las medidas eficaces para evitar que se repitan tales hechos.

Teniendo en cuenta la urgencia del caso, agradeceríamos recibir del Gobierno de su Excelencia una respuesta sobre las acciones emprendidas para proteger los derechos de las personas anteriormente mencionadas.

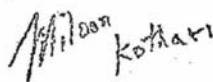
Acepte, Excelencia, la expresión de nuestra más distinguida consideración.



Jean Ziegler
Relator Especial sobre el derecho a la alimentación



Rodolfo Stavenhagen
Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas



Miloon Kothari
Relator Especial sobre la vivienda adecuada

Vidas Arrasadas

La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos
argentinos

**UN INFORME SOBRE DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL EN
ARGENTINA**

MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL (MDRI)

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS)

Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos

Derechos de autor © 2007 Mental Disability Rights International
Todos los derechos reservados.
Impreso en los Estados Unidos de Norteamérica

ISBN: 978-1-60461-304-9
Library of Congress Control Number: 2007936404

Foto de la portada: Eugene Richards, Many Voices, Inc. © 2006

Portada de Bussolati Associates

Copias de este informe pueden conseguirse de:

Mental Disability Rights International
1156 15th Street, NW, Suite 1001
Washington, DC 20005, U.S.A.
Tel.: (202) 296-0800
Fax: (202) 728-3053
Correo Electrónico: mdri@mdri.org
www.mdri.org

Centro de Estudios Legales y Sociales
Piedras 547 piso 1 (C1070AAJ)
Buenos Aires, Argentina
Tel/Fax.: (54) 11-4334-4200
Correo Electrónico: cels@cels.org.ar
www.cels.org.ar

MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL

Mental Disability Rights International (MDRI) es una organización dedicada a promover el reconocimiento y el cumplimiento internacional de los derechos de las personas con discapacidades mentales. MDRI documenta abusos a los derechos humanos, promociona el desarrollo de la defensoría en discapacidad mental a nivel mundial, apoya a defensores y abogados que busquen reformar los servicios y el sistema legal de salud, y promueve la supervisión internacional de los derechos de las personas con discapacidades mentales en

los Estados Unidos de Norteamérica, así como en el resto del mundo. Basándose en las habilidades y experiencia de abogados, profesionales de la salud mental, defensores de los derechos humanos, personas con discapacidades mentales y sus familias, MDRI está forjando una alianza para combatir la discriminación y el abuso que sufren las personas con discapacidades mentales alrededor del mundo.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES

El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) es una organización no gubernamental fundada en 1979 y dedicada a la promoción y protección de los derechos humanos y el fortalecimiento del sistema democrático y el Estado de Derecho en Argentina.

El trabajo del CELS consiste en denunciar las violaciones a los derechos humanos; incidir en la formulación de políticas públicas basadas en el respeto por los derechos fundamentales; impulsar reformas legales e institucionales tendientes al mejoramiento de la calidad de las instituciones democráticas; y promover el mayor ejercicio de estos derechos para los sectores más desprotegidos de la sociedad.

Las actividades prioritarias son el litigio de causas judiciales ante instancias locales e internacionales, la investigación y la construcción de herramientas para el control de la sociedad civil sobre las instituciones públicas, y la capacitación de organizaciones sociales, miembros de la comunidad judicial e instituciones estatales.

El 30 de marzo de 2007 la Organización de las Naciones Unidas presentó para su firma la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Argentina fue uno de los primeros países en el mundo en firmar esta Convención. Lo que sigue a continuación son algunos de los derechos protegidos bajo este tratado:

Artículo 4(1): Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad.

Artículo 14(1): Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás: a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona; b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

Artículo 15(2): Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 19: Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con

discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad.*

*Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 61ª período de sesiones el 13 de diciembre de 2006, disponible en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/conventioninfo.htm>.

CONTENIDOS

Resumen ejecutivo

.....i

Metodología del

informe.....xi

I. Antecedentes.....1

A. Los servicios de salud de Argentina 2

B. Legislación sobre salud mental 4

II. Institucionalización inapropiada6

A. La “medicalización” de los problemas sociales y la falta de servicios comunitarios 6

B. El derecho a la integración en la comunidad 13

C. Una oportunidad perdida 16

III. Condiciones inadecuadas y abusos en las instituciones16

A. Muertes en las instituciones 16

B. Uso peligroso de las celdas de aislamiento 19

C. Violencia física y sexual 21

D.	Condiciones peligrosas	24
1.	Falta de atención médica	24
2.	Condiciones antihigiénicas	26
3.	Condiciones inseguras	28
E.	Falta de tratamiento de rehabilitación	29
F.	Falta de tratamiento y derivaciones apropiados	30
G.	Sobrepoblación de las instituciones psiquiátricas	32

IV. Detención arbitraria en instituciones psiquiátricas34

A. Motivos para la internación excesivamente generales y poco definidos 36

B. Insuficientes garantías procesales 37

1. Ausencia de una audiencia independiente dentro de un plazo razonable
37

2. Falta de designación de un defensor
39

3. Inexistencia de revisiones periódicas independientes de las internaciones
40

**V. Insuficiente supervisión y monitoreo de los derechos humanos
de las personas institucionalizadas
.....41**

**VI. La reforma de salud mental
.....44**

A. Iniciativas prometedoras de reforma del sistema de salud mental 44

1. Ámbito Nacional
44

2. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires
44

3. La provincia de Buenos Aires
46

4. La provincia de Río Negro
47

5. La provincia de San Luis
48

B. Movimiento de desinstitutionalización
50

1. Los grupos de usuarios y “ex-pacientes”
50

2. Las organizaciones profesionales activas	51
---	----

3. Los directores de las instituciones	52
--	----

VII. El derecho a conocer y defender sus propios derechos	54
--	-----------

VIII. Conclusiones.....	55
--------------------------------	-----------

Recomendaciones	57
---------------------------------	-----------

Agradecimientos.....	65
-----------------------------	-----------

Resumen ejecutivo

*Aún predomina la filosofía del asilo. Las personas que entraron en la institución murieron aquí.*¹

– Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca

*Yo tenía un buen trabajo. No sé si alguna vez me dejarán ir. Mi vida está arruinada.*²

– Persona hospitalizada, Hospital Cabred³

Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos documenta violaciones a los derechos humanos perpetrados contra las aproximadamente 25.000 personas que están detenidas⁴ en las instituciones psiquiátricas argentinas. Más de un 80 por ciento de estas personas son encerradas durante más de un año, y muchas lo son de por vida. Dos tercios de las camas psiquiátricas pertenecen al sistema público. A pesar de que en muchas partes del mundo se han clausurado los grandes asilos psiquiátricos, el 75 por ciento de las personas en el sistema argentino de salud mental

público se encuentran detenidas en instalaciones de 1000 camas o más.

Este informe registra graves hechos de abuso y negligencia en las instituciones psiquiátricas argentinas, y documenta, incluso, casos de personas que han muerto incineradas en celdas de aislamiento, exposición a privación sensorial⁵ mediante el aislamiento por un largo período de tiempo y actos de violencia física y sexual. El informe también detalla condiciones de vida

1 Entrevista con el Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004).

2 Entrevista con una persona internada, Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred (Hospital Cabred), provincia de Buenos Aires (11 de diciembre de 2004).

3 El Hospital Cabred brinda asistencia a varones y, hasta la fecha de cierre de este informe, alojaba 1070 personas internadas.

4 En este informe se utilizarán indistintamente los términos “personas institucionalizadas”; “personas internadas”

o “personas detenidas”. En tal sentido, se han contemplado los estándares internacionales de derechos humanos en materia de derechos de los niños, que también son de aplicación en este campo, que establecen que: “Por privación de libertad se entiende toda forma de detención o encarcelamiento, así como el internamiento en un establecimiento público o privado del que no se permita salir al menor [a la persona] por su propia voluntad, por orden de cualquier autoridad judicial, administrativa u otra autoridad pública” (Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad. Adoptadas por la Asamblea General en su resolución 45/113, de 14 de diciembre de 1990, 11 b)). 5 La privación sensorial es la restricción total o parcial de estímulos de uno o más de los sentidos. La privación prolongada puede exacerbar síntomas psiquiátricos o inducir daño psiquiátrico severo, produciendo asimismo agitación profunda, ansiedad extrema, ataques de pánico, depresión, pensamientos desorganizados y un desorden de personalidad antisocial. El daño causado por aislamiento y privación sensorial “puede resultar en una discapacidad psiquiátrica prolongada o permanente, incluyendo deterioros que pueden reducir seriamente la capacidad [de la persona] a reintegrarse a la comunidad después de que esté puesta en libertad...” (Stuart Grassian, M.D., “Psychiatric Effects of Solitary Confinement” [“Los Efectos Psiquiátricos de la Reclusión Solitaria”] disponible en http://www.prisoncommission.org/statements/grassian_stuart_long.pdf, pág. 13. Cf., Stuart Grassian, Nancy Friedman, “Effects of Sensory Deprivation in Psychiatric Seclusion and Solitary Confinement” [“Los Efectos de la Deprivación Sensorial en el Aislamiento Psiquiátrico y la Reclusión Solitaria”], *International Journal of Law and Psychiatry*, 8, 49-65, 1986. La traducción nos pertenece).

ii **Vidas Arrasadas**

peligrosas e insalubres, tales como la falta de agua en los baños, ausencia de cloacas, amenazas a la seguridad y riesgos de incendio en las instituciones. La vasta mayoría de las personas detenidas en las instituciones psiquiátricas argentinas deben sobrevivir en condiciones de casi total inacción y sin posibilidad de pensarse a futuro por fuera de la institución.

La institucionalización a gran escala y los abusos que la acompañan se deben, en gran medida, a décadas de una política de invertir en grandes instituciones que segregan a

las personas, en lugar de elaborar políticas y destinar los recursos necesarios para el desarrollo de servicios de atención en salud mental y apoyo en las comunidades.

La segregación de las personas en las instituciones psiquiátricas

*Hace muy poco tiempo estuve en Open Door, en la Colonia Cabred. Allí, hablando con su Director, me dijo acá hay alrededor de 1.064, o una cifra parecida, [de] internos. Me dijo, más o menos 750 están por pobres; es decir, están porque hace mucho que están y están porque nadie los va a buscar, y están porque no tienen adónde ir si salen. Se suma todo: el tiempo que llevan, la soledad, el acostumbamiento a esa soledad o a esa forma de vida y el no tener parientes interesados en ellos. Es decir que no son locos, son pobres y solos; que es una buena manera de volverse locos.*⁶

- Felipe Solá, Gobernador de la provincia de Buenos Aires

La segregación efectiva de las personas en las instituciones psiquiátricas argentinas contribuye a incrementar su discapacidad y viola los estándares internacionales de derechos humanos. Al ser separadas de la sociedad, las personas pierden los lazos que las unen a su familia, amigos y comunidades de referencia. Las personas quedan sometidas al régimen custodial de las instituciones psiquiátricas, y pierden las habilidades de vida esenciales que necesitan para sobrevivir en la comunidad, lo que impide su rehabilitación.

La segregación a gran escala de la que son objeto las personas institucionalizadas en el sistema de salud mental argentino es injustificada, dada la riqueza de profesionales de salud mental capacitados de los que dispone y la existencia de programas alternativos centrados en la comunidad en varias regiones del país. Argentina es uno de los países con más psiquiatras y psicólogos per capita del mundo. Amplios sectores de la población urbana argentina financian individualmente su psicoterapia durante un largo período de tiempo. Sin embargo, esta riqueza de recursos no se traduce en políticas generales conducentes. Las personas con discapacidades mentales⁷ que carecen de los fondos para pagar estos servicios se ven forzadas a recibir atención en un sistema público de salud mental que, frecuentemente, es inadecuado, las segrega de la sociedad y viola sus derechos humanos fundamentales.

6 Discurso del Gobernador Felipe Solá en la apertura de 135º período de sesiones ordinarias de la Honorable Legislatura Bonaerense, 1 de marzo de 2007, disponible en <http://www.spd.gba.gov.ar/cgi-bin/noticias/viewnews.cgi?newsid1172793522,83252>.

7 En este informe, el término “personas con discapacidades mentales” incluye: personas con discapacidades psiquiátricas, individuos con discapacidades intelectuales, individuos sin discapacidades pero que puedan sufrir discriminación basándose en la percepción de que tienen una enfermedad o discapacidad mental, y aquéllos que puedan sufrir discriminación basándose en un registro o historial previo de discapacidad mental.

El desarrollo de estrategias innovadoras de atención para la salud mental —tales como el subsidio económico para la vivienda, rehabilitación psicosocial, y apoyo de los

pares— ha probado que la gran mayoría de las personas con discapacidades mentales puede vivir y prosperar en la comunidad. No obstante, en Argentina estos servicios alternativos prácticamente no existen (aunque en este informe se presentan algunas excepciones a esta observación general, desarrolladas en las provincias de Río Negro, San Luis y Buenos Aires). Muchas de las personas con discapacidades mentales que carecen de recursos personales o de una familia que pueda financiar una atención privada, no tienen otra opción que las instituciones asilares.

El alto grado de hospitalización a largo plazo en grandes instituciones consume los recursos públicos que, en su lugar, deberían ser usados para desarrollar servicios integrados a la comunidad. Si bien existen algunos programas de atención comunitarios que demuestran que la Argentina dispone de los recursos técnicos necesarios para reformar los servicios e integrar a las personas con discapacidades mentales en la comunidad, lo cierto es que, teniendo en cuenta las entrevistas a funcionarios y profesionales así como el análisis de las políticas en salud mental efectivamente implementadas, las organizaciones firmantes pueden concluir que aún no existe una política general conducente a la integración comunitaria de las personas con discapacidades mentales. Por ejemplo, en la ciudad de Buenos Aires, las tres instituciones psiquiátricas más grandes absorben el 80 por ciento del presupuesto de salud mental.

Impacto de la crisis económica

*Estábamos en una situación difícil cuando la crisis nos golpeó. Los problemas llegaron cuando muchos de los trabajadores perdieron sus trabajos, por los que no había financiamiento para el [sistema de Obras Sociales]. El número de personas que requerían de atención de salud mental en el sector público se disparó. Esto resultó en un colapso total del sistema.*⁸

– Dr. Julio Ainstein, ex Director de Salud Mental de la provincia de Buenos Aires

*Actualmente [nos] encontramos [con] una medicalización de los problemas sociales en el sistema de salud mental.*⁹

– Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires

La crisis social y económica sufrida en Argentina en los últimos años, especialmente desde el 2001 —con su secuela de aumento de la desocupación y concurrente pérdida de coberturas de seguros de salud— provocó el incremento del número de personas que requieren atención en el sistema público de salud mental, y ocasionó mayor presión en un sistema ya de por sí inadecuado. Las autoridades admiten que entre el 60 y el 90 por ciento de las personas detenidas en las instituciones son “pacientes sociales”,¹⁰ las cuales permanecen internadas en las instituciones porque

8 Entrevista con el Dr. Julio Ainstein, ex Director de Salud Mental de la provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004). 9 Entrevista con el Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires (2 de junio de 2004). 10 “Pacientes sociales” es el nombre que los funcionarios y profesionales le dan a las personas que no tienen familias que las contengan y que permanecen internadas como consecuencia de la ausencia de recursos en la

iv **Vidas Arrasadas**

no tienen adónde ir. Los directores de las instituciones informaron que la mayoría de las personas institucionalizadas en los hospitales psiquiátricos podrían ser dadas de alta si se contara con los servicios y el apoyo necesario en la comunidad. Dada la ausencia de estos servicios, las personas detenidas en las instituciones tienen poca o ninguna esperanza de retornar a sus comunidades. La gran cantidad de “pacientes sociales” hace que sea aún más difícil que las personas que necesitan de servicios urgentes de salud mental reciban la atención que necesitan.

La detención arbitraria

Las leyes argentinas de internación involuntaria no cumplen con los estándares internacionales que protegen a las personas de la detención arbitraria. En Argentina, las personas pueden ser encerradas de por vida sin recibir nunca una audiencia judicial. Las leyes nacionales no regulan el derecho a una revisión independiente o imparcial de la internación psiquiátrica. El Código Civil argentino está escrito en términos tan generales que permite la detención de cualquier persona que pueda llegar a “afectar la tranquilidad pública”. A los individuos internados en las instituciones psiquiátricas no se les garantiza el derecho de recibir asistencia jurídica o de presentar pruebas en su favor. Dada la ausencia de estas salvaguardas legales básicas, casi todas las personas que se encuentran en los asilos psiquiátricos argentinos están detenidas arbitrariamente.

Abusos al interior de las instituciones

Tenemos que ¹¹prevenir la violencia y el abuso, los cuales son ahora un problema en la institución.

– Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca

En un cuarto encontré a un niño de 16 años en una cuna, con sus brazos y piernas atadas a su cuerpo con pedazos de tela. Estaba completamente inmovilizado. El personal del pabellón me ¹²dijo que lo habían tenido así desde que lo admitieron a la institución hace un año.

– Observaciones de uno de los investigadores, Colonia Montes de Oca

Durante los últimos tres años, los investigadores han documentado un importante

número de abusos en las instituciones psiquiátricas argentinas. Frente a violaciones graves, algunas de las autoridades han tomado medidas significativas. No obstante, aún no existen mecanismos suficientes de supervisión que aseguren el monitoreo efectivo de las condiciones de internación y tratamiento en las instituciones, ni de la protección y cumplimiento de los derechos de las personas institucionalizadas. Por ende, las organizaciones firmantes concluyen que abusos tales como los que se describen en este informe, continúan ocurriendo en la mayoría de las instituciones del país. Entre las violaciones más graves a los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales se constataron:

comunidad.

11 Entrevista con Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004).

12 Observaciones en la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004).

• Muertes que no son investigadas

En el Hospital Diego Alcorta, un hospital psiquiátrico ubicado en la provincia de Santiago del Estero, entre el 2000 y 2003, tres personas encerradas en celdas de aislamiento murieron incendiadas en diferentes circunstancias, y una cuarta murió por causas desconocidas también mientras permanecía en una celda de aislamiento. En el Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred (Hospital Cabred), en la provincia de Buenos Aires, tres personas fueron halladas muertas dentro y en los alrededores del nosocomio durante los primeros seis meses de 2005. El primero de los cuerpos fue hallado en el bosque, el segundo en un campo y el tercero en un depósito abandonado en las instalaciones del hospital. Las autoridades determinaron que el tercer individuo había muerto entre cinco y diez días antes del descubrimiento del cadáver.

También en el Hospital Cabred, hasta el año 2006, se venían produciendo aproximadamente 70 muertes por año, de una población de 1200 hombres. La proporción de muertes era cuatro veces más alta durante los meses de invierno que durante el verano. Las autoridades atribuyeron estas muertes a la supuesta “edad avanzada” de las personas internadas y no ofrecieron explicación alguna por el aumento estacional de los decesos.

• Privación de la libertad en las celdas de aislamiento

En la Unidad Psiquiátrica Penal N° 20 de la ciudad de Buenos Aires (Unidad 20),¹³ en junio de 2004 los investigadores observaron a hombres encerrados en celdas minúsculas y oscuras. Estas celdas medían metro y medio por dos metros cuadrados y no tenían una fuente de luz natural ni ventilación. Hacía tanto calor que las personas detenidas estaban cubiertas en sudor. No había inodoros y las personas tenían que orinar y defecar en pequeñas ollas sobre el piso. Las celdas estaban sucias e infestadas con cucarachas. El

único contacto con el mundo exterior era a través de una pequeña mirilla en la puerta. También en la Unidad Psiquiátrica Penal N° 27 de la ciudad de Buenos Aires (Unidad 27),¹⁴ los investigadores constataron el uso abusivo de las celdas de aislamiento.

Como consecuencia de las denuncias realizadas en 2005 por las organizaciones firmantes, las autoridades comenzaron a refaccionar las instalaciones y cambiar la modalidad de uso de las celdas de aislamiento. Sin embargo, a la fecha de cierre de este informe, no se finalizaron las obras de reestructuración ni se hicieron las reformas legales necesarias para prevenir que un abuso similar al descrito vuelva a ocurrir en éstas o en otras instituciones.

• Abusos físicos y sexuales

En la Unidad 20 las personas detenidas informaron a los investigadores que el personal de seguridad los había golpeado y ultrajado sexualmente. En esa unidad se constató que varias

13 La Unidad 20 es un pabellón penal para varones, ubicada en el predio del Hospital Borda, dependiente del Servicio Penitenciario Federal dentro de la órbita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. 14 La Unidad 27 es un pabellón penal para mujeres, ubicada en el predio del Hospital Moyano, dependiente del Servicio Penitenciario Federal dentro de la órbita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

vi **Vidas Arrasadas**

personas detenidas tenían grandes moretones en sus torsos y espaldas y que una de ellas tenía puntos de sutura en su cabeza; todos señalaron que sus heridas eran producto de abusos infligidos por el personal. En el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano de la ciudad de Buenos Aires (Hospital Moyano), un hospital psiquiátrico para mujeres con más de 1000 camas disponibles,¹⁵ los investigadores documentaron —según declaraciones de autoridades y de varias mujeres allí institucionalizadas— relatos de abuso sexual contra las mujeres perpetrados por el personal y por gente ajena al nosocomio.

• Falta de atención médica

En la Unidad 20 y los hospitales Diego Alcorta, Moyano y el Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José Tiburcio Borda (Hospital Borda), los investigadores observaron una gran cantidad de personas detenidas con heridas abiertas, infectándose, o que carecían de dientes. Asimismo se constató que algunas personas tenían extremidades gangrenadas y en avanzado estado de descomposición. Los investigadores arribaron al Hospital Diego Alcorta la misma mañana en que una mujer había muerto debido a la ausencia de atención médica —ella había estado esperando durante dos meses recibir una operación quirúrgica en su pierna dislocada—. En la Unidad 20, una persona internada informó que mientras había estado aislada no había recibido la medicación específica que necesitaba para tratar su VIH/SIDA.

• Condiciones insalubres de alojamiento

En el Hospital Diego Alcorta, durante la visita de diciembre de 2004, los baños estaban sumamente deteriorados: los inodoros rebalsaban de excrementos, los pisos estaban inundados de orina, las llaves de las canillas estaban sueltas y no salía agua de las duchas, y en algunos lugares no había agua en los caños. El terreno de la institución estaba cubierto de excremento y apestaba a hedor de orina y materia fecal. Cuando los investigadores retornaron en septiembre de 2006, el Hospital Diego Alcorta contaba con baños remodelados, lo que aparentemente mejoraba las condiciones higiénicas de la institución. Sin embargo, los terrenos continuaban cubiertos con excrementos humanos y apestando. En el Hospital Moyano y en la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca (Colonia Montes de Oca), en visitas realizadas durante 2004 y 2005, los investigadores pudieron observar: techos a medio derrumbarse, vidrios rotos, cables sueltos colgando de techos y paredes, y lugares que apestaban a orina y heces. Luego de la intervención del Hospital Moyano en diciembre de 2005 el gobierno de la ciudad de Buenos Aires inició un plan de obras de remodelación de infraestructura que a la fecha de cierre de este informe no ha concluido.¹⁶ En visitas realizadas durante 2007 se constataron algunas mejoras edilicias en la Colonia Montes de Oca.

15 Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/1er_sem_2007/?menu_id=21300. 16 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental, Ministerio de Salud de la ciudad de Buenos Aires (18 de julio de 2007).

• Ausencia de rehabilitación

En casi todas las instituciones visitadas la vasta mayoría de las personas institucionalizadas no recibe una rehabilitación adecuada. El principal problema que se pudo observar es la generalizada inactividad, marcada por un importante número de personas que se encontraban acostadas sobre sus camas o en el piso, completamente inactivas.

• Tratamientos inadecuados

Funcionarios, trabajadores de la salud mental y personas internadas señalaron a los investigadores que los medicamentos psicofarmacológicos son usados, con frecuencia, para castigar o sedar a los internos, y no con propósitos terapéuticos. En la Unidad 20 los detenidos informaron que como castigo por ofensas menores (“nos hacen pelota por la palabra”) se les inyectan fuertes dosis de tranquilizantes que los dejan inmovilizados durante días.

• Sobrepoblación

Es común que las instituciones estén sobrepobladas. Por ejemplo, durante tres visitas consecutivas realizadas a la Unidad 20 en 2004, 2005 y 2006, la unidad estaba sobrepoblada, aproximadamente, en un 75, 40 y 30 por ciento, respectivamente. De acuerdo con información proporcionada por la Procuración Penitenciaria de la Nación¹⁷ en 2007 el porcentaje de sobrepoblación había subido al 40 por ciento. El Director del Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García (Hospital Tobar García), un hospital que brinda asistencia en salud mental a niños y adolescentes de la ciudad de Buenos Aires, afirmó que el hospital, con una capacidad de 64 camas, además prestaba asistencia de manera ambulatoria e intensiva a otros 100 niños y adolescentes.¹⁸

Esperanzas para la reforma

A pesar del tamaño y la complejidad de los problemas y desafíos detallados en este informe, Argentina es un país en el que existen las condiciones necesarias para llevar a cabo una reforma de los servicios de salud mental que sea respetuosa de los derechos humanos. La base altamente capacitada de profesionales de la salud mental enfocados a la atención individual, es un recurso inestimable, el cual, reorientado, podría participar en la provisión de servicios ubicados en la comunidad.

Los abogados y profesionales de la salud mental argentinos han sido, muchas veces, impulsores de iniciativas de leyes, políticas y programas de atención profundamente innovadores. En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, la Constitución de 1996, la Ley Básica de Salud N° 153, y la Ley de Salud Mental N° 448 sostienen la desinstitucionalización progresiva y la creación de servicios integrados en la comunidad.

17 En junio de 2007 la Procuración Penitenciaria de la Nación interpuso un habeas corpus correctivo luego de recibir una carta anónima de familiares denunciando malos tratos a las personas institucionalizadas en la unidad. 18 Entrevista con el Dr. Roberto A. Yunes, Director del Hospital Tobar García, ciudad de Buenos Aires (24 de enero de 2006). Diario Clarín, 8 de abril de 2006, “Tras 40 años sin obras, empezó la remodelación en el Tobar García”.

viii **Vidas Arrasadas**

Es claro que en la ciudad de Buenos Aires existen recursos significativos para implementar la reforma. Durante una reunión mantenida en enero de 2006, la ex Secretaría de Salud de la ciudad, que en abril de 2006 se transformó en Ministerio de Salud, manifestó su intención de colaborar en la reinserción social de las personas institucionalizadas, afirmando que el gobierno local proveería los recursos que fueran necesarios, a través de los distintos programas y subsidios, para realizar la reforma en salud mental. Reconociendo que históricamente ha faltado voluntad política para efectuar los intentos de reforma, el Jefe de Gabinete del ex Secretario de Salud de la ciudad afirmó, “Hay dinero [para implementar la reforma], los cambios hay que hacerlos, hay que hacerlos ya”.¹⁹ Otro paso hacia el

cumplimiento de la Ley de Salud Mental N° 448 ha sido la transformación de lo que anteriormente era la Dirección de Salud Mental en la Dirección General de Salud Mental. Como resultado, esta autoridad debería disponer de mayores recursos, un presupuesto más importante y una más alta jerarquía dentro del área de salud para operar como autoridad de aplicación de la ley.

Argentina tiene, también, una gama de funcionarios, profesionales, técnicos, académicos especializados y organizaciones de derechos humanos interesados en lograr una reforma de salud mental sostenida e integral. Algunas de las experiencias de reforma en los servicios de salud mental más reconocidas del continente han sido implementadas en las provincias de Río Negro y San Luis. Estas iniciativas constituyen un modelo para otras regiones del país, y muchos de los impulsores de estos proyectos también trabajan con referentes e instituciones de otras regiones para ayudarles con sus propios esfuerzos de reforma.

Existe también un inmenso potencial de apoyo entre las familias de las personas con discapacidades mentales, así como entre los usuarios y ex-pacientes de los servicios de salud mental. Las familias suelen ser el principal sostén de la mayoría de los individuos con discapacidades mentales. Sin embargo, al no contar con el respaldo del gobierno, muchas de estas familias terminan empobrecidas y marginadas socialmente. Asimismo, los investigadores se reunieron con algunos de los grupos de usuarios o ex-pacientes comprometidos y activos en el país, tales como el *Frente Artistas del Borda*, *Radio La Colifata* y *Pan del Borda*. Estos grupos ofrecen esperanzas y una voz legítima que pide el cambio de los servicios de salud mental. Con una pequeña inversión, los grupos de familiares y usuarios o ex-pacientes pueden ser un recurso inmenso que permitiría desarrollar iniciativas de apoyo y defensa de los derechos de las personas con discapacidades mentales en la comunidad.

A pesar de estas circunstancias esperanzadoras, ya se han desaprovechado algunas oportunidades de reforma. En tal sentido, las autoridades de la ciudad de Buenos Aires informaron que se estaba utilizando un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para restaurar la infraestructura edilicia de cuatro instituciones psiquiátricas en la ciudad. De acuerdo con estos funcionarios, el monto de los fondos gastados en este esfuerzo de reconstrucción es superior en un 60 por ciento al presupuesto anual de salud mental de toda la ciudad. En lugar de destinar la totalidad del préstamo a la reconstrucción de instalaciones de internación —con la excepción

19 Entrevista con el Dr. Velez Carreras, Jefe de Gabinete de la ex Secretaría de Salud de la ciudad de Buenos Aires (26 de enero de 2006).

de aquellas reparaciones y reconstrucciones que sean absolutamente necesarias por razones de seguridad— el financiamiento internacional debía haber contemplado un plan de transición a un sistema de atención basado en la comunidad, tal y como lo requieren las leyes de la ciudad y los estándares internacionales de derechos humanos. Las

organizaciones firmantes instan al gobierno argentino a respetar su propia legislación y los estándares internacionalmente aceptados e invertir los recursos existentes en la implementación de programas de desinstitucionalización. Asimismo, el Banco Interamericano de Desarrollo debería adaptar sus préstamos a los estándares de derechos humanos y apoyar el desarrollo de servicios que promuevan la plena integración en la comunidad de las personas con discapacidades mentales.

En la medida en que los recursos permanezcan dirigidos casi exclusivamente a financiar la atención en las grandes instituciones psiquiátricas, una reforma a gran escala será inalcanzable y la segregación y los abusos documentados en este informe continuarán sucediendo sin tregua.

Resumen de las recomendaciones

Las siguientes recomendaciones proponen medidas concretas que deberían adoptarse para implementar una reforma profunda en los servicios de salud mental en Argentina. MDRI y CELS recomiendan que el Estado argentino tome acciones inmediatas para terminar con las condiciones de detención que violan los derechos humanos de las personas allí internadas. El Estado argentino debería:

- . • Erradicar los ambientes peligrosos, sucios e inhumanos en los cuales son forzadas a vivir las personas institucionalizadas;
- . • Garantizar alimentación, cuidado médico y personal adecuados y suficientes para proteger la salud y la seguridad de las personas institucionalizadas;
- . • Investigar las muertes recientes y establecer un protocolo que asegure que se investigará a profundidad cualquier muerte futura;
- . • Eliminar el uso de las celdas de aislamiento a largo plazo y la privación sensorial al interior de estas celdas y asegurar que el uso de la reclusión involuntaria²⁰ y las restricciones físicas²¹ se adecua estrictamente a los estándares internacionales de derechos humanos;

20 Se denomina “reclusión involuntaria” a “la reclusión involuntaria de una persona en un cuarto o área donde está físicamente obstaculizada para salir” (Cf. Restraint and Seclusion, HCFA Rules for Hospitals, disponible en <http://www.bazelon.org/RandSrules.pdf>. La traducción nos pertenece). 21 Se denomina “restricción física” a “cualquier método manual o aparato físico o mecánico, material o equipo adherido o adjunto al cuerpo del paciente que él o ella no pueden remover con facilidad y que restringe la libertad de movimiento” (Ídem.).

x **Vidas Arrasadas**

- . • Crear mecanismos de supervisión independientes que prevengan el abuso en las instituciones y que establezcan procedimientos que protejan a las personas institucionalizadas del abuso físico y sexual;
- . • Adecuar el proceso de internación psiquiátrica a los estándares internacionales, contemplando el derecho a una revisión independiente de toda internación;

- Adoptar leyes de salud mental en todo el país que sean consistentes con los estándares internacionales de derechos humanos.

El gobierno argentino debería comprometerse a incluir plenamente a las personas con discapacidades mentales en todos los aspectos de la vida ciudadana. Esto abarca tanto a las personas con discapacidades psiquiátricas como a las que tienen discapacidades intelectuales. Proteger los derechos humanos de esta población requerirá un cambio de paradigma desde un sistema de institucionalización y detención arbitraria a un sistema inclusivo, basado en la comunidad, de atención primaria de la salud mental y de servicios sociales que contribuyan a fortalecer las redes sociales. Las organizaciones firmantes recomiendan que el gobierno nacional cree una comisión nacional de alto nivel que planifique e implemente una reforma del sistema de salud mental que permita que las personas con discapacidades vivan, trabajen y reciban atención de salud y de salud mental en sus propias comunidades.

Al final de este informe se desarrollan de manera más detallada las recomendaciones propuestas.

Metodología del informe

Este informe presenta los resultados de una investigación realizada por *Mental Disability Rights International* (MDRI) y el *Centro de Estudios Legales y Sociales* (CELS). Durante los seis viajes de investigación —los cuales tuvieron lugar en junio y diciembre de 2004, en junio de 2005, enero y septiembre de 2006, y julio de 2007—, los equipos de investigación visitaron numerosas instituciones para personas con discapacidades psiquiátricas e intelectuales en la ciudad de Buenos Aires, las provincias de Buenos Aires, Santiago del Estero, Río Negro y San Luis. Concretamente, los investigadores inspeccionaron: el Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José Tiburcio Borda, el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano, el Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García, la casa de medio camino Centro Psicopatológico Aranguren, y las Unidades Psiquiátricas Penales N° 20 y N° 27 en la ciudad de Buenos Aires; un pabellón psiquiátrico en el Hospital Paroissien, la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca, el Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, el Hospital Interzonal José Estévez (Hospital Estévez), el Centro Médico Neuropsiquiátrico San Gabriel, y una casa de externación en la localidad de Moreno, en la provincia de Buenos Aires; el Hospital Diego Alcorta, un pabellón psiquiátrico en el Hospital Independencia, y una clínica privada en la provincia de Santiago del Estero; y modelos de reforma psiquiátrica en las provincias de Río Negro y San Luis.

Los investigadores también se reunieron con funcionarios gubernamentales argentinos responsables de la provisión de los servicios sociales y de salud para las personas con discapacidades mentales, así como con representantes de grupos no gubernamentales, incluyendo organizaciones de derechos humanos, de defensa de los derechos de las personas con discapacidades mentales y organizaciones de familiares y profesionales. Durante las visitas a los hospitales, los investigadores entrevistaron a los

directores de los hospitales, jefes de servicio, psicólogos y psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, personas institucionalizadas y sus familiares. También se revisaron las historias clínicas y se recolectaron datos a través de la observación directa.

Este informe analiza la información recogida así como las leyes y políticas argentinas bajo los estándares internacionales de derechos humanos vinculantes para Argentina.²² Se otorga atención especial a las disposiciones contenidas en la Convención Americana,²³ el PIDCP,²⁴ el PIDESC,²⁵ y

22 Todos los instrumentos internacionales ratificados por el gobierno argentino integran el orden jurídico nacional, y tienen jerarquía superior a las leyes. Pero además, ciertos tratados de derechos humanos específicamente mencionados en el artículo 75 inc. 22 de la Constitución Nacional tienen jerarquía constitucional. Por lo demás, el Congreso de la Nación, puede —mediante mayoría especial— otorgar jerarquía constitucional a otros tratados de derechos humanos (Constitución de la República Argentina, art. 75 inc. 22 (1994) [en adelante, Constitución Nacional]).

23 Convención Americana sobre Derechos Humanos, adoptada el 22 de noviembre de 1969, 1144 U.N.T.S. 123,

O.A.S.T.S. No. 36, pág. 1, OEA/Ser.L/V/II.23 doc. Rev. 2, 9 I.L.M. 673 (1970), que entró en vigor el 18 de julio de

1978 [en adelante, Convención Americana]. Argentina ratificó la Convención Americana el 5 de septiembre de 1984,

y con la reforma constitucional de 1994 le asignó jerarquía constitucional.

24 El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, G.A. Res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No.

16) pág. 59, ONU. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 302, que entró en vigor el 23 de marzo de 1976 [en adelante,

PIDCP]. Argentina ratificó el PIDCP el 8 de noviembre de 1986, y con la reforma constitucional de 1994 le asignó

jerarquía constitucional.

25 El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, A.G. Res. 2200A (XXI), 21 U.N.

xii **Vidas Arrasadas**

la Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación²⁶ contra las Personas con Discapacidad (Convención Interamericana sobre Discapacidad). Además, el informe identifica los principios de derechos humanos que se aplican directamente a las personas con discapacidades bajo la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y firmada por el gobierno argentino el 30 de marzo de 2007.²⁷

Asimismo, este informe compara las condiciones, el tratamiento y la legislación argentina en función de los estándares especializados adoptados por la Asamblea General

de Naciones Unidas, tales como los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental (Principios de Salud Mental),²⁸ las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (Normas Uniformes),²⁹ así como los documentos sobre las políticas elaborados por la Organización Mundial de Salud —incluyendo la Declaración de Caracas³⁰ y la Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual—³¹ y la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental.³²

Sobre la base de este análisis, y teniendo en cuenta la opinión de especialistas locales, el informe elabora recomendaciones para colaborar a que el sistema de salud mental argentino

GAOR. Sup. (No. 16) pág. 49, ONU. Doc. A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3, entró en vigor el 3 de enero de 1976 [en adelante, PIDESC]. Argentina ratificó el PIDESC el 8 de noviembre de 1986 y con la reforma constitucional de 1994 le asignó jerarquía constitucional.

26 La Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, adoptada el 7 de junio de 1999, A.G./Res. 1608, entró en vigor el 4 de septiembre de 2001 [en adelante, Convención Interamericana sobre Discapacidad]. Argentina ratificó la Convención Interamericana sobre Discapacidad el 10 de enero de 2001.

27 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 61^a período de sesiones el 13 de diciembre de 2006, disponible en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/conventioninfo.htm>. [en adelante, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad].

Argentina firmó la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad el 30 de marzo de 2007, aunque a la fecha de cierre de este informe no se ha ratificado.

28 Los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental, A.G. Res. 119, U.N. GAOR, 46^a Ses., No. 49, Anexo, págs. 188-92, ONU Doc. A/46/49 (1991) [en adelante, Principios de Salud Mental].

29 Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, A.G. Res. 96, U.N. GAOR, 48^a Ses., ONU Doc. A/Res/48/96 (1993) [en adelante, Normas Uniformes].

30 En 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) convocó a distintas organizaciones de salud mental, a asociaciones, a profesionales y a juristas a la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención

Psiquiátrica en América Latina en Caracas, Venezuela. La Declaración de Caracas se aprobó en esa Conferencia.

31 Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual (2004) en <http://www.declarationmontreal.com/docs/>

declaration_espanol.pdf [en adelante, Declaración de Montreal]. En octubre de 2004, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) patrocinó una conferencia en Montreal, Canadá, la cual declaró que las personas con discapacidades intelectuales “al igual que los otros seres humanos, nacen libres e iguales en dignidad y en derechos” (art. 1) y que “la discapacidad intelectual, constituye una parte integrante de la experiencia y la diversidad humanas”, lo cual requiere que “la comunidad internacional debe reconocer que sus valores universales de dignidad, autodeterminación, igualdad y justicia social para todos...” (art. 2). 32 CIDH, Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos Sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental, 111ª Ses., del 4 de abril de 2001 [en adelante, Recomendación de la CIDH].

cumpla con los estándares internacionales de derechos humanos y propone pasos específicos que los actores pueden adoptar para transformar su sistema de atención médica, basado actualmente en un modelo asilar. Estas recomendaciones se apoyan en la experiencia previa de las organizaciones firmantes, e incorpora las entrevistas llevadas a cabo con los operadores de los servicios, los usuarios, ex-pacientes y sus familiares y con funcionarios gubernamentales durante el curso de toda la investigación. El informe se nutre del desarrollo del derecho internacional de los derechos humanos y, específicamente, del área de los derechos de discapacidad mental, así como de la experiencia local, para elaborar una serie de recomendaciones que complementan y se construyen en base a los recursos de que dispone Argentina.

Durante el curso de esta investigación, los investigadores pudieron conocer a muchos trabajadores de la salud mental que se dedican a proveer servicios de calidad para las personas con discapacidades mentales, incluyendo a varios profesionales que se encuentran impulsando reformas pioneras en su campo. Este informe reconoce que las condiciones existentes dentro de las instituciones son perjudiciales tanto para las personas con discapacidades mentales como para el personal que trabaja allí, y que los modelos y servicios de atención deben ser transformados para proteger y reforzar tanto los derechos de los usuarios como de los profesionales. Un incremento en los fondos asignados a los servicios de salud mental basados en la comunidad y alternativas de alojamiento, una mayor supervisión para garantizar los derechos humanos, y una mayor y mejor capacitación, beneficiarán tanto a aquellos que reciban tales servicios como al personal.

Estos hallazgos y recomendaciones se basan en los sistemas y servicios de salud mental observados. Los investigadores no pudieron visitar todos los programas de salud mental del país, y no es la intención de este informe brindar una evaluación de todos los programas existentes. Más aún, las organizaciones firmantes reconocen que pueden existir importantes variaciones entre los servicios de salud mental de las diferentes provincias dado que, bajo la ley argentina, cada provincia determina su propia política de salud mental y todavía no existe una ley nacional marco en salud mental. Este informe se enfoca predominantemente en los servicios ubicados en la ciudad y provincia de Buenos Aires, donde se ubican las instituciones más grandes.

Con la finalidad de ser lo más breves y claros, este informe no discute cada una de las instituciones visitadas. Por el contrario, describe algunas áreas que son claves para una reforma de amplia envergadura, documenta las violaciones más graves a los derechos humanos que se encontraron, y remarca algunos modelos exitosos de reforma. Se espera que este informe contribuya a impulsar procesos de reforma en las políticas de salud mental, a lo largo de todo el país, que sean respetuosos de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales.

I. Antecedentes

Durante la mayor parte del siglo XX, Argentina ha sido uno de los países más prósperos de América Latina, con niveles de pobreza, desigualdad y desempleo relativamente bajos.

Sin embargo, durante el curso de las últimas tres décadas, el país ha experimentado un marcado deterioro de las condiciones laborales y sociales. La desigualdad, la pobreza y el desempleo se han incrementado aún durante los períodos de crecimiento económico.³³ Durante la década de los 90 se desarrollaron una serie de transformaciones sociales y económicas de carácter estructural que implicaron un saldo negativo en la inserción laboral, la distribución del ingreso y el porcentaje de la población en condiciones de pobreza.³⁴

La crisis económica y social que se profundizó durante los últimos años de la década de los 90 “explotó” en el mes de diciembre de 2001, cuando Argentina vivió una serie de acontecimientos que marcaron sensiblemente su historia institucional y política. Esta inestabilidad económica y política llevó a la rápida caída de gobiernos sucesivos en 2001 y 2002, hasta que el presidente actual, Néstor Kirchner, fue elegido en 2003.

Hace falta destacar que, a pesar de la sostenida recuperación económica del país desde 2003, se mantiene intacta una profunda brecha social entre los sectores más ricos y los más pobres de la población,³⁵ y persisten altos niveles de pobreza, indigencia y consiguiente exclusión social.

La inestabilidad económica y política ha afectado a todos los sectores de la sociedad argentina. Sin embargo, los sectores de la población económica y socialmente más marginados —como las personas con discapacidades— han sido aún más vulnerables a sus efectos. La pobreza no sólo acentúa algunas de las consecuencias negativas de la discapacidad; es también un factor que lleva a incrementar las incidencias de discapacidad, en la medida en la que acceder a servicios de salud, educación y rehabilitación se vuelve más difícil con el aumento de los índices de desempleo y pobreza.³⁶ A medida que los efectos del colapso socioeconómico de Argentina se

33 Leonardo Gasparini et al., Monitoring socio-economic conditions in Argentina, Chile, Paraguay and

Uruguay [“Monitoreo de las condiciones socio-económicas en Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay”], Vol. 1 (2005), Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales, Universidad Nacional de La Plata, disponible en http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000011823_20050715164315 [en adelante, Gasparini] (la traducción nos pertenece). 34 Daniel Filmus, Ana Miranda, Julio Zelarayan, “La transición entre la escuela secundaria y el empleo: los recorridos de los jóvenes en el Gran Buenos Aires”, en Revista Estudios de Trabajo, Número. 26 – Segundo Semestre de 2003, Asociación Argentina de Estudios de Trabajo (ASET). A modo de comparación, en 1958 los ingresos percibidos por el sector más próspero de la sociedad argentina era aproximadamente ocho veces el del sector más pobre. Para el año 2002, la brecha pasó a ser más de 37 veces. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), antes de la devaluación ocurrida en el 2002, la población por debajo de la línea de pobreza alcanzaba el 53 por ciento (aproximadamente 18,5 millones de personas) y casi el 25 por ciento (8,7 millones de personas) de la población era considerada indigente; entre diciembre 2001 y abril 2002 hubo una caída del 40 por ciento de los salarios. 35 Durante el segundo semestre del 2006, el 19,2 por ciento de hogares están bajo la línea de la pobreza, representando el 26,9 por ciento de la población. El 6,3 por ciento de hogares y 8,7 por ciento de personas están bajo la línea de indigencia, disponible en <http://www.indec.gov.ar>. 36 La proporción de trabajos estables con derecho a pensiones y seguro de salud es marcadamente más baja entre

2 Vidas Arrasadas

manifestaron, los grupos más vulnerables, tales como las personas con discapacidades mentales, son particularmente susceptibles al abandono y al abuso.

A. Los servicios de salud de Argentina

El sistema de salud argentino es complejo, fragmentado y descentralizado. Cada una de las provincias del país tiene su propio ministerio o secretaría de salud, que controla la mayoría de las decisiones políticas en salud. La salud mental en Argentina es financiada principalmente a través de deducciones salariales. Para casi el 50 por ciento de la población, las “obras sociales sindicales” —programas sin fines de lucro que benefician a los trabajadores, patrocinados por los sindicatos y regulados por el gobierno— financian la atención de la salud. Sin embargo, desde la crisis económica, muchas personas han perdido su trabajo y los ingresos de estos programas han disminuido dramáticamente, a la vez que el porcentaje de la población sin ninguna cobertura de seguro se ha visto incrementado. Adicionalmente, los programas que antes cubrían sus costos a través de cuotas colectivas pagadas por aquellos que utilizaban sus servicios no han podido seguir haciéndolo, ya que sus asociados ya no pueden pagar por los servicios.³⁷

La planificación federal en salud mental de Argentina es llevada a cabo por la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación (Unidad Coordinadora). El presupuesto anual total de la Unidad Coordinadora para el 2006 fue de 700.000 pesos (aproximadamente U\$S 233.000).³⁸ Para 2005 la unidad carecía de los recursos suficientes para implementar las políticas o recolectar y centralizar datos de salud mental de las provincias.³⁹ Sin datos confiables sobre la amplitud de los problemas de salud mental ni sobre los servicios de salud mental disponibles, la planificación e implementación de las políticas son prácticamente imposibles. Por ende, la mayoría de las decisiones acerca de las políticas y la asignación de presupuesto se realizan en el ámbito provincial. En la actualidad la Unidad

Coordinadora ha firmado un convenio con ocho universidades nacionales para realizar una investigación epidemiológica sobre padecimiento psíquico de la infancia, el cual ha demandado casi un 65 por ciento del presupuesto total del área. Asimismo, y en el marco de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos,⁴⁰ la Unidad Coordinadora está participando de una serie de coloquios regionales que definen como prioritaria la elaboración de políticas públicas en salud mental desde un enfoque de derechos.⁴¹

los pobres. Por ejemplo, el 60 por ciento de los no pobres que trabajan tiene acceso a seguros de salud a través de su trabajo, mientras que únicamente el 12 por ciento de los pobres recibe estos beneficios. Leonardo Gasparini, supra.

37 Entrevista con el Dr. Julio Ainstein, ex Director de Salud Mental, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta, Hospital Interzonal José Estévez (1 de junio de 2004).

38 Entrevista con el Dr. Antonio E. Di Nanno, Coordinador de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental

y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación (27 de junio de 2005).

39 Ídem.

40 La Mesa Federal es un espacio intergubernamental e intersectorial que se creó en 2006. Se propone con el objetivo de promover una política pública en salud mental que incluya la perspectiva de derechos humanos como

base ético-legal, e impulsar transformaciones institucionales para la aplicación de buenas prácticas en salud mental.

Ver punto VI.A.1 de este Informe, “Iniciativas prometedoras de reforma del sistema de salud mental”.

41 Entrevista con el Dr. Antonio E. Di Nanno, Coordinador de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental

y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación (16 de julio de 2007).

La Organización Mundial de la Salud recomienda que el 10 por ciento del presupuesto de salud sea asignado a la salud mental.⁴² No obstante, varias provincias argentinas sólo asignan una pequeña fracción de esta cantidad para los servicios de salud mental. En la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, según cifras del 2005, solamente el 2 por ciento del presupuesto de salud se asignaba a la salud mental.⁴³ Para el 2007, este presupuesto había aumentado al 4,2 por ciento.⁴⁴

El incremento de la pobreza desde la crisis económica y política de 2001 ha llevado a un aumento en la demanda de servicios de salud públicos. Hasta antes de la crisis, el 40 por ciento de la población recibía atención a través de los hospitales públicos. A partir de la crisis, el 60 por ciento de la población ha comenzado a utilizar los servicios de los hospitales públicos.⁴⁵ Sin embargo, el presupuesto de estos hospitales ha sido recortado, incrementando los problemas causados por el aumento de la demanda. Más aún, a medida que la situación argentina fue empeorando, se incrementaron los síntomas psíquicos y la prevalencia de determinadas enfermedades asociadas con la pobreza y la desocupación.⁴⁶

En los últimos años el gobierno de Argentina ha tomado una serie de medidas para minimizar el impacto de la crisis económica en el sector de la salud. Las medidas se han enfocado a facilitar el acceso a fármacos. El Ministerio de Salud de la Nación, el principal proveedor de medicinas consumidas en Argentina, acrecentó la provisión de medicamentos como respuesta a la crisis.⁴⁷ El Ministerio centralizó también la compra de medicamentos, permitiendo precios menores a través de compras al por mayor, puesto que hasta entonces cada hospital realizaba las compras para su uso propio.⁴⁸ Adicionalmente, el Ministerio ha instituido una política de uso de medicamentos genéricos siempre que sea posible, la que forma parte de un programa para comprar medicamentos a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).⁴⁹ Su participación en el programa del PNUD ha logrado un ahorro de un 21 por ciento para el gobierno, dado que por

42 Organización Mundial de la Salud, Mental Health Atlas-2005: Country Profile, Argentina (2005), disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_a_b.pdf [en adelante Mental Health Atlas].

43 Ídem.

44 Estos datos fueron actualizados a partir de la realización de entrevistas, por ejemplo con el Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Cabred, (25 de julio de 2007) y el relevamiento de fuentes secundarias (por ejemplo, Consejo Directivo Provincial, “No. 44/2006: El presupuesto de salud previsto para el 2007 significa el entierro”, del 18 de diciembre de 2006, disponible en <http://www.cicop.org.ar/modules.php?name=News&file=print&sid=91>).

45 Entrevista con el Dr. Julio Ainstein, ex Director de Salud Mental, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta, Hospital Interzonal José Estévez (1 de junio de 2004).

46 “En Argentina, para tomar sólo algunos datos significativos, según un informe de Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), en el primer trimestre del 2002 las consultas psiquiátricas habían crecido casi 300 por ciento. En la provincia de Tucumán, la directora provincial de Salud Mental, Lic. Marcela Lemaitre, informó un 30 por ciento de aumento en las consultas de salud mental en el sistema público, para el mismo período. Algo similar ocurre en Mendoza donde las consultas en los neuropsiquiátricos se incrementaron entre el 20 y 25 por ciento. En Córdoba, en el año 2004, el director de Salud Mental de la provincia, Osvaldo Navarro, planteó que más de un 50 por ciento de la demanda en los centros periféricos sanitarios de la capital cordobesa, estaba relacionada con problemas económicos y de vivienda, como consecuencia de la pérdida del trabajo o la inestabilidad laboral”. En CELS: Derechos Humanos en Argentina. Informe 2004, Editorial Siglo XXI, Argentina, 2004, pág. 533.

47 Entrevista con el Dr. Julio Ainstein, ex Director de Salud Mental, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta, Hospital Interzonal José Estévez, supra (1 de junio de 2004).

48 Ídem.

49 Ídem.

esta compra el gobierno no paga impuestos.⁵⁰ Estas iniciativas gubernamentales son importantes, pero el mero acceso a los medicamentos no soluciona las necesidades básicas que tienen muchas de las personas institucionalizadas, entre ellas, acceso a condiciones saludables e higiénicas de internación, y rehabilitación personalizada. Más aún, los fármacos por sí solos no substituyen la amplia gama de apoyo comunitario —como acceso a viviendas y oportunidades de empleo— que se requiere para prevenir hospitalizaciones innecesarias.

Hoy en día, dos tercios de las 25.000 camas psiquiátricas en todo el país son manejadas públicamente, y tres de cada cuatro de esas camas públicas se ubican en instituciones grandes de 1000 o más camas.⁵¹ Hay ocho instituciones psiquiátricas con más de 1000 camas cada una, cuatro de las cuales se encuentran en la provincia de Buenos Aires y dos en la ciudad de Buenos Aires.⁵² La gran mayoría de las personas alojadas en las instituciones psiquiátricas son internadas a largo plazo. Las personas que han estado institucionalizadas por más de un año ocupan el 80 por ciento de las camas psiquiátricas.⁵³ Solamente el 5 por ciento de las personas han estado hospitalizadas por menos de tres meses.⁵⁴

B. Legislación sobre salud mental

Argentina adoptó la forma federal de gobierno. Como tal, la Constitución Nacional, los tratados internacionales ratificados por el gobierno federal y las leyes nacionales tienen mayor jerarquía que las leyes emitidas a nivel provincial.⁵⁵ No obstante, los gobiernos provinciales mantienen todos aquellos poderes que la Constitución no delega al gobierno federal.

Argentina puede jactarse de tener una legislación federal de salud mental progresista, la cual establece lineamientos hacia una reforma en el sistema de salud mental. En este sentido, la ley 25.421, adoptada en 2001, determina que las personas tienen el derecho de recibir atención de salud mental dentro de los servicios de atención primarios, y prevé que las personas con enfermedades mentales deben ser rehabilitadas y reinseridas socialmente.⁵⁶ Esta ley también creó el Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental, designando al Ministerio de Salud de la Nación como organismo de aplicación de la ley.⁵⁷ Sin embargo, hasta la fecha de cierre de este informe, el gobierno federal no ha reglamentado la ley 25.421, por lo que su cumplimiento es prácticamente nulo.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley Básica de Salud N° 153 requiere que el gobierno de la ciudad impulse la desinstitucionalización progresiva.⁵⁸ Para ello, la

ley ordena

50 Ídem.

51 Fuente: Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación (27 de junio de 2005).

52 Ídem.

53 Mental Health Atlas, supra, pág. 63.

54 Ídem.

55 Constitución Nacional, supra, art. 31.

56 Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental, ley 25.421, sancionada en el año 2001 [en adelante, ley 25.421].

57 Ídem.

58 Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, N° 153, sancionada en el año 1999 [en adelante, ley 153],

implementar modelos de atención alternativos en salud mental que se orienten a lograr la integración social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.⁵⁹

En el año 2000, en cumplimiento de la ley 153, se aprobó la Ley de Salud Mental N° 448. El objetivo de la ley 448 es garantizar el derecho a la salud mental, y hace un llamado a la desinstitucionalización, y a la rehabilitación y reinserción social de las personas institucionalizadas.⁶⁰ Esta ley también define que el sistema de salud mental en la ciudad de Buenos Aires se basará primordialmente en la prevención, promoción y protección de la salud mental.⁶¹ La ley 448, que en el artículo 3 establece los derechos humanos específicos de las personas con discapacidades mentales, busca transformar el modelo asilar actual y promover servicios comunitarios de salud mental.⁶²

A pesar de lo estipulado en las leyes 25.421, 153 y 448, el modelo de provisión de salud mental público a nivel nacional y en la ciudad de Buenos Aires continúa basándose casi exclusivamente en la atención institucional asilar. Existe una gran carencia de servicios de salud mental de atención primaria en toda Argentina. Con algunas excepciones,⁶³ no existen estrategias ni planes de acción para la incorporación de la salud mental en la atención primaria, como tampoco existe entrenamiento en salud mental para los profesionales de la atención primaria de salud.⁶⁴ El proyecto de presupuesto de salud presentado en octubre de 2006 para la ciudad de Buenos Aires preveía una asignación total de 2.167.657.961 pesos (aproximadamente U\$S 722.552.653).⁶⁵ De los cuales 146.261.152 (aproximadamente U\$S 48.753.717) serían destinados a salud mental, lo que implica un 6,9 por ciento del presupuesto total de salud.⁶⁶ Por lo demás un 81 por ciento sería destinado a servicios hospitalarios y un 4,2 por ciento a atención primaria.⁶⁷ En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, de los 33 hospitales en la red de salud, sólo dos hospitales generales proveen atención en salud mental con servicios de internación.⁶⁸

art. 48.

59 Ídem.

60 Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, N° 448, sancionada en el año 2000 [en adelante, ley 448],

arts. 12 y 13 (a).

61 Ídem. art. 2 (c).

62 Ídem. art. 2 (e).

63 Para más información acerca de estas iniciativas, véase el capítulo VI.

64 Entrevista con miembros del Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la Ciudad de Buenos

Aires (FORO), ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004 y 28 de septiembre de 2006). El FORO está formado por

20 instituciones que trabajan en el sector de salud mental y representa aproximadamente a 9000 profesionales.

65 Ley N° 2180 de Presupuesto de la Administración del Gobierno de la Ciudad, ejercicio 2007. Boletín Oficial N°

2594 de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 28-12-2006 Disponible en

[http://www.buenosaires.](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/leg_tecnica/boletines/20061228.htm)

[gov.ar/areas/leg_tecnica/boletines/20061228.htm](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/leg_tecnica/boletines/20061228.htm)

66 De acuerdo a la información que nos brindó la Dirección General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires el monto destinado a salud mental incluye el presupuesto ordinario más los créditos otorgados por organismos

internacionales (1 de agosto de 2007).

67 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires,

supra (18 de julio de 2007).

68 Entrevista con el Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires (2 de junio de 2004).

6 **Vidas Arrasadas**

II. Institucionalización inapropiada

A. La “medicalización” de los problemas sociales y la falta de servicios comunitarios

Más allá de las consideraciones psiquiátricas, los factores sociales pueden ser definitorios para decidir las admisiones y las altas en los hospitales psiquiátricos.⁶⁹ Varios funcionarios gubernamentales y directivos de hospitales entrevistados afirmaron que la mayoría de las personas permanecen institucionalizadas por largos períodos de tiempo debido a problemas sociales.

En 2004, en el Hospital Estévez,⁷⁰ la ex Directora Adjunta, Dra. Patricia Esmerado, estimó que el 70 por ciento de las personas institucionalizadas eran “pacientes sociales”,⁷¹ lo cual significa que la continuación de su internación se debía a motivos socio-económicos

en lugar de a criterios médicos o de salud mental. El Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, informó que aproximadamente un 60 por ciento de las personas institucionalizadas en la ciudad se encuentran en esa situación debido a la “medicalización de los problemas sociales”,⁷² y el Dr. Antonio Di Nanno, Coordinador de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, informó que el 80 por ciento de aquellos que están hospitalizados en el país lo están debido a fallas del sistema social.⁷³ El Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, informó en una entrevista realizada en 2007 que entre un 15 y un 20 por ciento de las personas institucionalizadas en los hospitales Borda y Moyano estarían en condiciones de ser externadas, y que no lo son por razones sociales.⁷⁴ Sin embargo estimó que ese número se encuentra muy por debajo de la realidad.⁷⁵

Una mujer en el Hospital Moyano describió su historia de esta manera: “He estado aquí por diez años. Fui admitida luego de que traté de suicidarme. Yo tenía un trabajo como profesora de inglés e italiano, pero tuve que dejar mi trabajo luego de diez años para cuidar a mis padres ancianos. Luego de que ellos murieron, yo caí en una gran

69 Los investigadores han recogido información que confirmó este punto en cada una de las instituciones visitadas.

Por lo demás, este fenómeno no es nuevo ni exclusivo de Argentina. Es advertido internacionalmente desde hace

más de 35 años por expertos en salud mental y derechos humanos que factores sociales son muchas veces decisivos

en los ingresos y egresos de instituciones psiquiátricas. Véase, por ej., Thomas Scheff, *El Rol del Enfermo Mental*

(1970), pág. 154, citado en Alfredo Kraut, *Los Derechos de los Pacientes*, Editorial Abeledo-Perrot,

Argentina,

(1997), pág. 366.

70 El Hospital José Estévez fue fundado, originalmente, como anexo al Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A.

Moyano, una institución psiquiátrica para mujeres en la ciudad de Buenos Aires.

71 Entrevista con la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta del Hospital José Estévez, provincia de Buenos

Aires (1 de junio de 2004).

72 Entrevista con el Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires (2 de junio de

2004).

73 Entrevista con el Dr. Antonio Di Nanno, Coordinador de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y

Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

74 Este porcentaje habría sido calculado sobre la base de la evaluación de los diferentes jefes de servicio realizada

en ambos hospitales. Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de

Buenos Aires (18 de julio de 2007).

75 Ídem.

depresión y traté de acabar con mi vida. He estado de alta desde hace cinco años, pero aún quedan algunos trámites por terminar”.⁷⁶

En el Hospital Borda, un hombre de uno de los pabellones “crónicos” contó: “Desde el ’85 estoy de hospital en hospital. Me dieron de alta en el ’98 pero mi papá falleció el año siguiente y me vino un bajón [anímico]. Esta internación ha durado cinco o seis años. Tengo cuatro hermanas. Una de mis hermanas es mi curadora. Si tuviera un lugar donde estar y donde controlarme [tomar regularmente la medicación], podría externarme. Mi hermana está tramitando mi externación. Los papeles y el trámite son muy costosos. Desde hace cinco años está tramitando mi externación”.⁷⁷

El jefe de servicio respondió, “Los trámites no son el problema; los trámites nosotros los hacemos de un día para el otro. El problema es que no tienen adónde ir porque no tienen a nadie o la familia los rechaza. El 60 por ciento está en condiciones de alta médica pero no tiene adónde ir. Son “casos sociales”. En ninguna otra especialidad existe este problema. Cuando uno se interna por una operación del apéndice la familia no lo abandona en el hospital”.⁷⁸

En 2004, en el Pabellón 3 de la Colonia Montes de Oca,⁷⁹ un miembro del personal de enfermería estimó que aproximadamente la mitad de las personas internadas en aquel momento lo estaban debido a problemas sociales. Afirmó que algunas de las personas eran incapaces de pagar los medicamentos y que algunas se encontraban malnutridas debido a su pobreza.⁸⁰ En 2007 el gobernador de la provincia de Buenos Aires estimó que más de un 70 por ciento de las 1070 personas internadas en el Hospital Cabred lo estaban por razones de pobreza.⁸¹

Durante entrevistas realizadas en 2004 en el Hospital Estévez, en un pabellón de “pacientes agudos” que albergaba a 78 mujeres, el personal informó que el 30 por ciento de esas mujeres tenía alta médica, pero que no tenían ningún lugar a dónde ir.⁸² En 2006, en la Unidad 20, el personal informó que de 114 personas institucionalizadas, 20 estaban en condiciones de alta médica pero no eran externadas porque no existían instancias intermedias a dónde hacerlo. El personal también informó que no existía un tiempo medio de internación y advirtió sobre la existencia de personas que se encontraban alojadas en la unidad desde hacía más de 20 años.⁸³

76 Entrevista con una paciente en el pabellón Tomasa II en el Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (6 de junio

de 2004).

77 Entrevista con un paciente del Pabellón 25A, Hospital Borda, ciudad de Buenos Aires (25 de enero de 2006).

78 Entrevista con el jefe del servicio del Pabellón 25A, Hospital Borda, ciudad de Buenos Aires (25 de enero de 2006).

79 La Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca actúa en calidad de centro de referencia nacional y regional como hospital de psiquiatría y salud mental especializado en oligofrenia. Brinda asistencia a varones y mujeres y, hasta la fecha de cierre de este informe, alojaba 860 personas internadas.

80 Entrevista con una enfermera en el pabellón 3 de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004).

81 Discurso del Gobernador Felipe Solá en la apertura de 135º período de sesiones ordinarias de la Honorable Legislatura Bonaerense el 01-03-2007, disponible en <http://www.spd.gba.gov.ar/cgi-bin/noticias/viewnews.cgi?newsid1172793522,83252>.

82 Entrevista con el personal del Hospital José Estévez, provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004).

83 Entrevista con el personal de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de agosto de 2006).

8 **Vidas Arrasadas**

Sobre la base de las entrevistas realizadas a funcionarios, profesionales, familiares y personas institucionalizadas puede deducirse que en todo el país aproximadamente un 70 por ciento de las personas institucionalizadas permanecen segregadas de sus comunidades por razones sociales. Dentro de este porcentaje existe un elevado número de personas que no reciben ni medicamentos ni ningún otro tipo de tratamiento, pero que permanecen institucionalizados por decenas de años. Por ello este informe concluye que el sistema de salud mental en Argentina se ha vuelto un “depósito de personas” que carecen de los medios para mantenerse a sí mismas o de familiares que estén en condiciones de actuar como red de sostén, o que estén dispuestos a hacerse cargo de ello.⁸⁴

El principal factor que contribuye con la institucionalización a largo plazo es la carencia de servicios y apoyos adecuados en la comunidad. Según un miembro del Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (FORO), “hay pacientes que necesitan residencias asistidas que precisarán un monitoreo. Se necesitan residencias de medio camino y subsidios económicos. [Si éstos son] bien implementados llevarán a la resocialización de un paciente que ha sido asilado”.⁸⁵ La existencia de servicios adecuados en la comunidad permitiría que los individuos con las primeras manifestaciones de una enfermedad mental reciban una atención apropiada antes de que su salud se deteriore, y permitiría que aquellos que han estado institucionalizados por varios años se reintegren a la comunidad.⁸⁶

Esta carencia de servicios de salud mental basados en la comunidad es un problema complejo por el hecho de que, en general, la formación en salud mental en Argentina enfatiza el psicoanálisis como enfoque privilegiado. Como modalidad de tratamiento éste se orienta hacia la terapia individual más que a la rehabilitación psico-social, componente

esencial de lo que las personas dadas de alta de las instituciones psiquiátricas requieren. Más aún, teniendo en cuenta las entrevistas realizadas y el relevamiento de los programas de grado de universidades nacionales, los investigadores constataron que en las universidades argentinas no se capacita, en general, en tratamientos de salud mental interdisciplinarios.⁸⁷ Pudo recogerse información respecto a que los profesionales entrenados en psicoanálisis plantean dificultades para trabajar en grupos interdisciplinarios. Ellos atienden a las personas de manera individual, no se capacitan para trabajar con grupos y se resisten a trabajar en las áreas de promoción y prevención.⁸⁸ Un miembro del FORO comentó, “La tendencia es a hospitalizar a las personas con enfermedades mentales y existe una carencia de entrenamiento en alternativas”.⁸⁹ El Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires informó que no se cumplió con el compromiso de crear guardias interdisciplinarias, hospitales de día y camas de internación psiquiátrica en hospitales generales,

84 Ídem.

85 Entrevista con miembros del FORO, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

86 Ídem.

87 Por supuesto, hay excepciones. Por ejemplo, en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires

existen materias sobre salud pública, salud mental, prevención y epidemiología de muy buen nivel. Por lo demás, el

psicoanálisis no debería ser entendido como incompatible con una mirada psico-social, tal como lo demuestra, entre

otros, el trabajo del Equipo de Salud Mental del CELS.

88 La ausencia de programas de capacitación del personal y concientización ciudadana respecto de la estigmatización y violación de los derechos de las personas con discapacidades mentales fue mencionado por diferentes actores del campo de la salud como obstáculos para la reforma del sistema de salud mental.

89 Entrevista con miembros del FORO, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

que había sido asumido por el Ministerio de Salud de la ciudad en junio de 2005, por cuestiones de presupuesto. Reportó que únicamente fue creada una guardia interdisciplinaria en un hospital general de la ciudad.⁹⁰

En el Hospital Moyano, los funcionarios, el personal y las personas internadas informaron a los investigadores que cientos de mujeres habían permanecido hospitalizadas durante varios años. Un psiquiatra entrevistado afirmó que de las 1750 mujeres internadas en el Moyano, en su momento, 1500 estaban en los pabellones crónicos, donde permanecían indefinidamente.⁹¹ Él estimó que entre un 60 y un 70 por ciento de ellas podría ser dado de alta si hubiera servicios de salud mental adecuados y alternativas de alojamiento en la comunidad.⁹² Un psiquiatra que ha estado trabajando en el Moyano durante 25 años dijo:

“No hay casas de medio camino, no hay dónde [las mujeres] puedan ir. La ley 448 no se

cumple. [Las mujeres] tendrían que tener un subsidio para alquilar un cuarto en un hotel o

un departamentito”.⁹³

Los tiempos de internación en la ciudad de Buenos Aires van desde los tres meses hasta los 66 años. Del total de las 2414 personas internadas para agosto de 2005, casi un 10 por ciento llevaban más de 25 años de internación; más de un 25 por ciento entre 10 y 25 años de internación. En la ciudad el promedio de internación es de nueve años.⁹⁴ Hasta julio de 2007 el total de personas internadas en el sistema de salud público era de aproximadamente 2460.⁹⁵ Discriminando por hospital el tiempo medio de internación es:

Hospital		Tiempo medio de internación
Hospital de Emergencia	s Psiquiátricas Torcuato de Alvear	1 mes y 3 semanas
Hospital Borda		10 años y 6 meses
Hospital Moyano		9 años y 3 meses
Hospital Tobar García		4 meses y 3 semanas

90 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires (18 de julio de 2007). En el curso de la investigación diferentes actores del campo de la salud mental expresaron que existe fuerte resistencia en los hospitales generales para brindar atención a personas con discapacidad mental y que ello se complementa con la ausencia de estrategias y planes de acción para la atención de la salud mental en la atención primaria. Ambos factores estuvieron identificados como importantes obstáculos para la reforma del sistema de salud. 91 Entrevista con un psiquiatra, Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (6 de junio de 2004). 92 Ídem. 93 Entrevista con una psiquiatra en el hospital de noche, Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006). 94 Para realizar este cálculo se consideró el tiempo transcurrido desde la última fecha de internación y no se tomaron en cuenta la sumatoria de las distintas reinternaciones, lo que aumentaría significativamente los promedios. En Barraco, Ángel.: Desmanicomialización: los límites de la ley. Revista Topía, nro. 45, noviembre de 2005. 95 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires (18 de julio de 2007).

10 **Vidas Arrasadas**

La historia de una mujer ilustra la urgente necesidad de alternativas de alojamiento en la comunidad: “Desde hace cuatro años que estoy internada acá. Me internaron porque yo escuchaba voces. Me echaron de mi casa porque no querían ocuparse más de mí. Fui a buscar a mi abuela. Cuando llegué a Buenos Aires me perdí buscando su casa. La

policía me encontró en la calle, yo escuchaba voces, y justo me venía la menstruación y estaba toda sangrada y alterada. La policía llamó a mi casa y mi mamá dijo que hacía cuatro años que no me veían y no quería saber más de mí. Cuando entré [en el hospital] me quedé 15 días en admisión y me internaron en [el pabellón] Bosch I. Es un pabellón que tiene un poco de todo... No tengo adónde ir. Estoy de alta médica desde hace dos años. Trabajo en los talleres protegidos. Quiero estudiar algo ahora que no escucho las voces. Quiero estudiar técnico de auxiliar de odontología".⁹⁶

En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires en 2006 se creó el Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS) para ayudar a las personas anteriormente institucionalizadas a reintegrarse a sus comunidades.⁹⁷ Este programa ha implementado, hasta la fecha de cierre de este informe, dos casas de convivencia para mujeres, dentro de la órbita de la Dirección General del Sistema de Atención Inmediata del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales.⁹⁸ Ambas casas tiene capacidad para que se alojen hasta ocho personas. Está prevista la creación de una tercera casa para varones antes de que finalice el 2007.

En el Hospital Estévez, los investigadores se entrevistaron con mujeres que parecían capaces de vivir en la comunidad y, sin embargo, habían estado institucionalizadas por varios años. En el Pabellón 1, llamado por los administradores un pabellón de "mediano plazo" —con estadías promedio de entre tres y seis meses— los investigadores entrevistaron a varias mujeres que habían estado hospitalizadas por mucho más tiempo:

"He estado aquí por nueve meses. Hay gente que ha estado en este pabellón por 11 años".⁹⁹

Otra mujer informó: "Mi familia me abandonó aquí hace ocho años, cuando mi madre falleció. Ellos no me visitan ni me mandan nada. No sé si han vendido mi casa. Yo quiero irme de este lugar. He vivido en el Pabellón 1 por ocho años... Hay una anciana que ha estado acá desde hace 40 años; ella tiene unos 90 años. Hay al menos diez mujeres que han estado en este pabellón por varios

años; ellas son las que quedan del pasado, cuando éste no era un pabellón de mediano plazo”.¹⁰⁰

96 Entrevista con una mujer internada en el Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006). 97 Véase http://www.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/atencion_inmediata/preasis.php?menu_id=19122 98 El respaldo normativo para la creación de las casas de convivencia viene de la Ley 448, supra, Capítulo III, Sistema de Salud Mental, artículo 15º [Rehabilitación y reinserción]: “Las personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente, serán albergadas en establecimientos que al efecto dispondrá el área de Promoción Social”. 99 Entrevista con una persona internada en el Pabellón 1, Hospital José Estévez, provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004). 100 Entrevista con una persona internada en el Pabellón 1, Hospital José Estévez, provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004).

La gran mayoría de las mujeres alojadas en el Hospital Estévez permanece hospitalizada por varios años. De las 1020 camas existentes a octubre de 2006, más de 800 estaban ubicadas en el sector “asilar” del hospital. Una vez internadas allí, las mujeres suelen permanecer de por vida.¹⁰¹ Sin embargo, el hospital está involucrado en un programa para ayudar a reintegrar a las personas institucionalizadas en la comunidad. El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) —dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires— funciona apoyando a las mujeres a integrarse en un ambiente colectivo de casas en la comunidad y ayudándolas a aprender o reaprender habilidades esenciales para la vida. En las palabras de una de las participantes del PREA:

“He estado hospitalizada aquí por tres años. Ahora estoy en el programa PREA; hay sólo seis de nosotras en el programa del hospital. He estado en el PREA desde el 1 de enero de 2003. Pasan un año, más o menos, enseñándote a manejar dinero, a hacerle frente a la vida afuera [del hospital]. Voy a irme a vivir con otras tres mujeres. No sabemos aún cuándo nos mudamos”.¹⁰²

De acuerdo con el personal del Estévez, al momento de la visita de los investigadores en junio de 2004, había 45 mujeres viviendo en casas en la comunidad, como parte del programa

PREA.¹⁰³ Para octubre de 2006 el número de personas externadas, residiendo en casas de convivencia, se había elevado a 50.¹⁰⁴

Debido a la deficiente prestación de servicios en salud mental específicos para niños y adolescentes en la provincia de Buenos Aires, del 70 al 80 por ciento de los niños y adolescentes que reciben atención en el Hospital Tobar García, no reside en la ciudad de Buenos Aires.¹⁰⁵ El Director del Hospital Tobar García, Dr. Roberto A. Yunes, informó que “la provincia de Buenos Aires no tiene absolutamente nada” en cuanto a servicios de salud mental para la niñez y la adolescencia.¹⁰⁶

La carencia de servicios para niños y adolescentes en las comunidades contribuye a la incapacidad para darlos de alta, y complica los tratamientos de rehabilitación exponencialmente.¹⁰⁷ El Dr. Yunes agregó que la crisis económica había complicado aún más el problema “La gente no tiene para comer, no tiene para transporte, menos van a tener para atención psiquiátrica. Toma una a dos horas llegar al Tobar [García desde la provincia de Buenos Aires]”.¹⁰⁸ Una vez que los niños

101 Entrevista con profesionales integrantes del PREA, ciudad de Buenos Aires (20 de octubre de 2006).

102 Entrevista con una persona internada en el Pabellón 1, Hospital José Estévez, provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004).

103 Entrevista con la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta, Hospital Interzonal José Estévez (1 de junio de 2004).

104 Entrevista con profesionales integrantes del PREA, ciudad de Buenos Aires (20 de octubre de 2006).

105 Entrevista con el Dr. Roberto A. Yunes, Director del Hospital Tobar García, ciudad de Buenos Aires (24 de enero de 2006).

106 Ídem.

107 Ídem.

108 Ídem.

son dados de alta, la mayor parte de las veces sus familias no tienen los recursos necesarios para poder continuar con los tratamientos ambulatorios indicados.

En el Hospital Borda, el personal se quejó de la falta de servicios para las personas que eran dadas de alta. De acuerdo con un miembro del personal en el pabellón 14/22:

“El problema es que al paciente en condiciones de alta le falta el camino de reintegración a

la comunidad donde pueda recuperarse. ¿Adónde van?

¿Quién les va a dar trabajo? ¿Dónde

van a vivir? Y es una discriminación. Si dicen que son del 14/22, peor. Tendría que haber un

espacio de rehabilitación. Cuando la Unidad 20 está llena, vienen por acá. Falta un espacio

de seguimiento. Sin esto nada se mueve”.¹⁰⁹

En la Colonia Montes de Oca, el 85 por ciento de una población de casi 1000 personas institucionalizadas tiene discapacidades intelectuales.¹¹⁰ Así como ocurre con las personas con diagnósticos psiquiátricos, una vez que ingresan, las personas con discapacidades intelectuales generalmente permanecen institucionalizadas de por vida. El ambiente de la institución las lleva a perder las habilidades o la independencia de la que disponían. Durante las visitas realizadas por los investigadores en 2004, se pudo constatar que la ausencia casi absoluta de servicios ubicados en la comunidad llevaba a que las personas con discapacidades intelectuales tuvieran que vivir institucionalizados por el resto de sus vidas.

Sin embargo, a partir de 2005 se comenzaron a implementar en esta institución medidas positivas tendientes a la creación de servicios de salud en la comunidad. En septiembre de 2006, el Director de la Colonia Montes de Oca, Lic. Jorge Rossetto, informó que la institución había iniciado un programa de tratamiento diurno en una casa ubicada en un pueblo cercano. El programa

atendía a 30 personas internadas cuyas discapacidades eran consideradas las más graves. El Dr. Rossetto señaló que estos individuos estaban logrando un inmenso progreso, producto de la atención más individualizada que recibían con el programa. Para julio de 2007 se habían creado cinco hospitales de día, uno de los cuales funciona en la localidad de Torres, un hostel y estaba prevista la creación de una segunda casa de externación. Entre 2004 y 2007 el número de camas de internación en los pabellones de la colonia se redujo de 961 a 864.¹¹¹

La falta de servicios de salud mental comunitarios impacta también en los individuos con discapacidades intelectuales. En general, ni las personas institucionalizadas, ni las personas con discapacidades intelectuales que residen en la comunidad, reciben la atención necesaria que les ayudaría a manejarse con independencia en la comunidad. Los miembros de la organización no gubernamental *Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad* (REDI) informaron que, a pesar de que el derecho a la salud está reconocido en Argentina, no está garantizado para las personas con discapacidades intelectuales.¹¹² No hay programas de intervención temprana en los

109 Entrevista con el personal del Pabellón 14/22 Hospital Borda, ciudad de Buenos Aires (25 de enero de 2006).

110 Entrevista con el Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004 y 17 de julio de 2007).

111 Entrevista con el Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (27 de septiembre de 2006 y 17 de julio de 2007).

112 Entrevista con la Lic. María Cristina Prado y Lic. Ana María Dones, miembros de Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI) (31 de mayo de 2004).

hospitales públicos y los niños con discapacidades intelectuales no reciben terapia adecuada a una edad temprana. En general, los profesionales no son entrenados para diagnosticar las discapacidades intelectuales y las universidades, en su mayoría, no tienen un cuerpo docente especializado en el trato de los niños con discapacidades intelectuales.¹¹³ La carencia de programas de intervención temprana y de otros tipos de apoyo especializado en la comunidad disminuye radicalmente las posibilidades de que los niños con discapacidades intelectuales se vuelvan miembros activos de la sociedad.

B. El derecho a la integración en la comunidad

Existe un creciente consenso a nivel mundial, de que la inmensa mayoría de las personas con discapacidades mentales —incluyendo a las personas con discapacidades psiquiátricas e intelectuales— puede vivir en la comunidad dada una adecuada provisión de sistemas de servicios y apoyo.¹¹⁴ El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de las Naciones Unidas (Relator Especial sobre el Derecho a la Salud), Paul Hunt, ha señalado que:

“Gracias al mejor conocimiento que se tiene de la discapacidad mental y a los nuevos

modelos de servicios y sistemas de apoyo comunitario, muchas personas con discapacidad mental, antes condenadas a vivir encerradas en instituciones, han demostrado que pueden llevar una vida plena y útil dentro de la comunidad. Personas que antes eran incapaces de tomar decisiones de manera autónoma han echado por tierra los estereotipos, mostrando que son capaces de vivir de manera independiente cuando cuentan con las debidas salvaguardias jurídicas y con servicios de apoyo apropiados. Además, muchas personas a las que antes se consideraba permanente o inherentemente limitadas después de un diagnóstico de grave trastorno mental han demostrado que la recuperación total es posible”.¹¹⁵

Estas ideas se han arraigado en América y han sido apoyadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En 1990, la OPS organizó una conferencia regional sobre la reestructuración del cuidado psiquiátrico en América Latina, que reunió a legisladores, autoridades de la salud, profesionales de salud mental, juristas y activistas de organizaciones no gubernamentales. La conferencia adoptó la Declaración de Caracas, que instó a todos los gobiernos a reestructurar la atención en salud mental para promover “modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales”.¹¹⁶ La Declaración de Caracas determinó:

“Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:

- .(a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social;
- .(b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo;
- .(c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental;

113 Ídem. La Universidad de Buenos Aires, por ejemplo, sí capacita a los profesionales para tratar estos casos.

114 OMS, Informe de la Salud Mundial, págs. 89-91 (2001).

115 Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud

física y mental, Sr. Paul Hunt, Comisión de Derechos Humanos, 61º período de sesiones, Tema 10, ONU

14 **Vidas Arrasadas**

(d) impartir una enseñanza insuficiente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores”.¹¹⁷

El modelo de atención ubicado en la comunidad, durante las últimas décadas, ha pasado a ser reconocido como un derecho básico de las personas con discapacidades a la integración comunitaria y no sólo como una buena práctica médica. Al mismo tiempo, se ha reconocido que la negación de este derecho constituye un acto de discriminación.

Ya en 1971, las Naciones Unidas adoptaron la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental para promover la integración de las personas con discapacidades intelectuales “en la mayor medida posible” en la vida cotidiana de sus comunidades.¹¹⁸ En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas afirmó que “[t]oda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad”.¹¹⁹ El propósito de la Convención Interamericana sobre Discapacidad, la cual entró en vigor en 2001, es promover la integración plena de las personas con discapacidades a la sociedad.¹²⁰ La Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual, adoptada en 2004, afirma que “[e]n el contexto de las personas con discapacidades intelectuales, el derecho a la salud debe ejercerse asegurando la inclusión social”.¹²¹ Más recientemente, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2006, señala que cada uno de los Estados parte debe tomar “medidas efectivas y pertinentes” que promuevan “el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad”.¹²²

La Convención Interamericana sobre Discapacidad define la discriminación contra cualquier persona con discapacidades como “toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales”.¹²³ Para poder lograr los objetivos de la Convención de erradicar la discriminación contra las personas con discapacidades “y promover su integración completa en la sociedad”,¹²⁴ los Estados parte deben comprometerse a colaborar en el desarrollo de “medios y recursos diseñados a facilitar o promover la vida independiente, autosuficiencia e integración total, en condiciones de igualdad, a la sociedad de las personas con discapacidad”.¹²⁵

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad requiere que los Estados parte tomen “medidas efectivas y pertinentes” que promuevan “el pleno goce de este

117 Ídem. nota introductoria 2.

118 La Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, A.G. Res. 2856, U.N. GAOR, 26ª Ses., Sup. No. 29,

pág. 93, ONU Doc. A/8429 (1971).

119 Principios de Salud Mental, supra, principio 3.

120 Convención Interamericana sobre Discapacidad, supra, art. II.

121 Declaración de Montreal, supra, párr. 4.

122 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, supra, art. 19.

123 Convención Interamericana sobre Discapacidad, supra, art. I. 2. a).

124 Ídem. art. II.

125 Ídem. art. IV. 2. b).

derecho por parte de las personas con discapacidad y la plena inclusión y participación en la

comunidad” de las personas con discapacidades, incluyendo que se garantice que: “a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico; b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta; c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en

126

cuenta sus necesidades”.

En la Observación General Nº 5, el Comité de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales de la ONU recomienda que para proteger a las personas con discapacidad contra la discriminación, los Estados deben adoptar políticas y legislación que “permitirían que las personas con discapacidad pudieran llevar una vida integrada, independiente y de libre determinación”.¹²⁷ Citando al Programa de Acción Mundial para los Impedidos, la Observación General Nº 5 establece que:

“Las medidas contra la discriminación deberían basarse en el principio de la igualdad de derechos para las personas con discapacidad y para las personas que no tienen discapacidad”, que, según se dice en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos, “significa que las necesidades de todo individuo son de la misma importancia, que estas necesidades deben constituir la base de la planificación de las sociedades, y que todos los recursos deben emplearse de tal manera que garanticen una oportunidad igual de participación a cada individuo. Las políticas en materia de incapacidad deben asegurar el acceso de los impedidos a todos los servicios de la comunidad”.¹²⁸

El Relator Especial del Derecho a la Salud de las Naciones Unidas ha reconocido que, “Toda decisión de aislar o segregar a las personas con discapacidad mental, incluido el internamiento innecesario, es por esencia, discriminatoria y contraria al derecho a integrarse en la comunidad previsto en las normas

internacionales”.¹²⁹

Para evitar tal discriminación, “los Estados deben adoptar medidas para asegurar una serie completa de servicios de atención y apoyo a la salud mental dentro de la comunidad que sean propicios para la salud, la dignidad y la integración”.¹³⁰

126 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, supra. art. 19. 127 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 5, 11ª Ses., Sup. N° 2, ONU Doc. E/C.12/1994/13 (1994) [en adelante Observación General N° 5], párr. 16. 128 Ídem. párr. 17. 129 Informe del Relator Especial, supra, párr. 54. 130 Ídem. párr. 43. El Relator Especial Paul Hunt, describe que la “serie completa” de los servicios de salud mental dentro de la comunidad incluye “medicación, psicoterapia, servicios ambulatorios, atención hospitalaria para casos agudos, instituciones residenciales, rehabilitación para personas con discapacidad psiquiátrica, programas destinados a lograr un grado máximo de independencia y aptitud para las personas con discapacidad intelectual, apoyo en materia de vivienda y empleo, sostenimiento de los ingresos, educación completa y apropiada para los niños con discapacidad intelectual, y asistencia temporal a las familias que atienden día y noche a las personas con discapacidad mental. De esta manera se podrá evitar su colocación innecesaria en instituciones (...) Las personas

16 **Vidas Arrasadas**

C. Una oportunidad perdida

Recientemente, el gobierno de la ciudad de Buenos Aires parece haber perdido una gran oportunidad para frenar las acciones discriminatorias e invertir en la creación de servicios de salud mental ubicados en la comunidad.

Durante un período de transición hacia servicios basados en la comunidad, se necesita de un financiamiento adicional sustancial para mantener los servicios existentes a la vez que se están creando los servicios y apoyos comunitarios necesarios. El Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, informó a los investigadores que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) estaba suministrando al gobierno de la ciudad de Buenos Aires un préstamo de más de 40 millones de pesos (aproximadamente U\$S 14 millones) para restaurar y reequipar cuatro grandes hospitales de salud mental de la ciudad, pero que no contemplaba asignación alguna para la creación de servicios en la comunidad.¹³¹ El dinero del préstamo del BID equivalía, al momento de su aprobación durante 2004, a más del 60 por ciento al presupuesto anual de salud mental de la ciudad (aproximadamente 68 millones de pesos).¹³²

III. Condiciones inadecuadas y abusos en las instituciones

Durante el curso de la investigación se documentó un amplio rango de condiciones inadecuadas de detención y abusos respecto a las personas con discapacidades mentales en

las instituciones psiquiátricas en Argentina. Estos abusos violan el derecho a la vida, a la integridad personal, a la libertad, a la salud y a la rehabilitación.

Muertes en las instituciones A.

Durante la visita de diciembre de 2004 al Hospital Cabred, los administradores del hospital informaron que los índices de muertes eran cuatro veces mayores en los meses de invierno que en los meses de verano. El Director del hospital, Dr. Leo Zavattaro, informó que, en promedio, unas 70 personas hospitalizadas en el Hospital Cabred morían cada año.¹³³ El Dr. Zavattaro afirmó

con discapacidad intelectual necesitan a menudo servicios de apoyo especializados y adaptados a sus necesidades individuales. Entre ellos cabe mencionar los relacionados con la habilitación, la logopedia, la ergoterapia, la fisioterapia y la terapia del comportamiento... También es fundamental prestar apoyo a las familias de las personas que padecen grave discapacidad intelectual, dada la pesada carga que pueden suponer para ellas los cuidados y la ayuda a esos pacientes. Para algunos de éstos y sus familias, el acceso a una pequeña residencia comunitaria abierta, dotada de personal estable y servicios de apoyo especializados puede ofrecer un entorno adecuado” (Ídem. párra. 81). 131 Entrevista con el Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (2 de junio de 2004). El Dr. Soriano dio el ejemplo del Hospital Borda, con 1000 camas. Bajo la nueva estructura del Borda, explicó, habrían 350 camas para una hospitalización máxima de 90 días; 270 camas para adultos mayores (mayores de 60 años); 200 camas para hospitalizaciones mayores a 90 días; 90 camas para rehabilitación y reinserción social; y 180 camas que servirían para alojamiento protegido de pacientes crónicos que no tienen donde vivir y trabajan en el hospital. 132 Ídem. 133 Entrevista con el Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, Open Door, provincia de Buenos Aires (11 de diciembre de 2004).

que el 99 por ciento de las muertes se debía a la avanzada edad de las personas internadas, siendo otras causas de fallecimiento los ataques cardíacos y las muertes súbitas entre los jóvenes.¹³⁴ Sin embargo, en promedio, durante el invierno fallecían aproximadamente dos personas por semana, mientras que en el verano fallecía una persona cada dos semanas.¹³⁵ Estas estadísticas sugieren que las muertes ocurridas durante el invierno no se debían a la “vejez” sino a la falta de calefacción o a enfermedades contagiosas transmitidas en ambientes fríos. El Dr. Zavattaro informó que respecto de estas muertes no se suelen llevar a cabo autopsias.¹³⁶ Durante la visita realizada en julio de 2007 el Dr. Zavattaro informó que el número de fallecimientos había disminuido, aunque no pudo precisar en qué porcentaje.¹³⁷

En este mismo hospital, según información periodística, tres personas fueron encontradas muertas en el hospital y sus alrededores, durante los seis primeros meses de 2005.¹³⁸ El primer cuerpo fue hallado en los bosques que rodean al hospital el 25 de enero de 2005 y el segundo fue encontrado el 15 de febrero de 2005 en un campo perteneciente al predio del hospital.¹³⁹ El tercer cuerpo fue descubierto en un almacén abandonado dentro del hospital, vestido en su pijama y descalzo.¹⁴⁰ En este último caso, la policía determinó que el individuo habría muerto de cinco a diez días antes del hallazgo del cuerpo.¹⁴¹

Si bien en 2005, los administradores del Hospital Cabred informaron que se estaban llevando a cabo investigaciones judiciales con relación a estas muertes sospechosas ocurridas en el 2005; durante la visita a la institución de julio de 2007 el Dr. Zavattaro informó a los investigadores que desconocía el curso que habían seguido las investigaciones judiciales y que no se habían iniciado sumarios administrativos.¹⁴²

En el Hospital Diego Alcorta, el ex Director Interino Dr. Abraham Stoliar, informó en 2004 que en los últimos cinco años, cuatro personas detenidas en las celdas de aislamiento habían fallecido.¹⁴³ El personal del hospital informó a los investigadores en el año 2000, un individuo que había sido enviado a la institución por un juez como una forma de castigo —a pesar de que no padecía de ninguna enfermedad mental—, falleció en una celda de aislamiento luego de haber prendido fuego a su colchón.¹⁴⁴ Ocho meses después, un segundo individuo que fue enviado al

134 Ídem.

135 Ídem.

136 Ídem.

137 Entrevista con el Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, Open Door, provincia de Buenos Aires (25 de julio de 2007).

138 La Nación online, 15 de junio de 2005, “Encuentran un cadáver en un neuropsiquiátrico de Open Door: El cuerpo fue hallado en un galpón abandonado de la Colonia Cabred; es el tercer caso de este tipo en lo que va del

año”, disponible en <http://www.lanacion.com.ar/713116>.

139 Ídem.

140 Ídem.

141 Ídem.

142 Entrevista con el Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, Open Door, provincia de Buenos Aires (25 de julio de 2007).

143 Entrevista con el Dr. Abraham Stoliar, ex Director Interino, Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del

Esteros (6 de diciembre de 2004).

144 Ídem.

18 **Vidas Arrasadas**

hospital por problemas de adicción a las drogas murió incendiado por las llamas en una celda de aislamiento.¹⁴⁵ En 2001, un tercer individuo que estaba en un estado de gran excitación fue puesto en una celda de aislamiento y posteriormente fue encontrado muerto; la causa de esta muerte nunca fue esclarecida.¹⁴⁶ En 2003, una cuarta persona murió en un incendio en una celda de aislamiento.¹⁴⁷ Ninguna de estas muertes fue investigada completamente ni se determinaron responsabilidades por las circunstancias sospechosas en que ocurrieron. Por lo demás, ninguna autoridad asumió su responsabilidad.¹⁴⁸

En el Hospital Moyano, los administradores y el personal informaron que en 1991, durante un lapso de un mes y medio, 32 mujeres internadas habían muerto por

malnutrición. Si bien en el período 1991-1992 —durante una intervención previa al hospital—, se había iniciado una investigación por estas muertes, los investigadores constataron que, pasados varios años, nadie había sido sancionado, y la administración que dirigía el Hospital Moyano antes de su intervención había regresado a la dirección en 1992.¹⁴⁹

Estas muertes apuntan hacia un perturbador patrón de abuso, negligencia, y una falta de responsabilidad. Los individuos que se encuentran bajo custodia estatal —teóricamente para lograr una adecuada atención de su salud—, no están recibiendo el cuidado personalizado ni la protección que les corresponde. Al no investigar y documentar las causas de las muertes en instituciones, se vuelve imposible que se tomen medidas que prevendrían estos tipos de decesos en el futuro.

Según la Convención Americana esta ausencia de protección viola el derecho a la vida.¹⁵⁰ La Corte Interamericana de Derechos Humanos (la Corte Interamericana) ha interpretado el derecho a la vida de manera amplia, reconociendo el deber del Estado no sólo de abstenerse de privar arbitrariamente a un individuo de su vida, sino también de tomar medidas positivas para garantizar la vida y las oportunidades de vida. La Corte Interamericana ha determinado que, mientras una persona se encuentre bajo custodia estatal, el Estado es el “garante” del derecho a la vida.¹⁵¹

145 Ídem. 146 Ídem. 147 Ídem. 148 Ídem. 149 Entrevista con los administradores y el personal del Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006). 150 El derecho a la vida ha sido reconocido como uno de los derechos humanos más fundamentales, y como “el derecho supremo respecto del cual no se autoriza suspensión alguna, ni siquiera en situaciones excepcionales que pongan en peligro la vida de la nación”. Comité de Derechos Humanos, Observación General N° 6, El derecho a la vida, Artículo 6, Ses. 16, 1982, O.N.U. Doc. HRI\GEN\1\Rev.1 en 6 (1994) párr. 1. El derecho a la vida es garantizado en el artículo 4 de la Convención Americana (“toda persona tiene derecho a que se respete su vida”) y el artículo 6 del PIDCP (“el derecho a la vida es inherente a la persona humana”), entre otros instrumentos internacionales. 151 Ver, entre otros, Corte I.D.H., Caso Neira Alegría, Sentencia de 19 de enero de 1995 (Ser. C) No. 20, párr. 60. La Corte Interamericana ha decidido que el Estado tiene la responsabilidad suprema de garantizar el derecho a la vida de aquellas personas que se encuentren detenidas o internadas. El fracaso del Estado en proteger las vidas de las personas bajo su custodia y llevar adelante investigaciones completas e independientes sobre las muertes envía un mensaje a las autoridades de que no serán consideradas responsables por la violación del derecho a la vida de las personas institucionalizadas. Por otra parte, sin investigaciones completas, es difícil formular medidas efectivas para proteger a las personas de futuras muertes prevenibles. En palabras de la Corte Interamericana: “...el Estado, como

B. Uso peligroso de las celdas de aislamiento

Otro problema que constataron los investigadores es el uso inadecuado y prolongado de las celdas de aislamiento sin supervisión suficiente por parte del personal, lo que representa un grave riesgo para el derecho a la vida y la integridad física de las personas institucionalizadas.¹⁵²

En la Unidad 20 los investigadores documentaron —durante las visitas en 2004, 2005 y 2006— el uso de celdas de aislamiento minúsculas, desiertas y sumamente

calurosas. Los investigadores encontraron personas encerradas, desnudas, en celdas de aislamiento que medían aproximadamente metro y medio por dos metros cuadrados.¹⁵³ Durante la visita de junio de 2004, el personal reportó que estas personas habían estado encerradas en estas celdas por períodos que iban desde diez días a más de un año; un hombre informó que estaba encerrado en una celda de aislamiento desde noviembre de 2003.¹⁵⁴ Otro hombre había sido detenido en una celda de aislamiento durante tres meses debido a un intento de suicidio.¹⁵⁵

Estas celdas carecían de agua corriente y de baños.¹⁵⁶ A los detenidos se les otorgaban botellas de plástico en las cuales debían orinar, pues no tenían acceso a baños.¹⁵⁷ El personal informó que los detenidos eran desnudados para “prevenir el suicidio” y que esta detención en aislamiento era usada “para observación de los pacientes”.¹⁵⁸ Las celdas de aislamiento carecían de luz natural, no tenían ventilación y la supuesta “observación” sólo hubiera sido posible a través de una minúscula mirilla en la puerta.¹⁵⁹ No había personal asignado al área de estas celdas, lo que hacía que una observación periódica fuera imposible.¹⁶⁰ El personal entrevistado justificó esta detención aislada como “necesaria” para determinar el estatus de los detenidos nuevos antes de ubicarlos en celdas comunes con otros.¹⁶¹ De hecho, la incapacidad del personal para observar las condiciones en las celdas volvía imposible llevar a cabo las evaluaciones cercanas necesarias para determinar qué medidas eran adecuadas para proteger a los otros detenidos. A raíz de diferentes

responsable de los establecimientos de detención, es el garante de estos derechos de los detenidos, lo cual implica, entre otras cosas, que le corresponde explicar lo que suceda a las personas que se encuentran bajo su custodia. Las autoridades estatales ejercen un control total sobre la persona que se encuentra sujeta a su custodia. La forma en que se trata a un detenido debe estar sujeta al escrutinio más estricto, tomando en cuenta la especial vulnerabilidad de aquél”. (Corte I.D.H., Caso Walter Bulacio, Sentencia de 18 de septiembre de 2003, párr.126).

152 Este riesgo es evidente en el Hospital Diego Alcorta donde, a partir de la información documentada, en un plazo de tres años, cuatro personas murieron mientras estaban detenidas en las celdas de aislamiento: tres personas fallecieron incendiadas y una cuarta murió por causas aún desconocidas. Véase el punto “Muertes en las instituciones”, capítulo III, parte A.

153 Observaciones de los investigadores durante las visitas a la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio y 10 de diciembre de 2004; 29 de junio de 2005 y 29 de agosto de 2006).

154 Entrevistas con el personal en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

155 Ídem.

156 Observaciones durante las visitas a la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio y 10 de diciembre de 2004; 29 de junio de 2005 y 29 de agosto de 2006).

157 Ídem.

158 Entrevistas con el personal en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

159 Observaciones de los investigadores durante las visitas a la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio y 10 de diciembre de 2004; 29 de junio de 2005 y 29 de agosto de 2006).

160 Ídem.

161 Entrevistas con el personal en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

20 **Vidas Arrasadas**

acciones llevadas a cabo por las organizaciones firmantes, el uso de las celdas de aislamiento en la Unidad 20 está en proceso de reforma.¹⁶²

Los investigadores también pudieron observar un uso inadecuado de las celdas de aislamiento en la Unidad 27. Según el personal, las celdas se utilizaban durante dos días como máximo. Sin embargo, durante la visita de 2004 pudo constatarse que había dos mujeres detenidas en estas celdas, una de las cuales había estado allí por más de un año por orden judicial porque se consideraba que era un peligro para sí misma y para terceros. La otra había estado detenida allí un año y medio por dificultades en su trato con las otras personas.¹⁶³

En la Colonia Montes de Oca, también en 2004, el personal informó a los investigadores que las personas eran encerradas en las celdas de aislamiento por varios días consecutivos.¹⁶⁴ Algunos psiquiatras de la institución defendieron el uso de las celdas de aislamiento y señalaron que, a veces, las celdas son usadas porque no hay suficiente personal.¹⁶⁵ Se pudo corroborar la carencia de suficiente personal: en varios de los pabellones sólo había uno o dos empleados de turno para atender a un rango de 80 a 100 personas institucionalizadas.¹⁶⁶ Al regresar en julio de 2007, los investigadores pudieron constatar que las celdas de aislamiento habían sido desmanteladas.¹⁶⁷

El uso inadecuado y prolongado de celdas de aislamiento sin supervisión suficiente constituye una violación al derecho de las personas a no ser sometidas a un “trato cruel, inhumano o degradante”.¹⁶⁸

La reclusión involuntaria prolongada y la privación sensorial —la restricción total o parcial de estímulos de uno o más de los sentidos— puede exacerbar síntomas psiquiátricos o inducir daño psiquiátrico severo, incluyendo, una agitación profunda, ansiedad extrema, ataques de pánico, depresión, pensamientos desorganizados y un desorden de personalidad antisocial. El daño

162 Durante el curso de la investigación, además de las reiteradas visitas a las unidades, las organizaciones firmantes han tenido reuniones con las autoridades del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, han enviado un informe al Ministerio remarcando las graves violaciones observadas y han publicado información sobre la situación en medios de prensa. 163 Observaciones de los investigadores durante la visita a la Unidad 27, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004). 164 Entrevista con el personal de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004). 165 Ídem. 166 Observaciones de la visita a la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004). En septiembre del 2006, el Lic. Jorge Rossetto reportó que en la Colonia se estaban dejando de utilizar las celdas de aislamiento. Entrevista con el

Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, ciudad de Buenos Aires (27 de septiembre de 2006). 167 Observaciones de las visitas a la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004 y 17 de julio de 2007). 168 Convención Americana, *supra*, art. 5 (2). La Corte Interamericana ha determinado que aislar a un individuo “en una celda minúscula sin luz natural” constituye un trato cruel, inhumano o degradante. (Corte I.D.H., Caso Loayza Tomayo, Sentencia de 17 de septiembre de 1997 (Ser. C) No. 33, párr. 58). Los Principios de Salud Mental afirman que cualquier restricción física o reclusión involuntaria deberá ser utilizada únicamente “cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Estas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar este propósito” (Principios de Salud Mental, *supra*, principio 11 (11)). causado por aislamiento y privación sensorial “puede resultar en una discapacidad psiquiátrica prolongada o permanente, incluyendo deterioros que pueden reducir seriamente la capacidad [de la persona] a reintegrarse a la comunidad después de que haya sido puesta en libertad...”.¹⁶⁹ Más aún, la restricción y la reclusión nunca deberán ser usadas para disciplinar o coaccionar, por ser convenientes para el personal, o por falta de personal suficiente o de tratamiento activo.¹⁷⁰

Los Principios de Salud Mental requieren que todas las instancias de restricción y reclusión sean documentadas en la historia clínica del paciente, junto con las razones, la naturaleza y el alcance de su uso.¹⁷¹ Llevar historias clínicas detalladas de las personas detenidas en las instituciones psiquiátricas permitirá la supervisión del uso de la reclusión y restricción, así como la implementación de salvaguardas esenciales. Argentina no posee legislación que regule específicamente los temas de la reclusión y restricción, y durante las visitas realizadas en el curso de la investigación se evidenció la falta de respeto a los estándares internacionales en el uso de estas prácticas.¹⁷²

C. Violencia física y sexual

Durante las visitas a la Unidad 20, los hombres detenidos informaron a los investigadores sobre varias situaciones de abuso físico y sexual, incluyendo violaciones sexuales, palizas y otros tipos de violencia física. Dos hombres detenidos informaron haber sido ultrajados sexualmente cuando, al ser detenidos, fueron alojados en las celdas de aislamiento.¹⁷³ Una de las personas también denunció haber sido violado por un guardia y que varios guardias le habían obligado a desfilarse en ropa interior femenina y a actuar de manera afeminada para ellos.¹⁷⁴ Durante la visita de

169 Stuart Grassian, M.D., “Psychiatric Effects of Solitary Confinement” [“Los Efectos Psiquiátricos de la Reclusión Solitaria”], disponible en http://www.prisoncommission.org/statements/grassian_stuart_long.pdf, pág.

170 Cf., Stuart Grassian, Nancy Friedman, “Effects of Sensory Deprivation in Psychiatric Seclusion and Solitary Confinement” [“Los Efectos de la Deprivación Sensorial en la Reclusión Psiquiátrica y la Reclusión Solitaria”], en *International Journal of Law and Psychiatry*, 8, 49-65 (1986); Wanda K. Mohr, et al., *Adverse Effects Associated with Physical Restraint* [Los Efectos Adversos Asociados con la Restricción Física], en *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, N° 5 (2003). Para una referencia sobre las pautas en el uso de la reclusión y las restricciones físicas, véase, OMS, *Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders* [Pautas para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos

Mentales], at vi, WHO/MNH/MND/95.4 (1996) pp. 26-27. Véase también National Association of State Mental Health Program Directors, Position Statement on Seclusion and Restraint [Declaración de Posición sobre el uso de la Reclusión y las Restricciones Físicas] (visitado el 19 de octubre de 2005) en http://www.nasmhpd.org/general_files/position_statement/posses1.htm (la traducción nos pertenece). 170 National Association of State Mental Health Program Directors, Position Statement on Seclusion and Restraint [Declaración de Posición sobre el uso de la Reclusión y las Restricciones Físicas] (visitado el 19 de octubre de 2005), disponible en http://www.nasmhpd.org/general_files/position_statement/posses1.htm. “Tratamiento activo”, como concepto de salud mental, se refiere a: un esfuerzo organizado y agresivo para maximizar el desarrollo potencial de cada cliente. Requiere un integrado plan de servicios dirigido a alcanzar objetivos mensurables de comportamiento. Requiere un ambiente que acerque la vida diaria a la vida en sociedad. La meta es el desarrollo de las habilidades, comportamientos y actitudes esenciales para la vida independiente en la sociedad contemporánea. Michael True, An Introduction to Active Treatment [Una Introducción al Tratamiento Activo] (2005), disponible en <http://www.ilresources.com/ACTreat1NR.htm> [en adelante True] (el destacado nos pertenece). 171 Principios de Salud Mental, supra, principio 11 (11). 172 Véase Alfredo Kraut, Los Derechos de los Pacientes, Editorial Abeledo-Perrot, Argentina, (1997), pág. 356. 173 Entrevistas con personas detenidas en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004). 174 Ídem.

22 **Vidas Arrasadas**

junio de 2004, los investigadores observaron en varias personas, marcas de haber sido golpeadas en las espaldas y torsos.¹⁷⁵ Estas personas informaron que habían sido golpeadas por el personal.¹⁷⁶ Varios de los detenidos señalaron que los guardias los forzaban a ducharse con agua helada, mientras los golpeaban con sus porras u otros instrumentos de contusión.¹⁷⁷ Un hombre que tenía varios puntos de sutura en su cabeza informó que había sido apaleado por un guardia.¹⁷⁸

En el Hospital Moyano los investigadores recibieron informes de abuso sexual perpetrado por el personal contra las mujeres institucionalizadas. Una mujer compartió su historia con los investigadores:

“Esto me pasó en el 2002 cuando se me ofreció trabajo en la cocina. Se me indicó que iba a trabajar como ayudante de cocina y que se me iba a pagar por los días feriados y fines de semana. Iba a cobrar de parte de la cooperadora del hospital. No tenía para comprar jabón, toallas higiénicas, papel higiénico, ni champú ni nada y me pareció bueno entrar y trabajar. La primera semana fue todo bien. La segunda semana también. La tercera semana mi supervisor me cerró la puerta y me dice “Ahora vamos a tener sexo”. Yo dije que no, que cómo íbamos a tener sexo. Me dijo que si no teníamos sexo no me iba a seguir dando trabajo. Esto pasó entre el 2002 y 2003. En el 2003 lo denuncié porque no aguantaba más. No entendía por qué tenía que tener sexo con ellos. Era un uso deshonesto de mi cuerpo. También tenía que tener relaciones sexuales con su hermano y con otro hermano que trabajaba de mantenimiento en el pabellón. De allí trajeron a otro hombre de afuera [del hospital]. Me hacían violaciones entre los cuatro”.¹⁷⁹

El Hospital Moyano fue intervenido en diciembre de 2005 luego de que se realizaran graves denuncias públicas sobre violaciones a los derechos humanos de las mujeres internadas. Entre ellas: coerción por parte del personal para que algunas mujeres ejercieran la prostitución; experimentación con las mujeres para probar nuevos usos de fármacos existentes; violaciones sexuales a las mujeres presuntamente cometidas por

personal del hospital; y mujeres que murieron por desnutrición.

Estas denuncias se encuentran en proceso de investigación judicial. El Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires desconocía el curso que habían seguido estas investigaciones.¹⁸⁰

El Dr. Luis Osvaldo Mazzarella, funcionario integrante del equipo a cargo de la intervención del Hospital Moyano en 2005, informó a los investigadores que había recibido una denuncia de abuso sexual de una mujer institucionalizada. El Dr. Mazzarella dijo que ésta había sido violada por dos miembros del personal pero luego el hecho fue desmentido.¹⁸¹ El personal acusado inventó

175 Observaciones de los investigadores durante la visita a la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

176 Entrevistas con las personas detenidas en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

177 Ídem.

178 Ídem.

179 Entrevista con una mujer internada en el Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

180 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, supra (18 de julio de 2007).

181 Entrevista con el Dr. Luis Osvaldo Mazzarella, funcionario de la intervención del Hospital Moyano, ciudad de

que la violación había sido el resultado de una pelea entre dos mujeres. El Dr. Mazzarella informó a los investigadores que la mujer abusada, en su momento, había sido transferida a la Unidad 27 “para que no hablara”.¹⁸² Luego se la había vuelto a trasladar de regreso al hospital pero había continuado recibiendo amenazas de represalias.¹⁸³

Varios artículos periodísticos y medios televisivos informaron sobre denuncias de prostitución de las mujeres institucionalizadas en el Hospital Moyano por parte del personal.¹⁸⁴ Los investigadores no pudieron documentar directamente tales abusos. Una mujer dijo que sabía que otras habían sido prostitutas, diciendo: “Tienen miedo de hablar”.¹⁸⁵ También remarcó que algunas mujeres eran prostitutas o se prostituían con el personal.

“El que maneja la ambulancia... engancha a las pacientes para prostituirlas. Les da plata,

cinco pesos y tiene sexo con las pacientes... Conozco siete mujeres que están prostitutas.

Una paciente del pabellón quedó embarazada de un hombre de plomería... A las mujeres

que fuman, que necesitan [dinero] para fumar les pagan cinco pesos por el sexo oral”.¹⁸⁶

En el Hospital Diego Alcorta, en diciembre de 2004, los investigadores observaron a dos mujeres en etapas avanzadas de embarazo. Mediante el registro de sus historias clínicas resultaba evidente que ambas habían quedado encintas luego de haber sido internadas en el hospital. Frente a las preguntas de los investigadores un empleado comentó en tono irónico que el tamaño del vientre de una de las dos mujeres se debía a que “tomaba mucho agua”.¹⁸⁷ Cuando los investigadores regresaron en septiembre de 2006, una de las mujeres que había estado embarazada en diciembre de 2004 se estaba recuperando de una cesárea que había tenido lugar el día anterior. La Dra. Marta Mocchi, Directora del hospital, informó a los investigadores que ella misma había ordenado que le hicieran una ligadura de trompas “porque [la paciente] era promiscua”.¹⁸⁸

En el Hospital Cabred, el director informó que tres enfermeros habían sido recientemente transferidos a otros hospitales como “castigo” por haber cometido abusos. Aunque los empleados no habían sido despedidos, el director afirmó que era la primera vez que se tomaban medidas en contra del personal, a pesar de la oposición del gremio.¹⁸⁹ Durante la visita de julio de 2007 el director informó que no habían existido nuevas denuncias contra el personal.¹⁹⁰ Sin embargo uno

Buenos Aires (23 de enero del 2006).

182 Ídem.

183 Ídem.

184 Diario Clarín, 20 de diciembre de 2005, “Intervienen el hospital Moyano y relevan a su director”.

185 Entrevista con una mujer internada en el Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

186 Ídem.

187 Observaciones de los investigadores durante la visita al Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del

Estero (7 de diciembre de 2004).

188 Entrevista con la Dra. Marta Mocchi, Directora del Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del Estero

(29 de septiembre de 2006). CELS y MDRI enviaron un informe denunciando ésta y otras graves situaciones al

Gobernador de la provincia de Santiago del Estero con copia al Ministro de Salud de la Nación y al Subsecretario de

Derechos Humanos de la provincia el 22 de diciembre de 2006. A la fecha no hemos recibido respuesta.

189 Entrevista con el Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, Open Door, provincia de Buenos Aires (11 de diciembre de 2004). Es importante advertir que transferir

personal de una institución a otra, en principio, no implica sanción alguna y que, por otra parte, conlleva el riesgo de

que hechos similares se repitan en la otra institución.

190 Entrevista con el Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred,

24 **Vidas Arrasadas**

de los hombres internados contó que en varias oportunidades los enfermeros les pegan

cuando “alguno se altera”. Dijo que, para ello, les aplican “nudos”, es decir, los ahorcan con paños o tela de ropa, para dejarlos sin aire y “calmarlos”. Relató que ocho meses antes de la visita un hombre había muerto dentro del servicio de Clínica Médica a raíz de un estrangulamiento con un nudo aplicado por un enfermero, con la ayuda de otras personas internadas.¹⁹¹

La existencia de abusos físicos y sexuales contra las personas institucionalizadas en instituciones neuropsiquiátricas estatales es innegable, y constituye una violación de la Convención Americana y el PIDCP, normas que establecen que ninguna persona deberá ser sometida a torturas ni a un trato ni a castigos crueles, inhumanos o degradantes.¹⁹² El Estado argentino carece de mecanismos efectivos para proteger a las personas internadas, bajo su custodia, de estos abusos, y esta carencia implica que no cumple con su obligación de prevenir las violaciones de derechos humanos, ni con su obligación de investigar y sancionar a los responsables.¹⁹³

D. Condiciones peligrosas

Durante las visitas realizadas a varias instituciones, se documentaron condiciones peligrosas que violan los derechos a la salud y a la integridad física, mental y moral de las personas internadas. Estas condiciones incluyen la falta de atención médica adecuada y lugares de detención antihigiénicos e inseguros.

1. Falta de atención médica

La falta de atención médica constituye una preocupación sumamente grave en varias de las instituciones visitadas. Tanto en la Unidad 20 como en los hospitales Diego Alcorta, Moyano y Borda los investigadores observaron gran número de personas institucionalizadas con heridas abiertas o en estado de infección avanzada, dientes faltantes y algunos con extremidades con gangrena.

Durante la visita a la provincia de Santiago del Estero, en diciembre de 2004, Digna Ledesma, una mujer que había estado institucionalizada durante los últimos 24 años en el Hospital

Open Door, provincia de Buenos Aires (25 de julio de 2007). 191 Entrevista con un hombre internado en el Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, Open Door, provincia de Buenos Aires (25 de julio de 2007). La denuncia no fue presentada y los investigadores no pudieron confirmarla con otras fuentes. 192 Convención Americana, supra, art. 5 (2), PIDCP, supra, art. 7. El Estado tiene la obligación de garantizar a todas las personas que se encuentran bajo custodia estatal “respeto a la dignidad inherente de la persona humana” (Convención Americana, supra, art. 5 (2). Principios de Salud Mental, supra, principio 1 (2)). De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estados deben adoptar todas las medidas que sean apropiadas para proteger a las personas con discapacidad de “todas las formas de explotación, violencia y abuso...” (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, supra, art. 16(1)). De igual manera, los Principios de Salud Mental establecen que los Estados tienen la obligación de

proteger a las personas con discapacidades mentales del abuso físico o sexual, de un trato degradante y de otras formas de explotación (Principios de Salud Mental, supra, principio 1 (3)). 193 Principios de Salud Mental, supra, principio 8 (2).

Diego Alcorta, falleció.¹⁹⁴ La información obtenida a través de las entrevistas indicó que la muerte de la Sra. Ledesma se habría debido a la extrema negligencia del personal del hospital, así como a actitudes discriminatorias del personal de otros hospitales de la zona.¹⁹⁵ De acuerdo con la Dra. Lucía Abdulajad, la médica tratante, la Sra. Ledesma había sido admitida en el Hospital Independencia el 3 de diciembre de 2004, malnutrida, sucia y en condición crítica.¹⁹⁶ La Dra. Abdulajad informó que la Sra. Ledesma había llegado al hospital sin una historia clínica completa, y con una infección del fémur de su pierna izquierda como consecuencia de una operación reciente que no había sido tratada ni higienizada adecuadamente.¹⁹⁷ La Dra. Abdulajad señaló que la pierna de la Sra. Ledesma aún tenía las costuras de la operación cerca de su cadera izquierda y que su pierna estaba descoyuntada.¹⁹⁸ El Dr. David Yanelli, ex Director del Hospital Diego Alcorta, informó que la pierna de la Sra. Ledesma se había fracturado en un accidente dentro del hospital, y que había tenido que esperar dos meses hasta ser atendida por cirujanos en el Hospital Regional.¹⁹⁹ La Sra. Ledesma falleció mientras era transportada en una ambulancia desde el Hospital Independencia hacia el Hospital Regional.²⁰⁰

Durante la visita de enero de 2006 al Hospital Moyano, una mujer internada narró a los investigadores que “otra paciente se venía quejando de dolores de cabeza pero no la atendían. Luego se supo que tenía un tumor pero nunca recibió atención”.²⁰¹

Los investigadores también recibieron informes de que en la Unidad 20, se les niega el tratamiento médico a las personas internadas.²⁰² En junio de 2004, un interno con VIH/SIDA informó que no estaba recibiendo medicamentos antirretrovirales. El médico que acompañaba a los investigadores a través de la unidad respondió, “No todas las personas que tienen VIH tienen que recibir antirretrovirales”. Lo que este profesional no respondió es si se le había practicado a la persona los exámenes necesarios para determinar la necesidad o no de la medicación.²⁰³ Durante la visita de junio de 2005, un detenido informó que durante cuatro días, mientras estuvo encerrado

194 Entrevista con la Dra. Lucía Abdulajad, médica tratante en el Hospital Independencia, provincia de Santiago del Estero (7 de diciembre de 2004). La historia clínica de la Sra. Ledesma indicó como fecha de admisión al Hospital Diego Alcorta el 29 de julio de 1980.

195 Ídem.

196 Ídem.

197 Ídem.

198 Ídem.

199 Entrevista con el Dr. David Yanelli, ex director del Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del Estero (7

de diciembre de 2004).

200 Entrevista con la Dra. Lucía Abduljad, médica tratante en el Hospital Independencia, provincia de Santiago del Estero (7 de diciembre de 2004).

201 Entrevista con una mujer internada en el Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

202 Entrevistas en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

203 Entrevistas con el personal de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004). Según la fase de infección de VIH, la terapia antirretroviral puede no ser necesaria. Véase, Organización Mundial de la Salud,

Scaling Up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings: Treatment guidelines for a public health approach [Graduación de la Terapia Antirretroviral en contextos de recursos limitados: Pautas de tratamiento para un acercamiento desde la salud pública] (2004), disponible en http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvrevision2003en.pdf (la traducción nos pertenece).

26 **Vidas Arrasadas**

en una celda de aislamiento, el personal no le suministró sus medicinas antirretrovirales, las cuales necesita para el VIH/SIDA.²⁰⁴

No proveer adecuada atención médica viola el derecho a la salud, garantizado por el artículo 42 de la Constitución Nacional Argentina,²⁰⁵ y los instrumentos internacionales ratificados por Argentina.²⁰⁶ Según la Convención Americana, el derecho a un trato humano incluye el derecho a que se respete la “integridad física, mental y moral” individual.²⁰⁷ La Comisión Interamericana ha afirmado que un Estado viola el derecho a la integridad física cuando le niega, a un individuo bajo su custodia, la atención médica.²⁰⁸

2. Condiciones antihigiénicas

Durante la visita al Hospital Diego Alcorta, en diciembre de 2004, la infraestructura de la institución se encontraba en un estado sumamente deteriorado y carecía de las mínimas

204 Entrevista con un detenido de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de junio de 2005). 205 Constitución Nacional, supra, art. 42. 206 El PIDESC remarca que los Estados parte del Pacto “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (PIDESC, supra, art. 12 (1)). Esto incluye la implementación de políticas que posibiliten igualdad de oportunidades para que todos se beneficien de los más altos niveles de salud alcanzables. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales —conocido como Protocolo de San Salvador—, también establece en el artículo 10 que todos tienen el derecho a obtener el “más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. Los gobiernos deben comprometerse a tomar las medidas que sean necesarias para garantizar el derecho a la salud y específicamente para satisfacer las necesidades de los grupos de población más vulnerables (cf. art. 10 (2) (f)). De acuerdo con el Protocolo de San Salvador, los Estados tienen la obligación de adoptar las medidas necesarias para asegurar “la plena efectividad” de los derechos garantizados allí (art. 1). Esta obligación incluye, donde sea necesario, el compromiso para crear legislación doméstica que permita la implementación completa de estos derechos (art. 2) (Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 17 de noviembre 1988, O.A.S.T.S. No. 69 (1988), 28 I.L.M. 156 (1989),

que entró en vigor el 16 de noviembre de 1999 [en adelante, Protocolo de San Salvador]. Argentina ratificó el Protocolo de San Salvador el 23 de octubre de 2003.) Los estándares internacionales que tratan específicamente sobre las personas con discapacidades refuerzan las obligaciones de los Estados a proveer atención médica a esta población, en condiciones de equidad. El Principio de Salud Mental 8 (1) señala que los gobiernos deben proveerles a los individuos con discapacidades mentales una atención médica y social de acuerdo con sus necesidades y en conformidad con los mismos estándares recibidos por otras personas enfermas (Principios de Salud Mental, supra, principio 8 (1)). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, al interpretar este derecho, afirmó que los Estados tienen una “específica y continua obligación a moverse lo más expedita y efectivamente posible hacia la plena realización” del derecho a la salud. Es importante tener en cuenta que, los problemas económicos de Argentina no son una excusa válida para que el gobierno deje de otorgar servicios de salud mental para el sector menos privilegiados de la población. Por el contrario, la obligación de los Estados de proteger a los grupos más vulnerables no disminuye sino que adquiere aún mayor importancia durante los períodos de adversidad económica. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 22ª Ses., ONU Doc. E/C.12/2000/4 (2000), párr. 31.) 207 Convención Americana, supra, art. 5 (1). 208 Corte I.D.H., Caso Cesti Hurtado, Sentencia de 26 de enero de 1999 (Ser. C) No. 49, párr. 7 (6). En el caso de Víctor Rosario Congo, la Comisión estableció que un Estado viola el derecho de un detenido a su integridad física, mental y moral, cuando lo ubica en una celda de aislamiento y le niega la atención médica apropiada, situación que es particularmente seria cuando el detenido tiene una enfermedad mental. CIDH, Caso 11.427, Informe 63/99, Víctor Rosario Congo (Ecuador), párr. 67-68, en Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1998, OEA/Ser.L/V/II.102, doc. 6 rev. (1999) [en adelante, caso Congo].

condiciones que garantizaran una higiene apropiada. Los baños de los pabellones masculinos estaban inutilizables: los inodoros rebalsaban con excrementos, los pisos estaban inundados con orina, los depósitos de agua de los baños estaban rotos, y las duchas no funcionaban. El hedor de los baños hacía que la atmósfera fuese prácticamente irrespirable. A raíz de esto muchos de las personas internadas preferían usar las áreas verdes y los pasillos de las instalaciones para defecar y orinar. Como consecuencia, los jardines, patios y áreas cercanas a las instalaciones del hospital estaban cubiertos de pilas de heces humanas y apestaban a orina.²⁰⁹ En los días siguientes a esta visita, las organizaciones firmantes enviaron una carta al Ministro de Salud Interino de la provincia describiendo las atroces condiciones observadas y solicitando que se tomaran acciones urgentes para remediar los graves peligros para la salud que tales condiciones representaban.

Los investigadores regresaron al Hospital Diego Alcorta en septiembre de 2006 y encontraron que los baños habían sido remodelados y que las condiciones higiénicas de la institución habían mejorado. Sin embargo, el personal manifestó que la institución había sido limpiada en profundidad expresamente para la visita de los investigadores y que, bajo condiciones normales, las instalaciones “nunca” estaban tan limpias.²¹⁰ Se pudo comprobar que los jardines de la institución aún apestaban a excremento y orina.²¹¹

Durante las visitas realizadas a la Unidad 20, los investigadores observaron que ésta no garantizaba a los detenidos las mínimas condiciones esenciales necesarias para una higiene apropiada. En junio de 2004, los detenidos informaron que no habían tenido agua para lavarse

o bañarse durante los últimos cinco días.²¹² Se constató la falta de agua caliente, jabón, toallas y accesorios de higiene personal. Se advirtió también una multitud de cucarachas

arrastrándose por las paredes, por los marcos de las puertas y por las celdas de aislamiento y las celdas comunes.²¹³ En septiembre de 2006 los investigadores pudieron observar que se estaban realizando reformas y que las nuevas celdas comunes contarían con un baño; sin embargo, para entonces muchos de los detenidos seguían alojados en celdas colectivas sin baños y se mantenían las dificultades para tener acceso a elementos indispensables de higiene personal.²¹⁴

No proveer a los individuos privados de libertad condiciones higiénicas y saludables también viola el derecho a la salud y el derecho a un tratamiento humano.²¹⁵ Además de lo que prevén los

209 Observaciones de los investigadores en el Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del Estero (6 y 7 de diciembre de 2004).

210 Entrevista con el personal del Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del Estero (29 de septiembre de 2006).

211 Observaciones de los investigadores en el Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del Estero (29 de septiembre de 2006).

212 Entrevistas con personas detenidas en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

213 Observaciones de los investigadores en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

214 Observaciones de los investigadores en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de agosto de 2006).

215 Según la Comisión Europea de Derechos Humanos la detención de una persona con una discapacidad mental en “condiciones terribles sin darse consideración alguna a su tratamiento” puede constituir un tratamiento inhumano

o degradante (Cf. Caso Congo, supra, párr. 66, n. 14, al citar a la Comisión Europea de Derechos Humanos, *Ashingdane vs. United Kingdom*, Aplicación No. 8225/78 (Ser. A) No. 93, 6 E.H.R.R. 50 (1984)) (traducción no oficial)). En agosto de 2004, la Comisión Interamericana halló que las condiciones antihigiénicas en la penitenciaría de la provincia de Mendoza, en Argentina, ponían en peligro la salud psicosocial de los detenidos. La Comisión

28 **Vidas Arrasadas**

instrumentos internacionales de derechos humanos, la Constitución de Argentina establece que las prisiones deberán ser saludables y limpias, y mantenidas para la seguridad y no para el castigo de los detenidos.²¹⁶

3. Condiciones inseguras

La infraestructura de varios pabellones del Hospital Moyano se encontraba en un estado sumamente deteriorado en el momento de las visitas de los investigadores en 2004 y 2006. Las precarias condiciones físicas de las instalaciones presentaban un peligro para el personal y las mujeres detenidas en la instalación. Estas pésimas condiciones incluían: peligros de seguridad en las instalaciones de electricidad y de gas, fallas estructurales,

ventanas quebradas y cables sueltos colgando de las paredes y techos.²¹⁷ Cuando los investigadores regresaron al hospital en enero de 2006, una enfermera de uno de los pabellones informó que había sido golpeada por un bloque de mampostería que cayó del techo. Ella señaló que desde ese incidente había sufrido ataques epilépticos y que no había podido regresar al trabajo.²¹⁸

De acuerdo con el informe de la Superintendencia de Bomberos de la Policía Federal, el cableado de los edificios del Hospital Moyano estuvo expuesto y las instalaciones carecían de suficientes extintores de incendios.²¹⁹ Según reportó el diario Clarín, “Los problemas de infraestructura en el hospital son de tal gravedad que el [ex] Asesor General Tutelar del Ministerio Público de la Ciudad de Buenos Aires, Roberto Cabiche, solicitó a Aníbal Ibarra [ex Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires], que clausure cuánto antes el hospital”.²²⁰ Como ya se señaló, a la fecha de cierre de este informe las obras aún no habían sido finalizadas.²²¹

otorgó medidas cautelares, en parte, debido a las condiciones antihigiénicas del confinamiento en la prisión. En sus recomendaciones al Estado argentino, la Comisión solicitó que el Estado garantice a los prisioneros un acceso a adecuadas condiciones de salud e higiene para prevenir un daño irreparable a sus vidas y a su seguridad personal. Estas medidas cautelares fueron luego ratificadas por la propia Corte Interamericana de Derechos Humanos que dictó medidas provisionales el 22 de noviembre de 2004, las que fueron reiteradas el 18 de junio de 2005 y el 30 de marzo de 2006. Las “medidas cautelares” y las “medidas provisionales” son instrumentos utilizados por el sistema interamericano de derechos humanos para responder a violaciones urgentes y graves de los derechos humanos que requieran de una atención inmediata para proteger a las personas contra un daño irreparable (CIDH, “Medidas cautelares acordadas o extendidas por la Comisión: Argentina, Internos –condenados y procesados— alojados en la Penitenciaría de la Provincia de Mendoza y sus dependencias”, en Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos 2004, OEA/Ser./L/V/II.122, doc. 5., rev. 1 (2005), cáp. III.C(1), párr. 11 [en adelante Medidas cautelares: Argentina] y Corte IDH, “Caso de las Penitenciarías de Mendoza”, Medidas provisionales, en http://www.corteidh.or.cr/serieepdf/penitenciariamendoza_se_01.pdf). 216 Constitución Nacional, supra, art. 18. 217 Observaciones de los investigadores en el Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (6 de junio de 2004). 218 Entrevista con Leonor Iribarne, enfermera del Pabellón Riglos, Hospital Moyano (23 de enero de 2006). 219 Diario Clarín, 7 de mayo de 2005, “Intervinieron el Moyano tras una polémica por falta de seguridad”. 220 Diario Clarín, 11 de mayo de 2005, “Cortaron el gas en otros 4 pabellones del Moyano”. El Dr. Cabiche se desempeñaba como jefe de los asesores tutelares de menores e incapaces de la ciudad de Buenos Aires. Ya no ejerce ese cargo. 221 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, supra (18 de julio de 2007).

También el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear (Hospital Alvear), de la ciudad de Buenos Aires, presenta condiciones inseguras.²²² En el 2007, la Cámara en lo Contencioso Administrativo de la Ciudad hizo lugar a un amparo presentado por la Asesoría Tutelar y condenó al Gobierno de la Ciudad a que refaccione el hospital, por presentar graves problemas edilicios, de seguridad y de atención a las personas internadas. El tribunal se amparó en el derecho a la salud consagrado por la Constitución y los distintos Pactos Internacionales, y sostuvo que no es posible excusar la lesión a

derechos humanos alegando problemas presupuestarios.²²³

E. Falta de tratamiento de rehabilitación

En la mayoría de las instituciones visitadas, las personas institucionalizadas no reciben una rehabilitación significativa.²²⁴ El problema observado con mayor frecuencia en los hospitales Diego Alcorta, Borda, Moyano, Domingo Cabred y Estévez, es una inactividad generalizada. En estas instituciones, se observó que un importante número de personas se encontraban acostados sobre sus camas o en el piso, completamente ociosos.²²⁵

Las personas institucionalizadas no reciben ni la asistencia ni la atención que precisan para poder desarrollar las habilidades personales necesarias que les permitan volverse independientes y regresar a la comunidad. Al carecer de tal apoyo, las personas pierden los lazos con sus comunidades y, con el tiempo, se vuelven más dependientes de las instituciones. Como resultado, la institucionalización custodial disminuye la autonomía personal, contribuye a la cronificación de las enfermedades e incrementa las discapacidades, haciendo más difícil que estos individuos se puedan reintegrar a la comunidad.²²⁶

No proveer a las personas con discapacidades de servicios apropiados para asegurar su integración a la vida comunitaria e incrementar su independencia viola el derecho a la rehabilitación, consagrado en normas internacionales²²⁷ y argentinas. A nivel nacional, la ley 25.421 establece la

222 El Hospital Alvear es la única institución psiquiátrica en la Ciudad de Buenos Aires designada como hospital de emergencias psiquiátricas. 223 Disponible en

<http://www.diariojudicial.com/nota.asp?IDNoticia=33214> (sentencia del 25 de junio de 2007). 224 Las Normas Uniformes afirman: “La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones

o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional” (cf. Normas Uniformes, supra, introducción, párr. 23). 225 En visitas realizadas a la Colonia Montes de Oca durante 2004 y 2005 también podía observarse una inactividad generalizada de las personas internadas. Sin embargo este aspecto había cambiado sustancialmente durante la visita que los investigadores realizaron en julio de 2007. Allí pudo observarse que la mayor parte de las personas internadas estaban involucradas en actividades y solo muy pocas de ellas estaban acostados sobre sus camas. 226 Véase, p.e., Erving Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (1961) [Asilos: Ensayos sobre la Situación Social de Pacientes Mentales y Otros Detenidos]; CÁRDENAS citado en Alfredo Kraut, *Los Derechos de los Pacientes*, Editorial Abeledo-Perrot, Argentina, (1997), pág. 361. 227 La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN), afirma que los niños con discapacidades

provisión de la atención en salud mental como parte de la atención primaria, afirmando que uno de sus fines es la rehabilitación y la reinserción social de las personas con discapacidades mentales.²²⁸ En el caso concreto de la Ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, la Constitución de la Ciudad garantiza el derecho a la rehabilitación como un componente del derecho a la salud,²²⁹ y la ley 448 establece el derecho a la rehabilitación junto con el derecho a la reinserción en la comunidad.²³⁰

F. Falta de tratamiento y derivaciones apropiados

Así como la hospitalización a largo plazo acentúa el deterioro y la cronicidad de la discapacidad mental, las prácticas de salud mental que sólo se orientan a la medicalización de la enfermedad suelen reforzar esta cronificación.²³¹ El PREA ha documentado que las medicaciones psicofarmacológicas, cuyo uso deberían ser considerado como parte de un plan de rehabilitación integral de un individuo, son en realidad utilizadas como “una herramienta de disciplinamiento

tienen el derecho a recibir un “cuidado especial”, abarcando el derecho a servicios de rehabilitación. (Convención sobre los Derechos del Niño, A.G. Res. 44/25, U.N. GAOR, 44ª Ses., Sup. No. 49, pág. 166, Doc. ONU A/44/25 (1989) [en adelante CDN], art. 23. Argentina ratificó a la CDN el 3 de enero de 1991 y con la reforma constitucional de 1994 le asignó jerarquía constitucional). De igual manera, la Convención Interamericana sobre la Discapacidad establece el derecho a recibir servicios de rehabilitación completos e inclusivos, tales como programas de intervención temprana, tratamiento, educación y entrenamiento laboral para “asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad” (Convención Interamericana sobre Discapacidad, supra, art. III (2) (b)). La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que los Estados Parte “adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias”, e “intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación”, para las personas con discapacidades. Estos servicios deberán asegurar que las personas con discapacidades “puedan lograr y mantener la máxima independencia vocacional y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, supra, art. 26). Otros estándares internacionales de derechos humanos prevén también el derecho a la rehabilitación. Así, por ejemplo, las Normas Uniformes afirman que los gobiernos “deben asegurar la prestación de servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad”. Los programas de rehabilitación deben estar diseñados para acomodarse a las necesidades individuales e incluir una gama de actividades, tales como entrenamiento en habilidades básicas, asesoramiento a las personas con discapacidades y sus familias, y entrenamiento para el desarrollo de la confianza de éstas en sí mismas. Las Normas Uniformes estipulan, también, que “las personas con discapacidad y sus familias deben estar en condiciones de participar en la concepción y organización de los servicios de rehabilitación que les conciernen”. (Normas Uniformes, supra, regla 3.) Por su parte, los Principios de Salud Mental determinan que las instituciones de salud mental deben “aplicar medidas

apropiadas de rehabilitación” y aclara que “[t]ales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad” (Principios de Salud Mental, *supra*, principio 13 (2) (d)). 228 Ley 25.421, *supra*. 229

Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1996), art. 20. 230 Ley 448, *supra*, art. 3 (j). La ley 448 menciona que la rehabilitación y la reinserción social son dos de los objetivos principales de la ley, véase, p.e., arts. 10 (f) y 10 (g), 13 (a) y (c), y 15. 231 Equipo de Entrenamiento, Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (trabajo iniciado en abril de 1999) (manuscrito no publicado en el archivo del autor) [en adelante, Documento del PREA].

y control”.²³² Un ex-paciente describió su experiencia con la sobremedicación como medio de

control, diciendo,

“Me daban 20 pastillas por día en la clínica para que quedara medio bobo, para que no moleste a nadie”.²³³

En la Unidad 20, un detenido informó que, como castigo por ofensas menores, se les inyectaban fuertes tranquilizantes que los dejaban inmovilizados por días. “Nos hacen pelota por la palabra”, informó.²³⁴ Los otros siete detenidos en su celda confirmaron sus dichos.

Aproximadamente la mitad de la población de la Unidad 20 era toxicómana en 2004.²³⁵ Estos individuos han sido hospitalizados en esta unidad presumiblemente para recibir tratamiento. El personal admitió, sin embargo, que no se les podía otorgar un tratamiento adecuado debido a que la unidad no poseía ni los recursos humanos, ni²³⁶ económicos, ni los servicios de rehabilitación necesarios para tratar las adicciones.

Durante la visita de junio de 2005 a esta unidad, los investigadores revisaron las historias clínicas de los detenidos del pabellón. Cuarenta y seis de los 104 detenidos cuyos diagnósticos aparecían en el registro consultado, tenían un diagnóstico doble de adicción a las drogas y desorden de la personalidad. Otros ocho estaban diagnosticados con retraso mental moderado y adicción a las drogas. Estas 54 personas no habían sido diagnosticadas con ningún otro desorden psiquiátrico mayor y la Unidad 20 no provee los servicios²³⁷ necesarios para tratar su adicción. Durante la visita de agosto de 2006 el personal de la unidad confirmó que el número de personas alojadas con problemas de adicciones continuaba siendo elevado —hablaron de un 50 por ciento de las personas alojadas con este problema—. Algunos empleados confirmaron que la unidad no brindaba aún tratamiento²³⁸ específico a estas personas.

El personal de la Unidad 20 advirtió, también, sobre una falta de seguimiento de las solicitudes de traslado para que los detenidos sean ubicados en otras instituciones. En el mencionado registro sobre diagnósticos constaba que más de la mitad de los detenidos (74 de 128) no deberían estar detenidos en la unidad. El personal indicó que 20 de los detenidos deberían estar en una prisión común, 19 deberían ser reubicados en centros de tratamiento de adicción a las drogas, y 35 en pabellones psiquiátricos no forenses. Sólo 61 de los 128²³⁹ detenidos carecían de la recomendación de su traslado a otras instituciones. El personal

informó que habían enviado varias peticiones de alta para estos detenidos al juez competente, pero que, en general, éstos no habían sido atendidos.

232 Ídem.

233 Entrevista con Hugo, miembro de la Radio “La Colifata”, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

234 Entrevistas con personas detenidas en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

235 Entrevistas con el personal de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004). Durante la visita

de los investigadores del 10 de diciembre de 2004, 56 de las 146 personas detenidas en esta unidad estaban por

problemas de drogadependencia.

236 Ídem.

237 Observaciones de los investigadores en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de junio de 2005).

238 Entrevistas con el personal de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de agosto de 2006).

239 Observaciones de los investigadores en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de junio de 2005).

32 **Vidas Arrasadas**

En algunos casos, las razones de la ausencia de respuesta tenían que ver con la inexistencia de instancias a las que derivar a estas personas.²⁴⁰

De acuerdo con la ley argentina, el Poder Judicial de la Nación está obligado a verificar que las personas con discapacidades mentales reciban un tratamiento adecuado y que sus derechos fundamentales sean respetados. A nivel nacional, la Ley de Internación y Egresos en Establecimientos de Salud Mental, Ley 22.914,²⁴¹ garantiza el derecho a recibir un tratamiento médico apropiado.²⁴² Su artículo 10 establece que los jueces están obligados a verificar que el tratamiento sea apropiado y aplicado de manera efectiva.²⁴³ El artículo 12 requiere que el asesor de menores e incapaces verifique la evolución de la salud del detenido, el tratamiento médico provisto y las condiciones de atención.²⁴⁴

G. Sobrepoblación de las instituciones psiquiátricas

Durante las visitas a la Unidad 20, la unidad se encontraba severamente sobrepoblada. La Unidad 20 tiene una capacidad para albergar a 87 personas. Durante la visita en junio de 2004, el personal informó que 158 individuos se encontraban detenidos en la unidad, lo cual representaba una sobrepoblación de más del 75 por ciento.²⁴⁵ Para junio de 2005, la población de la unidad había descendido a 128 detenidos, principalmente debido a las altas de las personas con problemas de drogadependencia.²⁴⁶ Sin embargo, aún esto representaba una sobrepoblación de más del 40 por ciento de la capacidad. Para septiembre de 2006 la población había descendido a 114 personas,

240 Entrevistas con el personal de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de junio de 2005). 241 Ley de Internación y Egresos en Establecimientos de Salud Mental, Ley 22.914 (1983) [en adelante ley 22.914], art. 10. 242 La sanción de la ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, no supuso la derogación del régimen implementado por el decreto-ley 22.914, porque ambas normativas —la primera local, la segunda federal— no son contrapuestas, sino que se complementan, poseyendo sí la misma finalidad, aunque bien podrá afirmarse que al momento de la reglamentación de la ley local, aquélla perderá virtualidad jurídica, y caerá necesariamente en desuetud. La Ley de Salud Mental local posee un marco de acción mucho más amplio que el acotado decreto-ley 22.914, que se ve tan sólo circunscrito al régimen de internación, externación y visitas; a los casos de internación; funciones de los asesores tutelares; y la responsabilidad de los establecimientos asistenciales, entre otras cosas (Cf. Alfredo Kraut y Nicolás Diana: “La salud mental ante la ley en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. ¿Permanece como un problema de interpretación judicial?” Revista LexisNexis, 2004 – III, Fascículo 11. Bs As, 15/09/2004). El derecho internacional requiere también que el tratamiento médico y psiquiátrico sea adecuado para la condición de salud mental del individuo. Los Principios de Salud Mental establecen que las personas con discapacidades mentales deberán ser protegidas de cualquier forma de abuso, como la medicación abusiva e injustificada (Principios de Salud Mental, supra, principio 8 (2)). La medicación deberá ser provista únicamente con el fin de aliviar el sufrimiento psíquico y “sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros” (Ídem. principio 10). También determinan que “[l]as instituciones psiquiátricas dispondrán de los mismos recursos que cualquier otro establecimiento sanitario”, incluyendo: a) personal médico y de apoyo calificado y en cantidad suficiente, así como instalaciones adecuadas para otorgar a cada paciente privacidad y un programa de terapia apropiada y activo; b) diagnóstico y equipo terapéutico; c) atención profesional apropiada; y d) un tratamiento adecuado, regular y completo, el cual incluya la medicación. (Ídem. principio 14.) 243 Ley 22.914, art. 10. 244 Ídem. art. 12. 245 Entrevistas con el personal de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004). 246 Entrevistas con el personal de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de junio de 2005).

lo que representa una sobrepoblación de más del 30 por ciento, pero en junio de 2007, el registro había subido de nuevo a 121 personas detenidas.²⁴⁷

Las celdas comunes de la Unidad 20 albergaban entre 7 y 12 detenidos, aunque en general sólo tienen 6 camas. Como resultado de esto, muchos de los detenidos se ven obligados a dormir en el piso, en colchonetas de goma espuma delgadas y sucias, uno al lado del otro, casi sin ningún espacio entre ellos para moverse. El comedor del pabellón 2, que sirve también como cuarto de actividades, alojaba a dos detenidos durmiendo en colchones sobre el piso.²⁴⁸ Aunque para 2006 descendió el número de detenidos aún podían observarse colchonetas en el suelo en varias de las celdas comunes.²⁴⁹

El Hospital Tobar García enfrenta, también, una sobrepoblación severa. El Dr. Roberto A. Yunes, Director del hospital, explicó que éste tiene un total de 64 camas divididas en tres pisos.²⁵⁰ Durante la visita de enero de 2006, el hospital estaba atendiendo aproximadamente a 150 niños y adolescentes. “Estamos muy por encima de nuestra capacidad”, afirmó el Dr. Yunes, “Ha habido una inmensa explosión numérica en los últimos años”.²⁵¹

Diversos reportajes periodísticos de julio de 2005, anunciaron una situación de sobrepoblación severa en el Hospital Alvear. Según los reportajes periodísticos, un funcionario encargado de defender los derechos de los menores e incapaces informó que durante cuatro visitas sorpresa al hospital, la situación de sobrepoblación era tan extrema

que encontró a varias personas durmiendo en el piso de los pasillos.²⁵²

Las estadísticas provistas por el Ministerio de Salud de la Nación indican que el Hospital Moyano tiene capacidad para 1550 camas.²⁵³ En la visita de junio de 2004, el psiquiatra que acompañó a los investigadores durante la recorrida de las instalaciones afirmó que la institución tenía 1750 mujeres internadas.²⁵⁴ La sobrepoblación era obvia en cada uno de los pabellones visitados, con excepción del pabellón de emergencia y del hospital de noche. En los pabellones de “pacientes crónicos”, los amplios cuartos estaban atestados con hileras de camas, casi sin espacio para caminar entre ellas. Para el primer semestre de 2007, la cantidad promedio de personas internadas había disminuido a 993.²⁵⁵ Sin embargo las condiciones de hacinamiento se mantenían,

247 Información colectada durante una visita llevada a cabo por la Procuración Penitenciaria el 13 de junio de 2007.

248 Observaciones de los investigadores en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de agosto de 2006).

249 Ídem.

250 Entrevista con el Dr. Roberto A. Yunes, Director del Hospital Tobar García, ciudad de Buenos Aires (24 de enero de 2006).

251 Ídem.

252 Diario Clarín.com, 22 de julio de 2005, “Un hospital psiquiátrico con pacientes durmiendo en el piso. Encuentran graves deficiencias en la atención de urgencias en el Hospital Alvear”.

253 Registro con información respecto a la totalidad de camas psiquiátricas en Argentina, públicos y privados,

provisto por el Ministerio de Salud en junio de 2005, en archivos de los investigadores.

254 Entrevista con un psiquiatra, Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (6 de junio de 2004).

255 Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/1er_sem_2007/?menu_id=21300.

34 **Vidas Arrasadas**

a pesar de que aproximadamente 200 mujeres internadas habían sido derivadas a clínicas privadas, debido a que no ha finalizado un plan de obras iniciado en 2005.²⁵⁶

De acuerdo con los estándares internacionales para las personas privadas de libertad, cada persona “dispondrá, en conformidad con los usos locales o nacionales, de una cama individual y de ropa de cama individual suficiente, mantenida convenientemente y mudada con regularidad a fin de asegurar su limpieza”.²⁵⁷ La sobrepoblación de la prisión es uno de los factores que contribuye a las violaciones de derechos humanos de los detenidos. Por ejemplo, puede acarrear serias consecuencias para la salud. La transmisión de enfermedades se incrementa entre personas viviendo tan atestadas, y la sobrepoblación y la carencia de privacidad asociada con ella agravan las discapacidades mentales.²⁵⁸

Varios factores contribuyen a la severa sobrepoblación en muchas de las

instituciones psiquiátricas visitadas. Entre ellos, resaltan la ausencia de voluntad política para promover el cambio; reglas de admisión sumamente amplias y difusas; la falta de revisiones periódicas de las internaciones; y la inexistencia de servicios adecuados en la comunidad y de alternativas de alojamiento.

IV. Detención arbitraria en instituciones psiquiátricas

La internación psiquiátrica involuntaria constituye una grave privación de la libertad individual, al aislar a la persona de su familia y amigos, oportunidades laborales y demás aspectos de la vida en la comunidad. Por este motivo, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos protege a las personas contra la detención arbitraria o inadecuada en centros psiquiátricos.²⁵⁹ El artículo 7 de la Convención Americana defiende el derecho a “la libertad y seguridad personales”, y establece que “toda persona privada de libertad tiene derecho a recurrir ante un juez o tribunal competente...”.²⁶⁰ Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha establecido que los Principios de Salud Mental de la ONU deben utilizarse a modo de guía para interpretar los requerimientos de la Convención en cuanto a la protección del derecho a la libertad de las personas con discapacidades mentales.²⁶¹

256 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, supra (18 de julio de 2007). 257 Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, AG. Res. 663 C (XXIV), U.N. (1957) AG. y Res. 2076 (LXII), U.N. (1977), regla 19. La ONU ha aclarado que estos estándares se aplican a todos los individuos detenidos y no sólo a aquellos que se encuentran en prisión. 258 Informe del Relator Especial, supra, párr. 11. 259 Para un repaso general a las garantías establecidas por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos frente a la detención arbitraria en lo concerniente a la internación psiquiátrica, ver Eric Rosenthal & Clarence Sundram, supra, pág. 527. 260 Convención Americana, art. 7(6). Del mismo modo, el preámbulo a la Constitución Nacional Argentina estipula que el gobierno asegurará que los “beneficios de la libertad” alcancen a todos los ciudadanos. (Constitución Nacional, supra, preámbulo). 261 Caso Congo, supra. Con respecto al derecho a la libertad, la Convención Americana garantiza: el derecho a no ser sometido a detención o encarcelamiento arbitrarios (art. 7.3); el derecho “a ser juzgad[o] dentro de un plazo razonable o ser puesto en libertad mientras dure el proceso” (art. 7.5) por “un juez o tribunal competente” (art. 7.6); el derecho de defenderse personalmente o de ser asistido por un defensor (art. 8.2); el derecho de recurrir del

Los Principios de Salud Mental garantizan el derecho a la revisión judicial periódica de todas las internaciones psiquiátricas, e incluyen una gama de garantías procesales dentro de ese proceso, entre las que se encuentra el derecho a ser representado por un defensor. Además, establecen criterios que limitan las circunstancias bajo las cuales las personas pueden ser internadas de manera involuntaria. Según los Principios de Salud Mental, una persona, a la que le hayan diagnosticado una “enfermedad mental”, puede ser internada sólo si presenta un “riesgo grave de daño inmediato

o inminente para esa persona o para terceros”.²⁶² También puede ser permisible la internación psiquiátrica coactiva, en algunas circunstancias, cuando sea necesaria para

prevenir un “deterioro considerable” del estado mental del sujeto.²⁶³ La internación en estos casos es considerada aceptable únicamente cuando fuera imposible ofrecer tratamiento en la comunidad.²⁶⁴

La legislación argentina está aún muy lejos de cumplir con los requerimientos establecidos por los estándares internacionales.²⁶⁵ Las leyes nacionales permiten la internación de aquellos sujetos que pudieran “afectar la tranquilidad pública” y no establecen mecanismos que les garanticen una audiencia dentro de un periodo razonable, el derecho a ser representado por un defensor, ni el derecho a la revisión periódica de las decisiones acerca de su internación.²⁶⁶

En el 2005, la Corte Suprema de Justicia de la Nación pronunció un fallo histórico en cuanto a las internaciones psiquiátricas civiles en el caso de Ricardo Alberto Tufano.²⁶⁷ Mediante esta sentencia el Alto Tribunal exige que las internaciones psiquiátricas civiles cumplan con los estándares internacionales de derechos humanos en materia de derecho a la libertad. Si bien es cierto que se está desarrollando una marcada tendencia de parte de los jueces y del resto de los

fallo ante juez o tribunal superior (art. 8.2); y a disponer de un “recurso efectivo” ante la violación de sus derechos fundamentales (art. 25). 262 Principios de Salud Mental, supra, principio 16(1) (a). 263 Los Principios de Salud Mental también establecen como condición que la “capacidad de juicio [de la persona] esté afectada”, principio 16(1)(b). 264 Ídem. La nueva Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU determina que los Estados parte deben garantizar a las personas con discapacidades el “disfrut[e] del derecho a la libertad y la seguridad [personales...] en igualdad de condiciones con las demás”, sin permitir ninguna excepción a esta norma general. La Convención, además, establece que “la existencia de una discapacidad no justifi[ca] en ningún caso una privación de la libertad” (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, supra, art. 14(1)). El alcance de esta disposición dependerá en definitiva de la interpretación que se le dé al tratado. Sin embargo —dado que se requiere algo más que una discapacidad para justificar la internación— puede afirmarse que, según la Convención, la privación de la libertad con el único fin de proporcionar un tratamiento —es decir, basada en el “serio deterioro” de la condición de la persona— no estaría justificada. 265 Este informe solamente examina los estándares aplicables a la internación coactiva contemplados en el Código Civil argentino, así como las normas que rigen la internación coactiva en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Mientras el Código Civil se aplica a todo el país, cada provincia es libre de establecer sus propias normas de procedimiento, siempre y cuando cumplan con los estándares establecidos en la legislación federal. 266 Código Civil argentino, Título XIII, art. 482, párr. 2. 267 CSJN, “Tufano, Ricardo Alberto s/ internación”, sentencia del 27 de diciembre de 2005. En este caso, la Corte Suprema de Justicia de la Nación constató que en casos de hospitalización psiquiátrica involuntaria o coactiva, “es esencial el respeto al debido proceso en resguardo de los derechos fundamentales”. (Considerando 4º) La Corte afirmó que el cumplimiento de las garantías del debido proceso es aun más importante en los casos de hospitalización psiquiátrica involuntaria, dada la “vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y abandono” que a menudo padecen las personas internadas en contra de su voluntad. De este modo, la Corte Suprema estimó que era “esencial” que los jueces controlaran cuidadosamente los procedimientos en casos de este tipo (Considerando 4º).

36 **Vidas Arrasadas**

operadores judiciales en la aplicación de la doctrina emanada del caso “Tufano”, esta

aplicación no ha sido uniforme,²⁶⁸ y la gran mayoría de las personas hospitalizadas en instituciones psiquiátricas argentinas siguen siendo detenidas arbitrariamente.

A. Motivos para la internación excesivamente generales y poco definidos

En Argentina, los estándares legales establecidos en el Código Civil respecto a la internación psiquiátrica son extremadamente generales y ambiguos, y permiten la detención de personas en instituciones psiquiátricas bajo una gama amplia de circunstancias. El texto original del artículo 482 establece que “el demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros”.²⁶⁹ Si bien la condición del “dañarse a sí mismo o a otros” sí cumple con los estándares internacionales, el artículo 482 nunca llega a definir el término “demente”, que es extremadamente ambiguo y, por lo demás, altamente estigmatizante. Una reforma legal añadió a este artículo dos supuestos más —la posibilidad de internar a personas que pudieran “afectar la tranquilidad pública” o que tuvieran problemas de abuso de sustancias o de alcohol”— expandiendo los parámetros de quien puede estar internado bajo la ley.²⁷⁰ Por su parte, también el artículo 482 del Código Civil autoriza a un juez a internar a una persona en un centro psiquiátrico si entiende que “necesita asistencia”, sin que sea indispensable que dicho individuo se encuentre en riesgo de serio deterioro psiquiátrico, o que se hayan agotado todas las vías menos restrictivas antes de ordenar su detención.²⁷¹

Cuando la internación psiquiátrica no se limita estrictamente a casos de personas en peligro inminente de dañarse a sí mismas o a otras personas, como ocurre en Argentina, se corre el riesgo de cometer graves abusos. Es así que algunas personas podrían resultar internadas simplemente por serle así conveniente a vecinos o familiares, o debido al miedo irracional que las personas con discapacidades mentales generan en ciertos sectores de la población. De esta manera sería posible internar a personas cuya discapacidad mental no les impide ser capaces de vivir en la comunidad. Es más, la legislación argentina permite la internación psiquiátrica de personas que padecen algún tipo de problemas por abuso de sustancias o alcohol, a quienes no se les ha diagnosticado una

268 Ver, en este sentido, CSJN, “Hermosa, Luis Alberto s/ insania-proceso especial”, sentencia del 12 de junio de 2007.

269 Código Civil argentino, Título XIII, art. 482.

270 La ley 17.711 agregó dos párrafos al artículo 482 del Código Civil, que aluden a dos supuestos diferentes:

la internación por orden policial (párr. 2) y por orden judicial (párr. 3). En el primero se dispone que: “Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros

o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse, previo dictamen del médico ofi

cial” (art. 482, párr. 2). En el segundo párrafo se dispone que: “A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144, el juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aun evitarla, si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos” (art. 482, párr. 3). 271 Código Civil, art. 144.

enfermedad mental, aun cuando el centro de salud mental al que se las remita no ofrezca ningún tratamiento apropiado para dichos problemas.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación, en el caso “Tufano”, cita los Principios de Salud Mental estipulando que la internación coactiva se debe limitar a aquellos casos donde “exista un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros”.²⁷² Pese a estos antecedentes, puede afirmarse que en la práctica, se siguen aplicando las causales generales y poco definidas del Código Civil en las internaciones psiquiátricas.

B. Insuficientes garantías procesales

La legislación argentina contiene pocas disposiciones procesales para proteger los derechos de personas involucradas en procesos de internación coactiva.²⁷³ Esta legislación no garantiza el derecho a ser juzgado dentro de un plazo razonable, no concede el derecho a designar un defensor, y no ofrece un examen periódico por parte de un órgano de revisión de las internaciones involuntarias, tal y como lo requiere el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.²⁷⁴

1. Ausencia de una audiencia independiente dentro de un plazo razonable

El derecho internacional establece que las personas detenidas tienen derecho a ser juzgadas por un tribunal independiente e imparcial dentro de un plazo razonable.²⁷⁵ Sin embargo, el Código Civil argentino permite que una amplia gama de personas inicien procesos de internación por diversos motivos. La policía puede internar a una persona que padezca una enfermedad mental o sea alcohólica o toxicómana, siempre y cuando se dé cuenta de ello inmediatamente a un juez y la

272 Cf. Caso “Tufano”, supra. Ver también el comentario sobre este fallo en Alfredo Kraut, Hacia una transformación a favor de la legalidad de los pacientes mentales en Revista La Ley N°. 44, 2 de junio de 2006.

273 Ver excepciones descritas en capítulo VI, parte A de este informe. 274 Para un análisis en profundidad de lo que requiere el debido proceso en casos de internación psiquiátrica, ver Eric Rosenthal y Clarence Sundram, supra. Los Principios de Salud Mental especifican que toda internación coactiva debe ser ordenada por “un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional”. (Principios de Salud Mental, supra, principio 17(1).) La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha determinado que nadie puede ser “privado de su libertad excepto por razones, casos o circunstancias definidas expresamente por la ley (aspecto material) y además en estricta observación de los procesos descritos por esa ley (aspecto formal)” (Cf. Caso Gangaram Panday, Sentencia del 21 de junio de 1994, (Ser. C) No. 16, párr.

47). Según la Corte IDH, la detención puede ser considerada “arbitraria” incluso en casos en los que haya sido dispuesta en virtud de una ley existente, cuando sea impuesta de forma injustificada, desproporcionada o caprichosa, o cuando no se garantice el debido proceso. Personas que están sujetas a una internación psiquiátrica involuntaria deben tener el derecho a “apelar ante un tribunal superior” (principio 17(7)), a “designar a un defensor” (principio 18(1)), y el derecho a que cada caso sea examinado “periódicamente” [...] “a intervalos razonables” (principio 17(3)).²⁷⁵ El artículo 7 de la Convención Americana garantiza el derecho de los detenidos a ser juzgados dentro de un plazo razonable. Los Principios de Salud Mental determinan que deberá establecerse, de acuerdo con la ley nacional, un órgano de revisión imparcial e independiente para examinar las internaciones y que este órgano debería ser asesorado por profesionales de la salud mental independientes (Principios de Salud Mental, *supra*, principio 17(1)). El examen inicial deberá llevarse a cabo “lo antes posible” después de que se decida internar o retener a un individuo en contra de su voluntad, cumpliendo con “procedimientos sencillos y expeditos establecidos por la legislación nacional”. (Ídem, principio 17(2)).

38 **Vidas Arrasadas**

hospitalización esté basada en el dictamen del médico oficial.²⁷⁶ Un juez también puede ordenar la internación de un individuo en estas circunstancias en base a información sumaria, incluso sin que estas personas hayan sido declaradas dementes, alcohólicas o drogadictas. Familiares y vecinos incomodados²⁷⁷ pueden solicitar ante un juez la internación coactiva de un individuo.²⁷⁸

Sin embargo, el Código Civil no provee el derecho a ser juzgado dentro de un plazo razonable, ante un tribunal independiente e imparcial.²⁷⁹

La ley 22.914 —que sólo se aplica en la ciudad de Buenos Aires²⁸⁰— ofrece algunos resguardos adicionales al Código Civil. Esta ley requiere que el director del hospital proporcione su opinión médica, o bien confirme la opinión de otro establecimiento, dentro de las primeras 48 horas siguientes a una internación.²⁸¹ Y también establece que dicha internación deberá ser comunicada al Ministerio Público²⁸² dentro de las primeras 72 horas, en determinados supuestos,²⁸³ y en general cuando la internación supere los 20 días.²⁸⁴ No obstante, estos resguardos limitados no cumplen con las normas internacionales al no garantizar el derecho a una revisión independiente.

Si bien, la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, N° 448, contiene sólidas garantías que abogan por los derechos de las personas con discapacidades mentales y, sin embargo, no protege adecuadamente a las personas contra la detención arbitraria.²⁸⁵ El único requerimiento que, a modo de garantía, impone esta ley, es que toda internación involuntaria “debe ser certificada por dos profesionales, los que no pueden pertenecer a la misma institución”.²⁸⁶ La ley no exige que las internaciones sean revisadas por un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial.²⁸⁷

276 Código Civil, Título XIII, art. 482.

277 Código Civil, Título X, art. 144.

278 Ídem. El artículo 482, párrafo tercero, estipula que: “A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 [1ro. El esposo o esposa no separados personalmente o divorciados vincularmente; 2do. Los parientes del demente; 3ro. El Ministerio de Menores; 4to. El respectivo cónsul, si el demente fuese extranjero; 5to.

Cualquier

persona del pueblo, cuando el demente sea furioso, o incomode a sus vecinos] el juez podrá, previa información

sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen

la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos, que requieran asistencia en establecimientos adecuados [...]”.

279 Ídem.

280 Ley 22.914, art. 15.

281 Ley 22.914, art. 2(b)(1).

282 Ley 22.914, art. 12, inc. c).

283 Ley 22.914, art. 2(b)(2).

284 Ley 22.914, art. 2(b)(3).

285 Ley 448, supra. Con respecto a todas las internaciones psiquiátricas, la ley 448 requiere que un equipo interdisciplinario evalúe a los individuos internados dentro de las 24 horas posteriores a su internación, y verifique

si se dan las condiciones para continuar su hospitalización (art. 22). En los siguientes 15 días, y posteriormente por

lo menos una vez al año, requiere que el equipo de salud mental evalúe de nuevo al individuo para determinar si se

sigue justificando la hospitalización.

286 Ídem. art. 31.

287 Principios de Salud Mental, supra, principio 17(1).

2. Falta de designación de un defensor

Las normas argentinas no garantizan de manera adecuada el derecho de las personas institucionalizadas a designar un defensor para que las representen en procedimientos de internación involuntaria. Según el Código Civil argentino, el juez debe designar un defensor especial cuya labor será, en la medida de lo posible, evitar la internación o, si ésta fuera necesaria, asegurar que no se prolongue más de lo necesario.²⁸⁸ Pero la ley no determina que el defensor especial necesariamente represente el interés del individuo, y tampoco garantiza el derecho del individuo a testificar o presentar pruebas en representación propia. Asimismo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la ley 448 no prevé que aquellas personas involucradas en procesos de internación involuntaria tengan derecho a designar un defensor para que las represente en calidad de personas institucionalizadas.

Según el Dr. Alejandro Molina, Defensor Público de Menores e Incapaces ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, en la práctica no existe verdadera representación legal para individuos internados en instituciones psiquiátricas. Sólo existe un defensor oficial ante la Cámara para todos los casos que se presenten y éste no está obligado a representar el punto de vista de la persona cuya internación está en juego.²⁸⁹ Por el contrario, este abogado produce “una síntesis adecuada” de los deseos del individuo y aquello que el abogado considera lo mejor para el individuo. El Dr. Molina explicó que los

abogados de la Cámara procuran “obtener consenso” entre las partes, afirmando: “pensamos más en el bienestar del grupo, no en los derechos individuales”.²⁹⁰

Los Principios de Salud Mental establecen el derecho de un individuo a “designar a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación”.²⁹¹ En caso de que el individuo careciera de medios para

288 Código Civil, Título XIII, art. 482. 289 Sin embargo, curadoras públicas entrevistadas informaron que una representación adecuada es prácticamente imposible ya que cada curador tiene a su cargo, aproximadamente, entre 800 y 1000 casos judiciales. (Entrevista con curadoras públicas, ciudad de Buenos Aires (12 de diciembre de 2006 y 19 de julio de 2007). De acuerdo con el Informe Anual 2005 de la Defensoría General de la Nación existen 7 Defensorías Públicas de Menores e Incapaces que intervienen ante 216 Juzgados Nacionales de Primera Instancia de los fueros en: lo Civil (110 juzgados); lo Comercial (26 juzgados); y lo Laboral (80 juzgados) con asiento en la Capital Federal. Hay una Defensoría Pública de Menores e Incapaces de Segunda Instancia (con injerencia ante la Cámara), que interviene ante 28 Salas de Cámara Nacional de Apelaciones: 13 en lo Civil; 5 en lo Comercial; y 10 en lo Laboral. El número de defensorías es sumamente limitado teniendo en cuenta el número de casos que deben asistir y la diversidad de fueros ante los que deben actuar. Ello permite deducir la imposibilidad de especialización y dedicación exclusiva a una problemática como la de salud mental. El Dr. Eduardo Madar, Director General de Tutores y Curadores Públicos de la Defensoría General de la Nación, confirmó estos datos, dijo que pese a que la situación continuaba siendo delicada, se habían realizado algunos avances. El equipo técnico se había prácticamente duplicado en número de profesionales y se habían realizado acciones tendientes a transparentar el modo de trabajo de la oficina. (Entrevista con el Dr. Eduardo Madar, Director General de Tutores y Curadores Públicos de la Defensoría General de la Nación (16 de agosto de 2007)). 290 Entrevista con el Dr. Alejandro Molina, Defensor Público de Menores e Incapaces ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, ciudad de Buenos Aires (2 de junio de 2004). 291 Ídem. principio 18(1).

40 **Vidas Arrasadas**

costear su propio defensor, el Estado le proporcionará uno.²⁹² El individuo, su representante y su defensor tienen derecho a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella.²⁹³

La Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina determinó en el caso “Tufano” que los Principios de Salud Mental proveen derechos básicos y garantías procesales a personas “presuntamente afectadas por trastornos mentales”, e incluyen el derecho a “la designación de un defensor [...] y la obtención de un dictamen independiente sobre la posible enfermedad mental”.²⁹⁴ La Corte Suprema también estimó que se habían violado garantías procesales fundamentales en aquellos casos donde no se concedió inmediatamente una audiencia con representación personal o de otro tipo.²⁹⁵

3. Inexistencia de revisiones periódicas independientes de las internaciones

Los síntomas que presentan las personas con problemas psiquiátricos pueden sufrir enormes variaciones a lo largo de una vida. Por ello es fundamental llevar a cabo revisiones sistemáticas y periódicas, a cargo de órganos de supervisión independientes, para proteger el derecho a la libertad y asegurar que las personas no permanezcan detenidas cuando no constituyan un peligro inminente para si mismos o para terceros.²⁹⁶

Sin embargo, la legislación argentina no contempla el examen periódico, por parte de un órgano de revisión independiente e imparcial, de las decisiones sobre internaciones involuntarias. En la ciudad de Buenos Aires, la ley 22.914 establece que tanto jueces²⁹⁷ como asesores de personas discapacitadas o menores de edad deben verificar la evolución de la salud del paciente, el régimen de atención, el estado del entorno en el que vive, y la atención personal y médica que recibe.²⁹⁸ Pero la ley 22.914 ni la ley 448 contienen disposiciones que garanticen expresamente el derecho al examen periódico de las internaciones por parte de un órgano de revisión independiente e imparcial.²⁹⁹

En todas las instalaciones que se visitaron en el marco de la investigación, tanto los trabajadores como las personas internadas denunciaron que no se llevaban a cabo revisiones

292 Ídem.

293 Ídem. principio 18(5).

294 Caso “Tufano”, supra.

295 Ídem. haciendo referencia a, Corte Europea de Derechos Humanos, “Winterwerp v. The Netherlands”, Serie A, N° 33, 1979.

296 En su informe sobre Salud Mental y el Derecho a la Salud, el Relator Especial sobre el Derecho a la Salud

de la ONU Paul Hunt recomienda enfáticamente que: “las personas con discapacidades mentales, u otras personas

apropiadas, deberán poder recurrir a un órgano de revisión independiente encargado de examinar periódicamente

los casos de admisión y tratamiento involuntarios”, el cual deberá tener la facultad de revocar una internación involuntaria en caso de que juzgue “inapropiado o innecesario” continuar con la internación (Informe del Relator

Especial, supra, párr. 71).

297 Ley 22.914, supra, art. 10.

298 Ídem. art. 12.

299 Para un análisis de las consecuencias de la ausencia de revisión periódica de las internaciones psiquiátricas,

ver, Diario Página 12, 7 de agosto de 2006, “La justicia había ordenado su libertad, pero seguían presos por años”.

periódicas de las internaciones coactivas. En la Unidad 20 el personal y las personas detenidas informaron que no se contaba con un sistema de revisiones periódicas de las detenciones y que los jueces asignados a los casos de las personas internadas en la unidad “casi nunca vienen a visitarlos, y no preguntan por sus casos”.³⁰⁰ Añadieron que aun en los

pocos casos en que algún juez sí visita a personas internadas, estas visitas son esporádicas.³⁰¹ El Dr. Molina, Defensor Público de Menores e Incapaces, informó — refiriéndose al Hospital Tobar García— que “los jueces acuden con muy poca frecuencia; quizá una vez al año”.³⁰² Los empleados del Hospital Diego Alcorta también afirmaron que en este nosocomio tampoco se llevaban a cabo revisiones periódicas de las internaciones.³⁰³ Para advertir la gravedad de la situación es importante tomar en consideración que cada curador oficial tiene a su cargo aproximadamente 1000 casos judiciales, lo que permite deducir la imposibilidad de especialización y dedicación a una problemática como la de salud mental.³⁰⁴ Es importante destacar que las visitas mencionadas, incluso si fueran regulares, no cumplen con los requisitos de revisión periódica independiente e imparcial.

V. Insuficiente supervisión y monitoreo de los derechos humanos de las personas institucionalizadas

La supervisión y el monitoreo de los derechos humanos es indispensable para asegurar la protección de los derechos de las personas detenidas en las instituciones. Es claro que las personas detenidas en las instituciones psiquiátricas y en otras instituciones cerradas se encuentran particularmente vulnerables a sufrir abusos de sus derechos humanos.³⁰⁵ Los individuos detenidos a largo plazo en las instituciones dependen de éstas para satisfacer sus necesidades básicas: comida, vestimenta, protección del daño y cuidado médico. Estas instituciones controlan el acceso a la comunicación y el contacto de los individuos con el mundo exterior. Esta dinámica hace difícil que las personas detenidas puedan denunciar abusos. Ello debido a los problemas que rodean a la posibilidad de comunicarse libremente, porque pueden temer represalias por contar lo que ocurre o, simplemente, porque no existen mecanismos establecidos mediante los cuales pueden denunciar tales abusos. Cuando los individuos diagnosticados con una enfermedad mental o aquellos con discapacidades intelectuales denuncian lo que ocurre, generalmente son tratados como si carecieran de credibilidad, como si estuvieran delirando, no tuvieran contacto con la realidad, o como si

300 Ídem.

301 Ídem.

302 Entrevista con el Dr. Alejandro Molina, Defensor Público de Menores e Incapaces ante la Cámara Nacional de

Apelaciones en lo Civil, ciudad de Buenos Aires (2 de junio de 2004).

303 Entrevista con el Dr. Abraham Stoliar, ex Director Interino, Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del

Estero (6 de diciembre de 2004).

304 Entrevistas con curadoras públicas, ciudad de Buenos Aires (12 de diciembre de 2006 y 19 de julio de 2007).

Entrevista con el Dr. Eduardo Madar, Director General de Tutores y Curadores Públicos de la Defensoría

General de la Nación (16 de agosto de 2007).
305 Véase, p.e., Informe del Relator Especial, supra, Véase también, Mental Disability Rights International, Derechos Humanos y Salud Mental: Uruguay (1995); MDRI, Human Rights & Mental Health: Hungary (1997); MDRI, Children in Russia's Institutions: Human Rights and Opportunities for Reform (1999); MDRI, Derechos Humanos y Salud Mental: México (2000); MDRI, Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo (2002); MDRI y APRODEH, Derechos Humanos y Salud Mental en el Perú (2004); MDRI, Behind Closed Doors: Human Rights Abuses in the Psychiatric Facilities, Orphanages and Rehabilitation Centers of Turkey (2005).

42 **Vidas Arrasadas**

estuvieran inventándolo. Por ende, tal y como se documenta en este informe, los abusos a los derechos humanos continuaban sin ser documentados ni atendidos durante años.

En Argentina, en general, las diferentes instancias estatales no prevén suficiente supervisión ni monitoreo de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales internadas en instituciones psiquiátricas. En principio los individuos podrían dirigir denuncias sobre las violaciones a sus derechos a las autoridades correspondientes.³⁰⁶ Sin embargo, por las razones arriba referidas, es raro y dificultoso que puedan realizarse estas denuncias efectivamente.

En la ciudad de Buenos Aires, de acuerdo con la ley 22.914, los jueces y los asesores de menores e incapaces asignados a los casos de las personas institucionalizadas están obligados a supervisar y monitorear las condiciones y el tratamiento ofrecidos en las instituciones de salud mental.³⁰⁷ A pesar de que estos procedimientos de supervisión y monitoreo han sido establecidos legalmente, el personal y las personas internadas informaron que, o bien no se cumplen (tal y como informó el personal de la Unidad 20), o no producen un cambio notorio en las condiciones y el tratamiento que los individuos institucionalizados reciben.

Han habido casos en los cuales el monitoreo parece haber sido efectivo. En 2005, cuatro visitas no anunciadas a un hospital por parte de funcionarios de la ciudad de Buenos Aires, motivaron una acción judicial.³⁰⁸ Durante estas visitas, un asesor tutelar de la ciudad encontró que este nosocomio estaba tan sobrepoblado que las personas internadas debían dormir en el piso de los pasillos.³⁰⁹ La necesidad de una mayor supervisión y monitoreo de las condiciones en las instalaciones psiquiátricas se pone de manifiesto en el comentario de un funcionario a la prensa: “El sistema público de salud mental en Buenos Aires está en estado de abandono”.³¹⁰ También durante 2005 la Comisión de Cárceles de la Defensoría General de la Nación y la Procuración Penitenciaria de la Nación elaboraron y elevaron a las autoridades responsables informes de situación y acciones

306 Quienes pueden recibir denuncias son, por ejemplo el juez competente, el defensor del pueblo, el ombudsman municipal, la secretaría de derechos humanos, y los organismos no gubernamentales de derechos humanos, Cf. Alfredo Kraut, *Los Derechos de los Pacientes*, Editorial Abeledo-Perrot, Argentina, (1997), pág. 367. 307 Ley 22.914, supra. De acuerdo con el artículo 10, los jueces están obligados a inspeccionar las instalaciones de hospitalización y a verificar las condiciones de alojamiento, de atención personal y médica ofrecida. El artículo 12 establece que, cada seis meses, los asesores de menores e incapaces deben verificar la evolución de la salud del paciente, las condiciones de alojamiento y la atención personal y médica ofrecidas. Los asesores deben luego informar al juez asignado al caso de sus hallazgos. 308 El 25 de junio de 2007 la Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la ciudad de Buenos Aires confirmó el fallo de primera instancia, que fuera dictado como consecuencia del amparo colectivo a favor de todas las personas internadas en el Hospital Alvear, interpuesto por el Ministerio Público Tutelar. La Cámara de Apelaciones condenó al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por violación de los derechos a la integridad física, a la salud mental, a la intimidad y a la dignidad, ordenándole realizar las obras necesarias para garantizar la seguridad de las personas internadas, designar personal suficiente para el adecuado funcionamiento del hospital, y asegurar que cada persona que requiera internación sea alojada en condiciones adecuadas para la eficacia del tratamiento, su contención y atención en los aspectos médico, psicológico y social (ver CCAyT, Sala I, “Asesoría Tutelar Contencioso Administrativo y Tributario c/ GCBA s/ amparo - Exp.17.091/0”, sentencia del 25 de junio de 2007). 309 Diario Clarín.com, 22 de julio de 2005, “Un hospital psiquiátrico con pacientes durmiendo en el piso. Encuentran graves deficiencias en la atención de urgencias en el Hospital Alvear”. 310 Ídem.

judiciales denunciando las graves condiciones de alojamiento de las personas que se encontraban detenidas en la Unidad 20.³¹¹

Los estándares internacionales de derechos humanos obligan a que los Estados garanticen la seguridad y el bienestar de los individuos detenidos.³¹² La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad requiere que los Estados parte prevengan todas las formas de “explotación, violencia y abuso” asegurando el monitoreo efectivo de todas las instituciones y programas que provean servicios a las personas con discapacidades, mediante autoridades independientes.³¹³ De igual manera los Principios de Salud Mental establecen la necesidad de establecer mecanismos para “inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes”.³¹⁴

Según la Comisión Interamericana, los Estados deben comprometer a sus instituciones dedicadas a la defensa de los derechos humanos a monitorear que se cumplan los derechos de las personas con discapacidades mentales en las instituciones.³¹⁵ La Comisión recomienda a todos los Estados que “apoy[en] la creación de organismos que supervisen el cumplimiento con las normas de derechos humanos en todas las instituciones y servicios de atención psiquiátrica”.³¹⁶ Tales órganos deben incluir a los usuarios, sus familiares, los representantes de los usuarios y los trabajadores de la salud mental.³¹⁷

De acuerdo con el Relator Especial sobre el Derecho a la Salud, debido a que la “extrema vulnerabilidad de algunas” personas con discapacidades mentales es crítica, “la disponibilidad de mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas que sean eficaces, transparentes y accesibles reviste una importancia capital”.³¹⁸ El incremento del monitoreo,

de la asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas de los funcionarios en los hospitales a nivel internacional y nacional es “[u]na de las medidas más urgentes que deberán adoptar muchos Estados para facilitar la realización efectiva del derecho a la salud de las personas con discapacidad mental”.³¹⁹

- 311 Durante 2005 y 2006 la Procuración Penitenciaria de la Nación efectuó presentaciones judiciales en calidad de amigo del tribunal (*amicus curiae*) ante cada uno de los jueces que se encontraban a cargo de las personas alojadas en la Unidad N° 20 en condiciones de recibir el alta médica. Requirió re-examinar las condiciones de salud, externaciones y, en su caso, la continuidad de los tratamientos en los establecimientos de salud no carcelarios. (Cf. Informe Anual 2005 - 2006 de la Procuración Penitenciaria al Congreso de la Nación). En junio de 2007 la Procuración Penitenciaria interpuso un habeas corpus correctivo luego de recibir una carta anónima de familiares denunciando malos tratos a las personas institucionalizadas en esa misma.
- 312 Convención Americana, *supra*, art. 1.
- 313 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *supra*, art. 16 (3).
- 314 Principios de Salud Mental, *supra*, principio 22.
- 315 Recomendación de la CIDH, *supra*, párr. 5.
- 316 Ídem, párr. 7.
- 317 Ídem.
- 318 Informe del Relator Especial, *supra*, párr. 67.
- 319 Ídem, párr. 68.

44 **Vidas Arrasadas**

VI. La reforma de salud mental

A. Iniciativas prometedoras de reforma del sistema de salud mental

1. Ámbito Nacional

En febrero de 2006, se creó la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos.³²⁰ La Mesa se constituyó con los objetivos de promover una política pública en salud mental que incluya la perspectiva de derechos humanos e impulsar transformaciones institucionales para la aplicación de buenas prácticas en salud mental. Se propone desarrollar estrategias de difusión sobre salud mental y derechos humanos a nivel nacional, haciendo hincapié en los temas de estigmatización y discriminación de las personas con padecimiento mental. También pretende impulsar la formulación de diagnósticos de la situación de los derechos humanos y la salud mental en todo el país.

En este marco se han desarrollado coloquios regionales en distintas zonas del país con el fin de promover el fortalecimiento de las organizaciones locales y fomentar la conformación de mesas regionales. De acuerdo con las experiencias adquiridas a partir de la participación directa en las actividades organizadas por la Mesa, puede afirmarse que más allá de lo incipiente del proyecto y de la falta de un sustento normativo que le permita adquirir solidez institucional,³²¹ lo cierto es que esta iniciativa ha despertado apoyo y esperanza para lograr una reforma integral en el sistema de salud mental hacia el futuro. Además, ha aportado un espacio de incidencia a las voces no estatales dedicadas a estos temas.

2. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En 1994, la ciudad de Buenos Aires obtuvo su autonomía a través de una reforma de la Constitución Nacional. Desde entonces, la ciudad ha promulgado varias disposiciones legales valiosas que poseen un lenguaje a favor de iniciativas de reforma de la salud mental. La Constitución de la ciudad de 1996 establece la base para la reforma del sistema de salud mental, determinando que las políticas de salud mental no deben ser instituidas con la finalidad de control social o castigo para las personas, sino que deben dirigirse hacia la desinstitucionalización progresiva y la creación de una red de servicios de protección social.³²² El artículo 48 de la Ley Básica de Salud N° 153, promulgada en 1999, establece que la atención a la salud mental debe evitar instituciones

320 La Mesa es una iniciativa de la Dirección de Asistencia Directa a Personas y Grupos Vulnerables de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, y de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación. En esta Mesa participan representantes de los organismos nombrados, junto a directores de hospitales y funcionarios provinciales y locales de la salud mental y los derechos humanos. También participan asociaciones de familiares, usuarios y voluntarios, organizaciones no gubernamentales, y la Oficina de Salud Mental para Sudamérica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). 321 Esto se ve reflejado en la no obligatoriedad de la asistencia y compromiso por parte de las autoridades estatales de las distintas jurisdicciones a la participación en las actividades de la Mesa. 322 Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, supra, art. 21, párr. 12.

segregadoras y trabajar para lograr una desinstitucionalización progresiva.³²³ La ley requiere que la ciudad implemente modelos alternativos de atención orientados a conseguir la integración social, tales como hogares de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.³²⁴

En el año 2000, la ciudad aprobó la ley 448, que reconoce los derechos y protecciones para las personas que reciben tratamiento en el sistema de salud mental.³²⁵ Esta ley hace eco de varios de los estándares internacionales de derechos humanos, incluyendo: el derecho al respeto de la dignidad de la persona; el derecho al consentimiento informado;³²⁶ el derecho a una atención personalizada; y el derecho a la rehabilitación e integración en la comunidad.³²⁷ También establece que debe procurarse que el tratamiento sea otorgado de manera ambulatoria. Asimismo, la ley determina que “son derechos de

todas las personas en su relación con el Sistema de Salud Mental los establecidos por la Constitución Nacional, la Convención de los Derechos del Niño y demás tratados internacionales, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, y la ley 153 en su artículo 4”.³²⁸ La ley 448 también prevé que se debe crear un Consejo General de Salud Mental, encargado de “a) la formulación de políticas, programas y actividades de salud mental; b) la evaluación y seguimiento del Plan de Salud Mental; c) los aspectos vinculados a cuestiones éticas; d) los lineamientos generales de políticas en articulación con el Consejo General de Salud”.³²⁹

Desafortunadamente, aunque la ley 448 es un importante paso adelante en la reforma del sistema de salud mental, aún no ha sido implementada de manera integral. La ley 448 dispone que la atención en salud mental debe ser suministrada por equipos interdisciplinarios, erradicando cualquier estatus jerárquico entre las profesiones de la salud mental. Sin embargo existen grupos de profesionales que se oponen a la ley 448.³³⁰

En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires en 2006 se creó el Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS).³³¹ Los dispositivos establecidos a partir de PREASIS apuntan a una salida planificada, que busca estimular la autonomía y la reintegración en

323 Ley 153, supra, art. 48 (c) (2).

324 Ídem. art. 48 (c) (3).

325 Ley 448, supra.

326 El consentimiento informado es un consentimiento obtenido libremente, sin amenazas ni imposiciones, después de habersele revelado al paciente las características y naturaleza del tratamiento que recibirá en una forma

adecuada y comprensible y en un lenguaje que él entienda (Principios de Salud Mental, supra, principio 11 (11)).

327 Ley 448, supra, art. 3.

328 Ídem.

329 Ídem, art. 7.

330 La Asociación Gremial de Psiquiatras de la Capital Federal, la Asociación Argentina de Psiquiatras, la Confederación Médica de la República Argentina y la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos

Aires promovieron una demanda de inconstitucionalidad de la Ley de Salud Mental. El Tribunal Superior de Justicia

de la Ciudad de Buenos Aires declaró inadmisibile esta acción de inconstitucionalidad. Véase CELS: Derechos Humanos en Argentina. Informe 2007. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, págs. 342-343. Asimismo diferentes actores del

campo de la salud mental con los que los investigadores pudieron entrevistarse expresaron que existe una poderosa

oposición de los gremios como un importante obstáculo a la reforma del sistema de salud mental.

331 Ley 448, supra, Capítulo III, Sistema de Salud Mental, Artículo 15 [Rehabilitación y reinserción]: “La personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente, serán albergadas en

establecimientos que al efecto dispondrá el área de Promoción Social”.

la comunidad de las personas externadas de las instituciones psiquiátricas.³³² Al momento de cierre de este informe el programa había implementado dos casas de convivencia para mujeres. Ambas casas tienen capacidad para que se alojen ocho personas. Asimismo, el programa tiene prevista la creación de una tercera casa para varones.

3. La provincia de Buenos Aires

En la provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud está involucrado en el PREA. Esta iniciativa, fundada en 1999, se basa en la determinación que los individuos hospitalizados sufren principalmente de dos problemas: “el deterioro que la institucionalización produce, con la consecuente pérdida de autonomía, habilidades y capacidades, y el abandono socio-familiar”.³³³ Para superar estos problemas, el programa busca la reintegración comunitaria de los individuos hospitalizados a través de la promoción de redes sociales que deberían funcionar como un apoyo al proceso de reinserción comunitaria.

El PREA ha establecido un sistema de apoyos para las personas que son dadas de alta del hospital, incluyendo apoyo financiero para alquilar una vivienda y para los gastos asociados con ésta, y la ayuda a los participantes del programa a encontrar un trabajo. Antes de ser dados de alta, el PREA trabaja con aquellas personas que están en el programa ayudándoles a recuperar las habilidades que necesitan para vivir independientemente.

Durante la visita al Hospital Estévez, una mujer internada que estaba involucrada en el programa afirmó que estaba reaprendiendo las habilidades que años de hospitalización habían borrado,

“[el personal del programa] se pasa un año o más enseñándote cómo manejar el dinero y vivir afuera [del hospital]”, afirmó.³³⁴

En junio de 2004, la Coordinadora del PREA, la Dra. Patricia Esmerado, dijo que había 45 mujeres, todas del Hospital Estévez, viviendo solas en casas en la comunidad como parte del programa, y que estaban trabajando para incorporar a más mujeres en el programa.³³⁵ Para octubre de 2006 el número de personas externadas, residiendo en casas de convivencia, se había elevado a 50.³³⁶

El Hospital Cabred tenía previsto realizar, al momento de cierre de este informe, las Primeras Jornadas Nacionales e Internacionales: Salud Mental y Derechos Humanos. Experiencias de reforma para la inclusión. Allí se incluyeron como ejes de trabajo: la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, la agenda de las políticas públicas, las problemáticas judiciales, las experiencias de reforma, y la incorporación de los actores sociales directamente afectados

332 Ídem.

333 Documento del PREA, supra.

334 Entrevista con una mujer institucionalizada en el Hospital José Estévez, provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004).

335 Entrevista con la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta del Hospital José Estévez, provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004).

336 Entrevista con profesionales integrantes del PREA (20 de octubre de 2006).

por las políticas en su planificación y implementación. Este encuentro tuvo como antecedente el Precoloquio en Salud Mental que se llevó a cabo en mayo de 2007, en el que se debatió muchos de los mismos temas en su relación a la reforma en sistema de salud mental.

Adicionalmente, el Intendente de la localidad de Morón, Martín Sabbatella y el ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, Claudio Mate, firmaron un convenio que se plasmará en el proyecto “Casa de Convivencia”. Se trata de un espacio que busca integrar a las personas externadas de las instituciones psiquiátricas a la vida en la comunidad, evitar las internaciones prolongadas y fomentar la autonomía de las personas externadas.³³⁷

Tanto la Jornada, como el Precoloquio y el convenio de coordinación operativa entre el Municipio de Morón y el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires son parte de un programa terapéutico que incluye acuerdos entre el Hospital Cabred y otros municipios.³³⁸ Este programa se propone facilitar la inclusión social de las personas institucionalizadas a partir de la creación de casas de externación, subsidios, atención a la salud mental en centros de salud descentralizados y articulación del trabajo con los tribunales de familia.³³⁹

4. La provincia de Río Negro³⁴⁰

La provincia de Río Negro, al norte de la Patagonia, ofrece otro modelo positivo de atención en la comunidad para las personas con discapacidades mentales.³⁴¹ En 1991, la provincia aprobó la ley 2.440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”, que establece la ilegalidad de los hospitales mentales públicos y define la estructura a seguir para la reinserción social de las personas con enfermedades mentales.³⁴²

Actualmente, la provincia ofrece servicios de salud mental en 33 hospitales generales, 178 centros de salud, seis hogares de medio camino y seis empresas sociales o microemprendimientos sociales para reinsertar socialmente a las personas externadas. Estos servicios atienden a la población de Río Negro, de poco más de medio millón de personas.³⁴³

Los servicios de salud mental en la ciudad de El Bolsón ilustran el modelo de Río Negro. El psiquiatra en jefe de El Bolsón participó del movimiento que llevó a la promulgación de la ley

337 Disponible en <http://www.moron.gov.ar/detalle.php?action=fullnews&id=1172>, 7 de mayo de 2007.

338 Estos municipios son: Moreno, Morón, La Matanza, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Luján, Pilar y San Isidro.

339 Diario Página 12, 1 de julio de 2007 “Pacientes externados”. Entrevista con el Dr. Leo Zavattaro, Director del

Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, Open Door, provincia de Buenos Aires (18 de julio de 2007).

340 Para elaborar esta sección del informe, se contó con la colaboración de Victoria de Menil, candidata a una

Maestría en Salud Pública de la Universidad de Harvard.

341 El Banco Mundial reconoció el innovador enfoque de El Bolsón para la atención en salud mental, otorgando a

sus servicios de salud mental un premio en la Feria de Desarrollo del Banco Mundial de 2005.

342 Ley 2440. Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental Disponible en [http://](http://www.legisrn.gov.ar/detallado_ley.php?ejecutar=DOCU.SECU%3D7548&tablas=leddocu+as+DOCU)

www.legisrn.gov.ar/detallado_ley.php?ejecutar=DOCU.SECU%3D7548&tablas=leddocu+as+DOCU.

343 Entrevista con la Dra. Ana Lía Broide, Jefa de Psiquiatría de El Bolsón, provincia de Río Negro (25 de julio de 2005).

48 **Vidas Arrasadas**

2.440, y ha trabajado para implementar sus reformas desde ese entonces.³⁴⁴ En 2005 los servicios de salud mental de El Bolsón estaban conformados por un equipo de cinco psicólogos, cinco trabajadores de salud mental y un psiquiatra. El equipo trabajaba de manera interdisciplinaria con las familias, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, policías, abogados y empresarios con el objetivo de reintegrar a los usuarios de los servicios de salud mental a la comunidad. La tercera parte de las sesiones de terapia con los profesionales involucraba, al menos, a algún otro miembro de la familia. Además de la terapia tradicional, el equipo ofrecía talleres artísticos y oportunidades laborales de medio tiempo en una cafetería y un servicio de preparación de comidas para banquetes y fiestas. Los trabajadores de la salud mental desempeñaban un rol crucial para ayudar a los usuarios a lograr la transición entre el hospital y la comunidad, llevando a cabo, frecuentemente, visitas a sus hogares o acompañándolos con sus tareas cotidianas.

Si bien Río Negro ofrece un modelo bastante alentador de reforma de la salud mental, no carece de problemas propios. Un estudio independiente llevado a cabo sobre los servicios de salud mental en la provincia concluye que se necesita un mayor financiamiento para que la ley 2.440 se pueda cumplir plenamente.³⁴⁵ Es preciso una mayor inversión, en particular para la provisión de alternativas de alojamiento para los individuos con enfermedades mentales crónicas que no tienen familiares que se hagan cargo.³⁴⁶ El estudio

también encontró que los usuarios de los servicios de salud mental no han sido adecuadamente involucrados en la toma de decisiones concernientes a los servicios ofrecidos.³⁴⁷

5. La provincia de San Luis

El “Hospital Escuela de Salud Mental” (Hospital Escuela) en la provincia de San Luis, puede ser otro modelo prometedora de desinstitutionalización. Desde 1993, el hospital psiquiátrico de San Luis ha sido sometido a una gran reforma, principalmente bajo la dirección del Dr. Jorge Luis Pellegrini. El hospital ha sido transformado de una institución cerrada con más de 100 personas internadas a largo plazo, a una clínica con 10 camas para el cuidado de casos agudos. El Dr. Pellegrini afirmó que el promedio de la estadía oscila entre los tres y los siete días.³⁴⁸ Actualmente el hospital funciona más como una clínica comunitaria que como un hospital de internación psiquiátrica. Además de atención en salud mental, ofrece servicios de salud general, incluyendo vacunaciones, pruebas de embarazo y talleres de recuperación del alcoholismo.³⁴⁹

Al comienzo de la iniciativa de reforma, según el Dr. Pellegrini,
“[El personal] veía a los pacientes como niños, no conocía sus nombres, sólo sus apodos, y

344 Ídem.

345 Pamela Y. Collins, “Waving the banner of the mental health revolution: Psychiatric reform and community mental health in the Province of Rio Negro, Argentina” [Flameando la bandera de la revolución en salud mental: Reforma psiquiátrica y salud mental comunitaria en la Provincia de Río Negro, Argentina], en *Innovative Community Mental Health Services in Latin America and the Caribbean* (JM Caldas de Almeida & A. Cohen eds., en imprenta).

346 Ídem.

347 Ídem.

348 Entrevista con el Dr. Jorge Luis Pellegrini, Director del Hospital Escuela de Salud Mental, provincia de San

Luis (8 de diciembre de 2004).

349 Ídem.

la mayoría de los hospitalizados eran castigados [por el personal]”.³⁵⁰

Al describir las condiciones del hospital al inicio de la reforma el Dr. Pellegrini dijo que “las paredes estaban cubiertas de material fecal y orina”.³⁵¹ Para impulsar la reforma, el Dr. Pellegrini instaló su oficina en una de las celdas de aislamiento de la institución. Luego el Hospital Escuela abrió los candados de las puertas de la institución, se compraron nuevas vestimentas para los residentes, se eliminó el logo del hospital de la ropa, y se introdujo un sentido de dignidad en el cuidado y el tratamiento ofrecido.³⁵²

El farmacéutico responsable del hospital, Enrique Capella, también describió serios

problemas con el uso impropio y excesivo de los medicamentos antes de la reforma:

“Cuando llegué encontré muchos medicamentos que estaban vencidos o a punto de vencerse. Me tomó tres horas cada día preparar los medicamentos para 106 personas. ³⁵³ ví que había un chaleco químico sobre los pacientes, estaban como zombis”.

La primera táctica a seguir, según el Sr. Capella, fue reducir la cantidad de medicación administrada a las personas internadas. El proceso empezó con una reevaluación del diagnóstico de cada persona internada y una revisión de los medicamentos ³⁵⁴ que cada uno tomaba.

Los investigadores no pudieron confirmar qué sucedió con las personas que habían estado institucionalizadas en el Hospital Escuela antes de la reforma. El Dr. Pellegrini informó que la vasta mayoría de las personas se habían ido a vivir con sus familias, mientras que el Sr. Capella afirmó que de las 106 personas, 80 habían ido a hogares ³⁵⁵ substitutos. Los investigadores no tuvieron la oportunidad de visitar estos hogares y no se pudo confirmar en qué condiciones se encontraban las personas que habían sido dadas de alta del hospital.

En diciembre de 2006, la Legislatura de la Provincia de San Luis sancionó la Ley de Desinstitucionalización, la cual contiene varias disposiciones progresistas con respecto a la salud mental y los derechos de las personas con discapacidades mentales. ³⁵⁶ La ley prohíbe la institucionalización de las personas con discapacidades mentales en cualquier parte de la provincia. ³⁵⁷ También presume que estas personas son capaces de tomar sus propias decisiones, “salvo prueba en contrario”, aunque no define qué tipo de prueba es necesaria, quién es el encargado de determinar la incapacidad, ni a través de qué proceso se llega a esta determinación. ³⁵⁸ La ley sí especifica que

350 Ídem.

351 Ídem.

352 Ídem.

353 Entrevista con Enrique A. Capella, Farmacéutico, Hospital Escuela de Salud Mental, provincia de San Luis (9 de diciembre de 2004).

354 Ídem.

355 Ídem.

356 Ley de Desinstitucionalización, provincia de San Luis (2006).

357 Ídem. art. 3. La institucionalización es definida por la ley como “la reclusión, internación, guarda o medida

similar sobre personas, restringiendo su libertad y/o desconociendo su autodeterminación y autonomía, conformando

un proceso inverso a la recuperación, rehabilitación, reinserción o tratamiento del ser humano por concluir con su

discriminación, cronificación, abandono o exclusión social en instituciones” (Ídem. art. 7).

358 Ídem. art. 5 (e).

el hecho de que se encuentre a una persona incapaz en un contexto específico no implica que la persona sea incapaz de ejercer el derecho a la autodeterminación en otros contextos.³⁵⁹

B. Movimiento de desinstitucionalización

Muchos grupos de usuarios, “ex-pacientes”, organizaciones profesionales, activistas de derechos de discapacidad y grupos de derechos humanos están activamente involucrados en un movimiento para la desinstitucionalización de los servicios de salud mental en Argentina. Algunos de estos grupos y organizaciones son enumerados a continuación.

1. Los grupos de usuarios y “ex-pacientes”

Los investigadores se reunieron con varias organizaciones de usuarios y “ex-pacientes” que apoyan la desinstitucionalización.

Por ejemplo, los miembros de la radio “La Colifata”, un programa radial fundado en 1993 en el Hospital Borda para brindarles una voz a los usuarios y “ex-pacientes”, describieron cómo la experiencia de la radio había impactado en sus vidas y los había ayudado a organizarse a favor de la desinstitucionalización.

“[Así es] Cómo nos ayudó la radio. Nos encontró una familia. La idea de Alfredo [Olivera] de hacer la radio surgió cuando él era estudiante de psicología. Gracias a él pudimos ver el otro lado del mundo. Que a los internos se nos oyera afuera. Lo bueno de la radio es que mostramos que podemos hacer cosas profesionales, demostrarles a la sociedad que podemos hacerlo”.³⁶⁰

Hugo, un ex-paciente, miembro de “la Colifata” dijo:

“El gobierno está pagando casi 3000 pesos [por mes] por paciente [internado]. Si a mí me pagan 1000 pesos para vivir en un departamento vivo muy bien y el gobierno [se] queda con 2000 pesos”.³⁶¹

Otro miembro de la radio comentó,

“En la Colifata sentí que no se trataba sólo de combatir [el modelo de atención] del hospital psiquiátrico sino de proponer alternativas”.³⁶²

Los integrantes de estas organizaciones son sumamente conscientes del estigma y el prejuicio que enfrentan como consecuencia de haber recibido servicios de salud mental. Hablando sobre la discriminación a la que se ha visto expuesto, Fernando, un miembro de la radio “La Colifata” narró:

“En el ’97 o ’98 consigo trabajo en una pizzería de delivery. Empiezo a trabajar, yo muy

359 Ídem. art. 5 (f).

360 Entrevista con Julio, miembro de la radio “La Colifata”, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

361 Entrevista con Hugo, miembro de la radio “La Colifata”, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006). El

Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, Carlos de Lajonquiere, confirmó este dato en una

entrevista que se mantuvo el 18 de julio de 2007.

362 Entrevista con Fernando, miembro de la radio “La Colifata”, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

callado, y me voy recuperando. En la radio Colifata nos [hicieron una] entrevista, salió por la televisión y la vio una mujer que trabajaba en la caja. Ella lo coment[ó] a los patrones y a la semana me pid[ieron] la ropa y no me llama[ro]n más”.³⁶³

Otro miembro de la radio comentó, “Hace un año que tramito mi pensión de discapacidad. No sé más qué hacer. Estamos desprotegidos por todas partes. Nos discriminan. No podemos conseguir trabajo en ningún lado. Hace cuatro años que estoy buscando trabajo. La sociedad también nos pone trabas”.³⁶⁴

Cabe destacar que en el mes de mayo de 2007, “La Colifata”, junto a Tea Imagen Escuela Integral de Televisión y la Subsecretaría de Derechos Humanos de la Ciudad de Buenos Aires, organizaron el *Primer Encuentro Mundial de “Colifatas” o Radios Realizadas por Usuarios de Salud Mental*.³⁶⁵ El encuentro era un foro mundial de emisoras de radio que funcionan en centros psiquiátricos, con el objeto de intercambiar experiencias entre los asistentes. En dicho encuentro hubo debates, presentaciones artísticas y una convocatoria de cortometrajes referidos a las diversas miradas sociales sobre la locura.

2. Las organizaciones profesionales activas

Existen varias organizaciones profesionales que apoyan los esfuerzos de la reforma de salud mental. El FORO es un ejemplo. El FORO está formado por 20 instituciones que trabajan en el sector de salud mental y representa aproximadamente a 9000 profesionales. El grupo fue formado en 1997 con el objetivo de preservar el derecho a la salud mental. El gobierno de la Ciudad de Buenos Aires pidió a esta organización que participara como asesor en la formulación de la ley 448, y sus miembros han integrado el Consejo General de Salud Mental, establecido en el artículo 5 (k) de esa ley.³⁶⁶

El FORO tiene lo que sus integrantes describen como un concepto “sociopolítico” de la salud mental, y está involucrado en examinar los efectos no-médicos de la enfermedad mental. Los miembros de la organización proponen la desinstitucionalización, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud mental. Afirmaron que los hospitales Tobar García, Borda y Moyano gastan el 80 por ciento del presupuesto de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. Integrantes del FORO informaron a los investigadores que los gastos en salud mental eran alrededor de 2500 pesos mensuales por persona internada. Este dinero, argumentan, sería mejor invertido en servicios en la comunidad y proveiendo alojamiento alternativo a las personas que están institucionalizadas.³⁶⁷

363 Ídem.

364 Entrevista con Julio, miembro de la radio “La Colifata”, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

365 Disponible en: <http://www.gacemail.com.ar/Detalle.asp?NotaID=7657>.

<http://www.buenosaires.gov.ar/areas/>

[jef_gabinete/derechos_humanos/noticias/?modulo=ver&item_id=7540&contenido_id=18128&idioma=es](http://www.buenosaires.gov.ar/areas/jef_gabinete/derechos_humanos/noticias/?modulo=ver&item_id=7540&contenido_id=18128&idioma=es) y

[http://](http://www.lanacion.com.ar/912112)

www.lanacion.com.ar/912112.

366 Entrevista con integrantes del FORO, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

367 Ídem.

52 **Vidas Arrasadas**

La Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), una asociación de 2400 miembros, que incluye a psicólogos, antropólogos y abogados, también ha apoyado la reforma de salud mental. APSA coordina un foro sobre las políticas de salud mental, que abarca el entrenamiento en la administración de servicios de salud mental y la implementación de políticas. APSA ha sido crucial en atraer la atención del gobierno hacia los abusos de derechos humanos que ocurrieron en los hospitales psiquiátricos y ha estado involucrada en el proceso de desinstitucionalización del Hospital Escuela de San Luis.³⁶⁸

En 2004, La Dra. Graciela Lucatelli, ex presidenta de APSA, estimó que con el presupuesto nacional de salud mental, que de acuerdo a sus estimaciones era de 1.5 millones de pesos anuales (aproximadamente U\$S 500.000), podría atenderse a los “pacientes agudos”, a los hogares de medio camino y a equipos ambulatorios que proporcionarían atención a domicilio “y tendríamos dinero de sobra”.³⁶⁹ La Dra. Lucatelli hizo hincapié en la importancia de establecer alianzas con otras organizaciones no gubernamentales y sociedades científicas para lograr la reforma de la salud mental. “Los trabajadores creen que si se cierran los hospitales se quedarán sin trabajo”, dijo, agregando que “los líderes tienen la excusa de los gremios para no avanzar con estos cambios”.³⁷⁰

Otra organización que apoya una transformación en los servicios de salud mental es la Asociación en Defensa de los Derechos en Salud Mental (ADESAM). ADESAM está integrada por psicólogos, psiquiatras y abogados dedicados a la promoción y defensa de los derechos de las personas con discapacidades mentales.³⁷¹ En diciembre de 2005 los investigadores participaron del primer encuentro del Movimiento de Desmanicomialización y Transformación Institucional en el que convergieron organizaciones de diferentes sectores y experiencias de trabajo para discutir esfuerzos hacia la desmanicomialización.

3. Los directores de las instituciones

En el marco de la investigación se pudo reconocer también un inmenso apoyo a la reforma de salud mental entre varios profesionales de la salud mental, incluyendo a muchos de los directores de las instituciones. En la Colonia Nacional Montes de Oca el Director, Dr. Jorge Rossetto, está involucrado activamente en cambiar el paradigma de la atención de salud mental. El Dr. Rossetto señaló: “las personas que entraron en la institución murieron

aquí”. Ahora se está trabajando para poder dar de alta a las personas institucionalizadas. En 2004 fue habilitada una casa dentro de la colonia que, al momento de la visita de los investigadores, albergaba a tres personas en proceso de alta. Dos de estas personas concurrían a la escuela, en la cercana localidad de Torres, y uno trabajaba para la municipalidad de la ciudad. En la colonia se estaba trabajando para darles de alta y reinsertarles en la comunidad. El Dr. Rossetto comentó: “Queremos que los pacientes regresen a la comunidad. Queremos demostrar que todos pueden ser rehabilitados”.³⁷² En julio de 2007, dos

368 Entrevista con la Dra. Graciela Lucatelli, Presidenta, Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), ciudad de

Buenos Aires (5 de junio de 2004).

369 Ídem.

370 Ídem.

371 Disponible en <http://www.adesam.org.ar/objetivos.html>

372 Entrevista con el Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004).

de las tres personas en la casa habían sido externados.³⁷³

Para implementar su visión, el Dr. Rossetto había firmado un convenio con el Hospital Escuela de San Luis, para que éste provea capacitación al personal de la colonia sobre cómo implementar una reforma del sistema de salud mental. Como parte de este plan de reforma se crearon, además, cinco hospitales de día y una casa de externación y está prevista la creación de una segunda casa de externación. Otro componente del plan es el programa “Regreso a casa” que contempla ayudas económicas de 360 pesos mensuales (aproximadamente U\$S 120) destinadas a personas en condiciones de ser externadas que cuentan con familias continentales pero que no podrían acompañar el proceso de externación por motivos de orden económico. A la fecha de cierre de este informe forman parte del programa 41 personas.³⁷⁴

En 2002 fue lanzado un programa de reforma en el Hospital Cabred. Hasta ese momento no existían en la institución programas terapéuticos y las personas internadas por plazos breves se alojaban en los mismos pabellones que aquellos internados a largo plazo. El Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Cabred, informó que el plan estratégico actual del hospital contempla procesos de reforma y desinstitutionalización, a través de la firma de convenios entre el hospital y los municipios cercanos para crear casas de convivencia para los individuos en proceso de externación. Para el 2005 el hospital ya había firmado convenios con los municipios de Moreno y de Pilar y estaba a la firma de otro con el municipio de Morón. El borrador del plan estratégico del Hospital Cabred llega hasta el año 2010, momento en el cual el plan propone que la capacidad del hospital sea reducida de 1320 a 500 camas, 200 de las cuales funcionarían como instalaciones de cuidado geriátrico. El Dr. Zavattaro informó que un subsidio del Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires permitiría externar a 300 personas con problemas económicos.

Él estimó que otros 200 podrían ser externados gracias a los convenios logrados con los municipios. Para 2007 el Dr. Zavattaro informó que más de 250 personas fueron externadas y se han firmado convenios con cinco municipios más.³⁷⁵

En el Hospital Borda, el Director Dr. Miguel Angel Materazzi informó que en 1998 había 1250 personas hospitalizadas en el nosocomio; y que al momento de la visita en 2004 el número se había reducido a 1050. Para el primer semestre de 2007 el promedio se redujo a 853 personas internadas.³⁷⁶ “Mi énfasis está en la atención domiciliaria”, Dr. Materazzi afirmó.³⁷⁷ El Dr. Materazzi también expresó su apoyo a la reforma de la salud mental establecida en la legislación de la ciudad diciendo, “estamos aplicando la ley 448. Estoy totalmente de acuerdo con la [ley] 448”.³⁷⁸

373 Entrevista con el Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (17 de julio de 2007).

374 Entrevistas con el Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (27 de septiembre de 2006 y 17 de julio de 2007).

375 Estos municipios son: Morón, La Matanza, José C. Paz, Malvinas y San Isidro. Diario Página 12,, 1 de julio de 2007, “Pacientes externados”.

376 Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/1er_sem_2007/?menu_id=21300.

377 Entrevista con el Dr. Miguel Angel Materazzi, Director, Hospital Borda, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

378 Entrevista con el Dr. Miguel Angel Materazzi, Director, Hospital Borda, ciudad de Buenos Aires (25 de enero de 2006).

VII. El derecho a conocer y defender sus propios derechos

Si bien Argentina tiene un movimiento de usuarios y ex-usuarios bastante activo, estos grupos no son consultados por el gobierno para la planificación ni la ejecución de los servicios. Aunque los administradores del Hospital Cabred afirmaron que el grupo “Asociación Argentina de Ayuda a la Persona que Padece de Esquizofrenia y a su Familia” (APEF), dirigido por familiares de las personas con discapacidades, mantiene una relación de asesoría con el hospital, los investigadores no pudieron confirmar que alguna otra organización de usuarios cumpliera un rol sustancial en la formulación de las políticas ya sea en el ámbito hospitalario o gubernamental.

De acuerdo con los estándares internacionales, las personas con discapacidades mentales tienen el derecho a estar involucradas en la planificación y la ejecución de los servicios que las afectan. La Convención Interamericana sobre Discapacidad establece inequívocamente el derecho de las personas con discapacidades a participar en la “elaboración, ejecución y evaluación de medidas y políticas”.³⁷⁹ Más aún, la Convención afirma que los gobiernos deberán promover la participación de las personas con discapacidades en la planificación e implementación de las políticas.³⁸⁰

Las Normas Uniformes de la ONU también señalan con claridad que las personas con discapacidades tienen el derecho de participar en la formulación de políticas públicas, y de solicitar a sus gobiernos que “prom[uevan] y apoy[en] económicamente y por otros medios la creación y el fortalecimiento de organizaciones que agrupen a personas con discapacidad, a sus familiares y a otras personas que defiendan sus derechos”.³⁸¹ La simple representación, sin una capacidad real de participar en la planificación de las políticas, es insuficiente.³⁸² Las Normas Uniformes enfatizan la importancia de que las personas con discapacidades puedan valerse por sí mismas en los ámbitos locales, nacionales e internacionales. También señalan que es de “máxima importancia”³⁸³ la participación de las personas con discapacidades en la elaboración de programas gubernamentales que las afecten. Esta participación debe incluir una participación activa en la planificación y creación de políticas públicas, en la elaboración de políticas económicas, en la recopilación de información, en el entrenamiento del personal y en el monitoreo y evaluación de los programas de salud sobre discapacidad.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce también que todos los usuarios de los servicios de salud mental desempeñan un rol esencial en la formulación de las políticas. Si bien los familiares de los usuarios, los trabajadores de la salud mental y la comunidad en general cumplen un papel importante en la formulación de las políticas, la OPS reconoce que, “en primer lugar están las personas (pacientes, clientes, usuarios) alrededor de los cuales toda la política debería ser estructurada”.³⁸⁴

379 Convención Interamericana sobre Discapacidad, supra, art. V (1).

380 Ídem.

381 Normas Uniformes, supra, norma 18.

382 Ídem, normas 13-22.

383 Ídem.

384 Organización Panamericana de la Salud, Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales

y Guías Para su Implementación, Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención

VIII. Conclusiones

El sistema argentino de servicios sociales y de salud mental para las personas con

discapacidades psiquiátricas e intelectuales se encuentra desfasado respecto de los cambios ocurridos en el mundo durante los últimos 30 años. Debido, en gran parte, a la inexistencia de servicios de salud mental en la comunidad, las personas con discapacidades mentales han sido segregadas de la sociedad, ubicándoselas en instituciones psiquiátricas. Esta segregación constituye una forma de discriminación contra las personas con discapacidades y contra las personas inadecuadamente etiquetadas con un diagnóstico psiquiátrico, una práctica prohibida por el derecho internacional de derechos humanos.³⁸⁵

Al encerrar a miles de individuos en grandes instituciones, en vez de proveer alternativas a la institucionalización —tales como el alojamiento, los servicios y los apoyos ubicados en la comunidad—, Argentina está causando un daño incalculable a personas que, con los servicios y apoyos apropiados, podrían llevar adelante vidas productivas y sanas. La segregación de estas personas de sus vínculos familiares, de oportunidades y de sus comunidades, sin ninguna otra opción que no sea la institucionalización, aumenta su aislamiento, potencia su discapacidad y hace que la posibilidad de que regresen a regirse y valerse por sí mismos sea inmensamente más difícil.

Esta institucionalización masiva es, fundamentalmente, el resultado de decisiones políticas erróneas que se traducen en una mala asignación de los recursos gubernamentales y en la ausencia de planificación en políticas específicas que se orienten a proveer atención a la salud mental centrada en la comunidad.

Las normas argentinas que regulan las internaciones involuntarias en los hospitales psiquiátricos no establecen protecciones adecuadas en contra de la detención arbitraria. Las previsiones sustantivas que permiten la detención son demasiado amplias y están mal definidas. Los procedimientos vigentes no garantizan el derecho a que la medida de internación de una persona sea decidida por un órgano independiente, no establecen el derecho a la representación y no prevén el derecho a la revisión periódica de las órdenes de internación por una autoridad judicial u otra autoridad independiente.

Dentro de muchas de las instituciones psiquiátricas argentinas se perpetran violaciones a los derechos humanos de las personas internadas, incluyendo violaciones al derecho a la vida, a la salud, y a un trato digno y humano, cuyos responsables no son investigados ni sancionados. La falta de monitoreo y supervisión en las instituciones asilares contribuye a crear un clima donde no gobierna la ley, tanto por los abusos inflingidos contra aquellos que están institucionalizados, como por la corrupción en el funcionamiento administrativo.

Psiquiátrica, Caracas, Venezuela, 11 al 14 de noviembre de 1990 (1991).

385 Eric Rosenthal y Clarence Sundram, *International Human Rights in Mental Health Legislation*, 21 N. Y. L.

Sch. J. Int'l & Comp. L. 469, 504 (2002).

56 Vidas Arrasadas

Sin embargo, mientras hay obstáculos importantes a vencer, Argentina tiene los recursos necesarios para comprometerse con un cambio significativo en la manera en la cual se prestan los servicios de salud mental públicos. El país cuenta con una amplia base de profesionales de la salud mental; modelos de reforma de salud mental reconocidos; leyes progresistas que favorecen la promoción de la atención de salud mental en la atención primaria, la formación de servicios ubicados en la comunidad y la desinstitutionalización. En la ciudad y provincia de Buenos Aires, donde se encuentran el 75 por ciento de las instituciones psiquiátricas más grandes, las autoridades, en general, están a favor de la reforma de la política de salud mental y están tomando medidas positivas hacia una transformación en los servicios de salud mental. Numerosas organizaciones profesionales, de derechos humanos, de familiares y de usuarios y “ex-pacientes” están activamente comprometidas con diversas acciones que apoyan este cambio de paradigma. En las palabras de un funcionario de la ciudad de Buenos Aires, “Hay dinero [para implementar la reforma], tenemos que hacer los cambios; tenemos que hacerlos ahora”.³⁸⁶

Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones proponen una serie de acciones concretas que las autoridades nacionales, provinciales y municipales, directores de instituciones, y las instituciones financieras internacionales deberían tomar con el objetivo de conducir una reforma de los servicios de salud mental en Argentina que sea respetuosa de los derechos humanos y que prevenga futuros abusos.

AL PODER EJECUTIVO NACIONAL, Y ESPECÍFICAMENTE AL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN:



Crear una Comisión Nacional de alto nivel que planifique la reforma del sistema de servicios de salud mental

El gobierno federal debería crear una Comisión Nacional de alto nivel que planifique la reforma del sistema de salud mental y que actúe de manera coordinada con la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación. El gobierno sólo resolverá el problema de la institucionalización custodial y la internación inapropiada cuando se comprometa a crear sistemas de apoyo ubicados en la comunidad que asistan a las personas con discapacidades mentales a vivir integradas en la sociedad. La Comisión Nacional debería contar con la amplia participación de profesionales, organismos de derechos humanos, organizaciones de proveedores de servicios, de abogados, de las familias y de los usuarios de acuerdo con los requisitos de las Normas Uniformes de Naciones Unidas.³⁸⁷ Esta Comisión debería desarrollar un plan maestro que promueva una política nacional para la provisión de servicios para las personas con discapacidades mentales en el entorno menos restrictivo posible. Este plan debería, como mínimo, incluir:

- i. el desarrollo de servicios comunitarios residenciales y programas de día para las personas que se encuentran institucionalizadas;
- ii. el desarrollo de programas vocacionales de rehabilitación, oportunidades de trabajo y de participación activa de los usuarios en su tratamiento y rehabilitación;
- iii. el desarrollo de servicios de apoyo que permitan que las familias continúen cuidando de sus miembros con discapacidades mentales;
- iv. la apertura de cupos psiquiátricos que den atención a corto plazo a los casos agudos en hospitales generales o en clínicas ubicadas en la comunidad;
- v. un cronograma de altas planificadas para las personas institucionalizadas, una política de no internar a largo plazo y la clausura paulatina de las instituciones de internación a largo plazo en colaboración con los directores de los mismos centros psiquiátricos; y

- vi. una campaña nacional para implementar un programa de educación pública para combatir el estigma y la discriminación contra las personas con discapacidades mentales, incluyendo la capacitación de profesionales de la salud, profesores y otros que atienden a las personas con discapacidades mentales, tendientes a generar conciencia en la comunidad en temas de derechos humanos y discapacidad mental.



Revisar todas las internaciones psiquiátricas

La Comisión Nacional también debería llevar adelante una revisión de todas las historias clínicas

387 Normas Uniformes, supra.

58

Vidas Arrasadas

de las personas alojadas en instituciones de salud mental a mediano y largo plazo. Ello con el fin de identificar las necesidades que éstas tengan de servicios en la comunidad y organizar su posterior alta, decidiendo las prioridades en cada caso, conjuntamente con los directores de los hospitales psiquiátricos. En este sentido, la Ley de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, Ley 448, establece tal revisión de las admisiones en los hospitales psiquiátricos. Esta provisión debería ser implementada en todo el país y no sólo en la ciudad de Buenos Aires.



Implementar un programa nacional para desarrollar servicios de salud mental de atención comunitaria

La Comisión Nacional también debería implementar un programa de atención comunitaria en salud mental con alcance nacional que desarrolle servicios de salud mental en la comunidad y servicios que aseguren la resocialización de las personas con discapacidades mentales.



Redirigir el financiamiento hacia servicios basados en la comunidad

La Comisión Nacional debería desarrollar e implementar una política que dictamine la reinversión de los ahorros obtenidos de la administración de los servicios institucionales provenientes del alta de las personas internadas a largo plazo. Estos recursos deberían estar dirigidos al desarrollo de servicios residenciales comunitarios y otros servicios de apoyo.



Proveer mayores recursos a la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación

El gobierno federal debería proveer a la Unidad Coordinadora los recursos necesarios para que ésta pueda recolectar y centralizar datos de salud mental de las provincias, lo cual es esencial para asegurar una efectiva planificación e implementación de políticas públicas en salud mental en todo el país.



Apoyar el desarrollo de un movimiento de defensa de derechos dirigido por los mismos usuarios del sistema de salud

El gobierno federal debería proveer apoyo logístico y financiero para que grupos de usuarios, “ex-pacientes” del sistema de salud mental y sus familiares puedan actuar como defensores de sus propios derechos. El gobierno debería garantizar oportunidades para que tales grupos participen activamente en la elaboración e implementación de las políticas, programas y servicios que los afectan.



Desarrollar un plan de capacitación del personal

El gobierno federal debería desarrollar un plan de capacitación para los trabajadores de la salud mental, desde los profesionales hasta los técnicos, que permita implementar programas de rehabilitación para las personas internadas en las instituciones psiquiátricas. Esta capacitación debería incluir la transmisión sobre principios básicos de derechos humanos y no discriminación.³⁸⁸

388 De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estados deben promover la capacitación inicial y periódica del personal que trabaja en los servicios de rehabilitación. (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, supra, art. 26 (2)).



Asegurar un entorno habitable, seguro, limpio y humano en todas las instituciones psiquiátricas

El gobierno federal debería establecer disposiciones vinculantes para erradicar las condiciones peligrosas, insalubres y antihigiénicas de todas las instituciones del país. Todas ellas deberían cumplir con ciertos estándares básicos, tales como:

- i. reparación inmediata de los inodoros, lavatorios y duchas que no funcionen;
- ii. limpieza diaria de los espacios habitados y de las áreas de baño con productos desinfectantes;
- iii. acceso de todos y cada uno de los individuos internados a una cama con colchón, frazadas y sábanas limpias;
- .iv. vestimenta y calzado limpios y en buenas condiciones;
- .v. acceso inmediato a jabón, toallas, papel higiénico y productos de higiene personal para cada persona detenida;
- vi. comida suficiente con un balance nutricional adaptado a las necesidades particulares de cada individuo;
- vii. fumigación inmediata y regular de las instalaciones.

Proveer atención médica y psiquiátrica apropiada

El gobierno federal debería ordenar la provisión de atención médica y psiquiátrica para garantizar la seguridad y salud de todas las personas internadas en instituciones psiquiátricas.

AL PODER LEGISLATIVO NACIONAL:



Sancionar una ley marco nacional de salud mental

El Poder Legislativo Nacional debería propiciar la sanción de una ley marco nacional de salud mental adaptada a los estándares internacionales de derechos humanos a los que las provincias deberían adherir. Tal ley debería asegurar, como mínimo:

- i. Garantías del debido proceso en los trámites de internación psiquiátrica involuntaria o forzosa, incluyendo:
 1. El derecho a la revisión judicial de todas las internaciones involuntarias por parte de una autoridad independiente dentro de las 72 horas desde el comienzo de la internación;
 2. El derecho a la revisión periódica por un órgano de revisión independiente e imparcial de las internaciones involuntarias;
 3. El derecho a contar con representación legal desde las primeras audiencias de internación y en todas las subsiguientes audiencias. El Estado debería garantizar la defensa gratuita si el individuo no pudiera contratar un abogado.
- ii. Principios vinculados a la asistencia en salud mental, incluyendo tratamiento y rehabilitación adecuados y basados en la comunidad orientados alrededor de las necesidades y deseos de los individuos que reciban estos servicios, y garantías de que todo tipo de asistencia sea provisto sólo después de obtener el consentimiento informado de ellos;

60 Vidas Arrasadas

- iii. Los demás derechos reconocidos en los estándares internacionales pertinentes a las personas con discapacidades mentales.³⁸⁹

A LA PROCURACIÓN GENERAL DE LA NACIÓN Y A LAS PROCURACIONES GENERALES DE LAS PROVINCIAS:



Investigar las muertes recientes en instituciones y establecer un protocolo que asegure que se investigará plenamente cualquier muerte que ocurra en adelante

Un grupo de funcionarios independientes debería investigar y hacerse público todas las muertes que ocurran en las instituciones. Durante el curso de la investigación se documentaron cuatro muertes inexplicadas en el Hospital Diego Alcorta y un índice de muertes cuatro veces más elevado durante los meses de invierno en el Hospital Cabred. Los

fiscales, de acuerdo con la jurisdicción correspondiente, deberían investigar éstas y otras muertes y establecer un protocolo que asegure una investigación completa e independiente de cualquier muerte que ocurra en el futuro en las instituciones.

 Investigar y elaborar informes sobre las instituciones que presenten condiciones particularmente abusivas

Los fiscales deberían investigar las denuncias de abuso en instituciones psiquiátricas —se identificaron condiciones particularmente abusivas en los hospitales Diego Alcorta y Moyano y en la Unidad 20— y perseguir penalmente a aquéllos que sean encontrados responsables de abusos. Los fiscales, de acuerdo con las jurisdicciones correspondientes, deberían analizar patrones de violaciones y evaluar la posibilidad de hacer informes públicos sobre lo descubierto que ayuden a hacer cesar las condiciones de abuso en las instituciones psiquiátricas.

AL MINISTERIO PÚBLICO DE LA DEFENSA DE LA NACIÓN Y A LOS MINISTERIOS PÚBLICOS DE LA DEFENSA PROVINCIALES:

 Garantizar una defensa gratuita y eficiente de las personas internadas en las instituciones psiquiátricas

La Defensoría General de la Nación debería garantizar que todas las personas privadas de libertad en instituciones psiquiátricas cuenten con defensores disponibles, responsables de realizar visitas periódicas en las instituciones, ayudar a las personas institucionalizadas y sus familias, interponer y resolver sus denuncias, e investigar las denuncias por abuso o negligencia, así como las muertes sospechosas. Similares medidas deberían tomarse en cada una de las provincias con instituciones psiquiátricas. Los defensores, de acuerdo con las jurisdicciones correspondientes, deberían analizar patrones de violaciones y evaluar la posibilidad de hacer informes públicos sobre lo descubierto que ayuden a hacer cesar las condiciones de abuso en las instituciones psiquiátricas.

389 Véase, p.e., Los Principios de Salud Mental y La Declaración de Montreal, supra. Para ampliar sobre los derechos específicos de las personas con discapacidades mentales puede verse a Alfredo Kraut, Salud Mental. Tutela Jurídica, Editorial Rubinzal Culzoni, Argentina (2006), págs. 490/534.

A LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA NACIÓN:

 Crear un programa que proteja a las personas de abusos dentro de las instituciones psiquiátricas

La Defensoría del Pueblo debería monitorear activamente las condiciones en todas las instalaciones que atiendan a personas con discapacidades psiquiátricas o intelectuales y evaluar la posibilidad de proveer asistencia y patrocinio jurídico gratuito ante las denuncias de las personas institucionalizadas y sus familiares. Además, el Defensor del Pueblo debería estar autorizado para realizar inspecciones sin previo aviso, de día o de noche y, de manera regular, en todas las instituciones; similar a la facultad que dispone el Procurador Penitenciario respecto de las unidades penales psiquiátricas. Los informes de los resultados deberían hacerse públicos.

AL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES:



Aplicar efectivamente lo dispuesto por el artículo 48 de la ley 153

El gobierno de la ciudad de Buenos Aires debería poner en práctica el artículo 48 de la Ley Básica de Salud N° 153, que determina que el gobierno debe trabajar hacia la desinstitucionalización progresiva. La ley dispone, más aún, que el gobierno debe implementar modelos alternativos de atención enfocados en la integración social tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.



Implementar sin demoras todas las medidas necesarias para darle efectividad real a la ley 448

El gobierno de la ciudad de Buenos Aires debería hacer cumplir la ley 448 y tomar pasos proactivos para implementarla, creando un programa de atención comunitaria en salud mental y resocialización de personas con discapacidades mentales.³⁹⁰ La ley 448 establece avanzar hacia la desinstitucionalización progresiva, y garantiza los derechos humanos de las personas que reciben tratamiento en el sistema de salud mental de la ciudad, incluyendo el derecho al respeto de la dignidad personal; el derecho al consentimiento informado; el derecho a la atención personalizada; y el derecho a la rehabilitación y a la integración en la comunidad.



Cumplir las disposiciones transitorias de la ley 448

El gobierno de la ciudad de Buenos Aires debería cumplir con las disposiciones transitorias de la ley 448, en particular la segunda disposición, que establece que se debe realizar un relevamiento de la totalidad de las personas internadas, a fin de poder determinar las causas, tiempo de internación y certificar la necesidad o no de continuar con la internación.



Informar a la población acerca de la implementación de la ley 448

El Jefe de Gobierno de la ciudad de Buenos Aires debería hacer pública cierta información vinculada con la implementación de la ley 448. En particular:

- i. El presupuesto aplicado para acciones de salud mental en los distintos programas del gobierno de la ciudad de Buenos Aires;

- ii. La creación de la comisión de seguimiento de la ley 448;

390 Ley 448, supra, art. 3ro. inc. I, J; art. 10 inc. G.

62 **Vidas Arrasadas**

- iii. El estado actual de concursos para equipos de asistencia en salud mental del ámbito público;
- .iv. Los programas y actividades tendientes a la resocialización de personas internados y a la desmanicomialización; y
- .v. Las acciones en prevención de la violación de los derechos humanos en salud mental.



Aplicar efectivamente lo dispuesto por el artículo 21 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires

El gobierno de la ciudad de Buenos Aires debería implementar el inciso 12 del artículo 21 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires referido a las políticas de salud mental. Esta norma dispone que estas políticas reconocerán a las personas que reciben servicios de salud mental como sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales, y que tales establecimientos no tienen como fin el control social y erradicarán el castigo. Las políticas propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social.

A LOS GOBIERNOS PROVINCIALES:



Adoptar y hacer cumplir leyes que promuevan los derechos humanos en materia de salud mental

Los gobiernos de las provincias deberían adoptar y hacer cumplir leyes de salud mental que sean respetuosas de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales. Las leyes deberían establecer, como política de los gobiernos, avanzar hacia la desinstitucionalización progresiva, y garantizar los derechos humanos de las personas que reciben tratamiento en el sistema de salud mental en las provincias. Los gobiernos provinciales deberían también garantizar el cumplimiento cabal de estas leyes.

A LOS DIRECTORES DE LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS:



Eliminar el aislamiento a largo plazo

Los directores de las instituciones psiquiátricas deberían eliminar el uso de las celdas de aislamiento a largo plazo y asegurar condiciones de confinamiento seguras y humanas.

Cualquier uso de las celdas de aislamiento debe cumplir estrictamente con los procedimientos aceptados internacionalmente que protegen a las personas allí encerradas a tratos dignos y debe ser usada únicamente para “prevenir un daño inmediato o inminente al paciente o a otros”.³⁹¹ Antes de usar este método, se deben emplear métodos alternativos de protección, y la reclusión únicamente debe ser usada “cuando sea el único medio disponible para proteger a las personas institucionalizadas de tales daños.”³⁹² El aislamiento no se debe prolongar “más allá del período estrictamente necesario para alcanzar este propósito”.³⁹³ Bajo ninguna circunstancia debería usarse la reclusión durante períodos de días o semanas. La reclusión y la restricción nunca deben ser utilizadas como una forma de disciplinar o coaccionar al interno, por el hecho de que sean convenientes para el

391 Principios de Salud Mental, supra, principio 11 (11).

392 Ídem.

393 Ídem.

personal, o como sustitución de una dotación adecuada de personal o de tratamiento activo.³⁹⁴ Los directores de hospitales deben implementar las protecciones establecidas en los Principios de Salud Mental para asegurar que las personas que se encuentran en aislamiento sean mantenidas bajo “condiciones humanas”.

Implementar medidas para evitar el abuso físico y sexual

Los directores de las instituciones psiquiátricas deben tomar medidas inmediatas para proteger a los individuos internados del abuso físico y sexual. El personal debe estar capacitado para poder identificar y proteger a las personas institucionalizadas de tales abusos.

Realizar una revisión de todas las personas institucionalizadas a mediano y largo plazo

Los directores de las instituciones psiquiátricas deberían supervisar la identificación de las necesidades de servicios comunitarios y crear un plan priorizando el alta de las personas internadas a mediano y largo plazo. Los directores de las instituciones deberían implementar las altas planificadas e instituir una política de no admitir nuevas internaciones a largo plazo.

Procurar los recursos necesarios para sus hospitales

Los directores de las instituciones psiquiátricas deben procurar una dotación de personal suficiente y los recursos necesarios para el funcionamiento adecuado de sus hospitales.

A LAS INSTITUCIONES FINANCIERAS INTERNACIONALES Y, EN ESPECIAL, AL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID):

Las instituciones financieras internacionales deberían reorientar la mayor parte de los

fondos actualmente asignados para la reconstrucción de las instituciones psiquiátricas a

la creación de los servicios de salud mental basados en la comunidad A excepción de las reparaciones de infraestructura que sean esenciales para asegurar condiciones seguras en las instituciones psiquiátricas existentes, las instituciones financieras internacionales deberían, en coordinación con el gobierno argentino, orientar los préstamos a la creación e implementación de servicios de salud mental basados en la comunidad. En el caso particular de los fondos del préstamo del BID, los funcionarios argentinos deberían renegociar los términos del préstamo para que la mayor parte de los fondos puedan ser asignados a satisfacer la urgente necesidad de servicios ubicados en la comunidad. Por su parte, el BID debería orientar sus préstamos de tal manera que respeten los estándares internacionales de derechos humanos, dirigiendo su financiamiento hacia la creación y el fortalecimiento de servicios basados en la comunidad para las personas con discapacidades mentales.

394 Michael True, *supra*.

Agradecimientos

Este informe es producto de la labor conjunta de Mental Disability Rights International (MDRI), y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). La autora e investigadora principal de este informe es Alison A. Hillman de Velásquez, Directora de Programas en las Américas de MDRI.

La mayor parte de la investigación para este informe se llevó a cabo durante seis investigaciones en Argentina en el transcurso de tres años, desde junio de 2004 hasta agosto de 2007. En muchas de las instituciones y programas de atención en la comunidad visitados, los administradores, el personal y las personas con discapacidades mentales fueron sumamente generosos con su tiempo. Los investigadores regresaron a muchas de las instituciones en el curso de la investigación. Los administradores de las instituciones fueron

particularmente atentos y acogedores, a pesar de que cada vez se repetían en general las mismas preguntas. Muchos funcionarios gubernamentales y organizaciones de profesionales, familiares y “ex-pacientes” también accedieron a ser entrevistados para este informe. La evaluación de todas estas personas sobre los servicios de salud mental disponibles en Argentina dio forma a gran parte del contenido de este informe.

Sin el apoyo logístico meticulosamente coordinado por Roxana Amendolaro, Coordinadora del Equipo de Salud Mental del CELS, la investigación de este informe no hubiera sido posible. Roxana mostró un inmenso compromiso con este proyecto, participando en cinco de las investigaciones, a pesar de estar con ocho meses de embarazo durante una de ellas, esperando a su primera hija Carla, y encabezando una ronda final de entrevistas y visitas cuando este informe iba a la imprenta. Alfredo Jorge Kraut, Secretario de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y el principal especialista sobre los derechos de las personas con discapacidades en Argentina, abrió numerosas puertas que permitieron el acceso a autoridades y profesionales de la salud mental por igual. Alfredo brindó comentarios muy profundos al informe, sobre la base de su vasto conocimiento de los aspectos intrincados del sistema legal argentino y su tratamiento de los asuntos relevantes para las personas con discapacidades mentales. De no haber sido por la energía, el entusiasmo y los contactos de Alfredo, la ardua tarea de recopilar información acerca del sistema argentino de servicios de salud hubiera sido una labor hercúlea.

Eric Rosenthal, Director Ejecutivo de MDRI, brindó su consejo y apoyo meticuloso durante todo el proceso de redacción del informe, revisando numerosas versiones del informe y brindando su valioso conocimiento para afinar y pulir el producto final. Laurie Ahern, Directora Adjunta de MDRI, ofreció también su valiosa experiencia como periodista, enfatizando la necesidad de resaltar los testimonios individuales como parte del proceso de investigación y recopilación de información. Andrea Pochak, Directora Adjunta del CELS, brindó el apoyo institucional a este proyecto y realizó meticulosas y detalladas revisiones del informe. Joanne Mariner, ex Directora Adjunta del Programa de las Américas de HRW, redactó comentarios perspicaces para los múltiples borradores, sugiriendo varias mejoras al informe. Daniel Wilkinson y María McFarland de HRW brindaron también recomendaciones editoriales y estilísticas importantes.

66 **Vidas Arrasadas**

Las organizaciones firmantes desean agradecer a las personas que participaron en la investigación y documentación de este informe, y a quienes revisaron los borradores del informe y ofrecieron sus comentarios y correcciones. Ellos son: Ana Laura Aiello, abogada, Master y Candidata Doctoral de Derechos Fundamentales de la Universidad de Madrid Carlos III; Graciela Guilis, ex Directora del Equipo de Salud Mental del CELS; Mariano Laufer Cabrera, abogado del CELS; Humberto L. Martinez, médico psiquiatra, Director Ejecutivo del Concejo de Salud Mental del Sur del Bronx; Victoria de Menil, Maestría en Salud Pública; Clarence Sundram, abogado, Presidente del Concejo Directivo del MDRI; Willians Valentini, médico psiquiatra, consultor de la Organización Mundial de la Salud; y Alicia Ely Yamin, abogada, Maestría en Salud Pública, Miembro del Concejo Directivo de

MDRI e Instructora, Escuela de Salud Pública de Harvard. Además, cabe reconocer a los miembros del Equipo de Salud Mental del CELS, Adelqui Del Do, psicólogo; y Laura Sobredo, médica psiquiatra, y al pasante legal del CELS Pablo Álvarez, quienes también participaron en el proceso de investigación de este informe.

Marcel Velásquez Landmann, antropólogo, Candidato a la Maestría de la Escuela de Políticas Públicas de la Universidad de Georgetown, participó como investigador e intérprete, y tradujo este informe del inglés al español. Marcel demostró una infatigable paciencia al incorporar lo que por momentos parecían interminables revisiones por parte de muchos colaboradores. Sin su cariño y apoyo, este informe nunca hubiera pasado del borrador inicial.

El fotógrafo *freelance* Eugene Richards tomó varias de las cautivadoras imágenes que acompañan este informe. Las semanas de trabajo que donó y el interés que ha mostrado durante décadas por exponer los abusos que sufren las personas con discapacidades mentales han sido invalorable para otorgar un rostro humano al sufrimiento silencioso de las miles de personas que se encuentran institucionalizadas. MDRI se siente particularmente agradecido con Gene por su dedicación y apoyo infatigable a nuestro trabajo. También se contó con la importante colaboración de los fotógrafos Elizabeth Mallow y Jeremy Robbins.

Brian Cooper ayudó a redactar el informe. Adrienne Jones, administradora de MDRI, apoyó formateando el informe y brindó asistencia técnica valiosa

Este informe se llevó a cabo gracias al apoyo esencial de la Fundación Overbrook, la cual financió la investigación y redacción de este informe. Asimismo, la Fundación Morton K. & Jane Blaustein y la Fundación Merck brindaron un apoyo sustancial, permitiendo que este informe pueda ser completado y difundido.