

# **V. El dilema de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial**

## Entre el reconocimiento de la norma escrita y la insuficiencia de prácticas transformadoras\*

### **1. INTRODUCCIÓN**

En los últimos años, la problemática de la salud mental en la Argentina ha pasado a formar parte de la agenda de los derechos humanos para el Estado y la sociedad civil organizada. El reconocimiento de las personas con discapacidad psicosocial como un colectivo con reivindicaciones pendientes en términos de derechos fundamentales configura la oportunidad de intervenir para reparar esas graves faltas en un contexto propicio de ampliación de derechos en nuestro país. El encierro, la estigmatización y la exclusión social han sido las marcas que definieron los lazos sociales de estas personas y condicionaron su identidad desde hace décadas. El reconocimiento explícito de su dignidad, el ejercicio de la autonomía y la recuperación de su condición ciudadana es una deuda aún pendiente del Estado y de la sociedad en su conjunto.

El modelo social de la discapacidad como marco de referencia para el diseño de políticas dirigidas a este colectivo colisiona con los viejos modelos tutelar y biomédico que, a pesar de ser incompatibles con la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) sancionada en 2010, continúan siendo efectivos en las prácticas institucionales y en las representaciones sociales de la locura.

Desde el modelo tutelar, las intervenciones del Estado sobre las personas con discapacidad psicosocial pretenden acciones piadosas, filantrópicas, de reeducación, protección y control. Desde este paradigma, la protección se hace efectiva mediante el encierro en los manicomios, lo que en realidad busca preservar el orden social. El encierro resulta así una estrategia útil a los fines de sostener la idea de cuidado de los llamados “incapaces” y asegurar al mismo tiempo la segregación de los diferentes, los peligrosos y los improduc-

\* Elaborado por Macarena Sabin Paz, Laura Sobredo, Rosa Matilde Díaz Jiménez y Soledad Ribeiro Mieres, integrantes del equipo de Salud Mental. Agradecemos el valioso apoyo de la pasante Aldana Casañas.

tivos. Desde el campo de las ciencias sociales y del sistema de salud, el modelo biomédico construye el concepto de discapacidad a partir de los parámetros de normalidad y anormalidad, y define a las personas con discapacidad psicosocial como minusválidos que necesitan asistencia específica que les permita, hasta donde sea posible, recuperar las capacidades perdidas o bien adaptarse al déficit que la discapacidad les imponga. El modelo biomédico propone un abordaje de la discapacidad psicosocial reduccionista y estigmatizante que redundaría en la exclusión de estas personas. Este modo de comprender el fenómeno de la discapacidad tiene enormes coincidencias con el modelo tutelar planteado desde el campo del derecho.

El modelo social entiende la discapacidad como una consecuencia de la organización social contemporánea que tiene escasa consideración por las personas con diferencias en la funcionalidad de su cuerpo o de su mente. El foco para el abordaje de la cuestión de la discapacidad desde esta perspectiva no está en la minusvalía física o emocional sino en las barreras sociales que le impiden a esa persona ejercer sus derechos en condiciones de igualdad. En consecuencia, centra su intervención en la recuperación de la persona como sujeto de derecho y propone el diseño de políticas públicas que aborden los aspectos sociales determinantes del modo de vida de las personas con discapacidad y reviertan la estigmatización que el abordaje biomédico conlleva.

Desde esta perspectiva también se consideran como valiosos y necesarios los aportes que las personas con discapacidad puedan hacer a la comunidad de la que forman parte, al entender que están en pie de igualdad con los demás. La centralidad de los conceptos de dignidad, respeto por la voluntad de la persona, autonomía, igualdad de oportunidades y no discriminación en el modelo social de discapacidad permiten comprender esta problemática como una cuestión de derechos humanos.

Durante 2012, los avances esperados han sido escasos y, en algunos casos, nulos. Consideramos relevante destacar la oportunidad de cumplir con el mandato de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de avanzar en la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental. Otra deuda pendiente es la puesta en funcionamiento de los mecanismos de control que dispone la norma, planteados con el fin de detener las graves violaciones a los derechos humanos de las personas alojadas en instituciones de encierro, y el diseño e implementación de un plan nacional de salud mental que involucre a los diversos sectores pertinentes para abordar esta temática.

Estas reformas son promovidas por grupos organizados de la sociedad civil que reconocen la importancia del protagonismo de las personas con discapacidad psicosocial en estos procesos. La tarea requiere un amplio compromiso para lograr la construcción de una sociedad más justa.

## 2. LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL, A DOS AÑOS DE SU SANCIÓN

### 2.1. EL PROCESO DE REGLAMENTACIÓN:

#### UNA ASIGNATURA PENDIENTE Y SILENCIADA

A más de dos años de la entrada en vigencia de la Ley 26 657 de Salud Mental, el proyecto reglamentario continúa pendiente mientras que las oficinas públicas responsables de llevarlo a cabo contestan con un silencio sostenido. En el *Informe 2012* se había señalado la estrechez de la propuesta oficial para que los ciudadanos puedan hacer aportes sustantivos al proceso,<sup>1</sup> tanto por el método escogido para participar como por su accesibilidad y rigurosidad técnica.

Es importante destacar que la exigencia de la reglamentación de la ley no puede ser la razón para impedir, o al menos justificar, la indebida aplicación de la norma con el pretexto de que se trata de un proceso inacabado. La sanción y promulgación de la ley en 2010 respetó las obligaciones constitucionales necesarias para la formulación de normas nacionales y no puede ser dejada de lado por voluntades particulares ni tampoco ser derogada por leyes de menor jerarquía constitucional, lo que incluye a las legislaciones provinciales. Por lo tanto, su plena vigencia no requiere de la adhesión de las provincias como así tampoco de un reglamento específico. Si se toma en consideración la complejidad política que implica el ordenamiento federal, el argumento de la ausencia de reglamentación, a esta altura, sólo se esgrime como una amenaza para su cumplimiento.

### 2.2. EL ÓRGANO DE REVISIÓN

La necesidad de culminar el proceso de reglamentación tiene como principal objetivo la puesta en funcionamiento del Órgano de Revisión. En su art. 38, la ley dispone la creación de un órgano federal, en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, con el objeto de proteger los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, en especial de aquellas privadas de su libertad que se encuentran en instituciones psiquiátricas. Dada la amplitud e imprecisión de la ley en cuanto a su integración y reglas de funcionamiento, es fundamental que su reglamentación contemple estándares

<sup>1</sup> La iniciativa consistió en la habilitación de una casilla de correo electrónico a la cual se podía enviar una propuesta sobre el borrador preelaborado por una mesa interna de redacción convocada por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), con un plazo de envío breve, desde el 15 de junio hasta el 26 de julio de 2011. Además, las observaciones debían plasmarse en formato de artículos del documento legal (CELS, *Derechos humanos en Argentina. Informe 2012*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2012, p. 360).

mínimos de independencia, imparcialidad, transparencia, interdisciplinariedad e intersectorialidad en el cumplimiento de sus funciones.

Sus principales tareas consisten en la supervisión y regulación de las condiciones en que se brindan los servicios; el seguimiento y la revisión de los casos de internaciones involuntarias o voluntarias prolongadas y otras intervenciones terapéuticas, cuando no se cuente con el consentimiento informado de la persona; el control y la denuncia frente a violaciones de los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales; la identificación de problemáticas estructurales del sistema; la formulación de propuestas de actuación dirigidas a la autoridad de aplicación, y la implementación de la ley en general. También deberá hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades.

La norma establece que el Órgano de Revisión debe estar integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, el Ministerio Público de la Defensa, asociaciones de usuarios del sistema de salud y familiares, profesionales y otros trabajadores de la salud, y organizaciones no gubernamentales de defensa de los derechos humanos. Sin embargo, no define el mecanismo previsto para la toma de decisiones dentro del órgano ni la forma de selección de los representantes no gubernamentales, puntos centrales de su funcionamiento. La relevancia de crear una instancia autónoma, independiente e imparcial que controle el cumplimiento de los requisitos excepcionales según los cuales se puede disponer una internación involuntaria y garantice los derechos de las personas involucradas en esa situación responde a las pautas históricas de funcionamiento coercitivas y asilares de los lugares de aislamiento psiquiátrico.

A partir de las funciones propias del Órgano de Revisión en los lugares de encierro, también resulta fundamental su articulación con el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (MNPT) establecido por el Estado argentino en cumplimiento de las obligaciones asumidas al ratificar el Protocolo Facultativo a la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT).<sup>2</sup> En línea con estas consideraciones, el Subcomité

<sup>2</sup> La Argentina ratificó el OPCAT en 2004 y entró finalmente en vigor en junio de 2006. Según el art. 17, los Estados tienen un año desde la entrada en vigencia para establecer el MNPT. El 14 de noviembre de 2012, la Cámara de Senadores de la Nación aprobó por unanimidad el proyecto de ley de creación del Sistema Nacional de Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (SNPT), integrado por el Comité Nacional para la Prevención de la Tortura, el Consejo Federal de Meca-

para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (SPT) de las Naciones Unidas, en su visita a la Argentina en abril de 2012, incluyó las instituciones psiquiátricas en su misión al reconocer que, al igual que las cárceles, son lugares en los que predomina la lógica del sometimiento en el encierro.<sup>3</sup>

La ley establece al Órgano de Revisión como la máxima autoridad encargada de garantizar los derechos de las personas privadas de su libertad en psiquiátricos y detener las graves y sistemáticas violaciones a los derechos humanos de este grupo que ha estado históricamente invisibilizado, abandonado, estigmatizado y segregado detrás de los muros de los manicomios argentinos, tanto públicos como privados. No se trata de hechos aislados sino de violaciones estructurales que siguen lógicas de intervención normalizadora con el propósito casi exclusivo de responder a las demandas represivas del medio social que encuentra una amenaza en la diferencia.

El fundamento de estos comportamientos sólo puede comprenderse dentro del paradigma tutelar y restrictivo, sustentado en la “peligrosidad del loco”. La peligrosidad descansa en la lógica discriminatoria y selectiva del sistema jurídico-político de reproducción de las desigualdades sociales. Como categoría clasificatoria, se basa en prejuicios y su único objetivo es brindar la sensación de seguridad a la sociedad e imponer un control, en lugar de dar una respuesta al padecimiento de un sujeto y su entorno. Así, se construye un concepto en función de elementos que no describen la singularidad del individuo sino su “capacidad potencial” de dañarse o dañar a otros, la cual es inherente a toda

---

nismos Locales, los mecanismos locales que se designen de conformidad con esta norma y aquellas instituciones gubernamentales, entes públicos y organizaciones no gubernamentales interesados en el cumplimiento de los objetivos del OPCAT. Su efectiva implementación constituirá una importante contribución a la eliminación de la tortura como parte estructural de la cultura y del sistema de gobierno de las instituciones de encierro de nuestro país. Por las lógicas específicas de funcionamiento, es fundamental que el órgano de revisión sea una de aquellas instituciones gubernamentales que integren el Sistema o bien que articulen sus funciones a fin de trabajar sobre las causas estructurales que favorecen la privación ilegítima de la libertad en instituciones de salud mental y la comisión de actos de tortura en su interior.

3 Entre el 18 y el 27 de abril de 2012, el SPT realizó una visita a la Argentina, en la cual incluyó algunas instituciones psiquiátricas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la provincia de Buenos Aires, como el Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda y el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn, respectivamente. Si bien se desconoce si el informe final de esta visita será público o confidencial, reconocemos la trascendencia de que los órganos internacionales de prevención contra la tortura tengan la mirada puesta en las instituciones psiquiátricas como lugares de privación de la libertad donde las personas detenidas son potenciales víctimas de malos tratos.

persona. Se toman medidas en función de atribuciones basadas en comportamientos pasados y se castiga con el encierro, la indiferencia o los malos tratos por acciones que no se han cometido.

En el escenario actual, la vigencia formal de un marco legal que limite las arbitrariedades en las restricciones de derechos requiere un sistema institucional que efectúe los controles de manera eficaz y una administración de justicia que brinde respuestas para garantizar el acceso a la justicia de los grupos más vulnerables. La ausencia de estas transformaciones institucionales da lugar a detenciones arbitrarias cotidianas, con la excusa de que es necesaria una internación psiquiátrica.

### *2.2.1. La necesidad de poner en marcha el Órgano de Revisión. El caso de MD*

El caso de MD evidencia la inoperancia de distintos actores institucionales, en especial de la administración de justicia, para efectuar controles eficaces en lugares de detención psiquiátrica y prevenir graves violaciones a los derechos humanos.<sup>4</sup> Su privación ilegítima de la libertad comenzó el 9 de junio de 2012 y se extendió por noventa días en la Comunidad Terapéutica Cerrada “Fundación Nuevos Despertares”, ubicada en la localidad de Tortuguitas del partido de Malvinas Argentinas. MD había ido a visitar a su hermano, quien se encontraba allí hacía más de un año, cuando ingresó en un cuarto cerrado donde le informaron que él también “debía quedar internado”. Frente a su negativa, la discusión se intensificó hasta que fue reducido por cinco personas y arrojado al piso. Luego le aplicaron una inyección que neutralizó sus resistencias.

El discurso que predominó entre los profesionales fue la necesidad de una internación aislada de la comunidad y de sus vínculos afectivos como intervención ineludible para tratar un supuesto consumo problemático de sustancias. La necesidad de internación y la existencia de un problema de adicciones no se sostenían en ningún elemento fáctico comprobable, además de ser una decisión diametralmente opuesta a la Ley Nacional de Salud Mental.<sup>5</sup> La arbi-

4 De acuerdo con el art. 4 de la Ley 26 827 que creó el SNPT, “se entiende por lugar de detención cualquier establecimiento o sector bajo jurisdicción o control de los estados nacional, provincial o municipal, así como cualquier otra entidad pública, privada o mixta, donde se encuentren o pudieran encontrarse personas privadas de su libertad, por orden, instigación o con consentimiento expreso o tácito de autoridad judicial, administrativa o de otra autoridad pública. Esta definición se deberá interpretar conforme a lo establecido en el art. 4, incs. 1 y 2 del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes”.

5 La ley concibe la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo al cual sólo se debe acudir cuando los tratamientos alternativos hayan

triedad despliega toda su magnitud cuando la decisión de un médico, por sobre las intervenciones interdisciplinarias, se erige como el único argumento suficiente para efectuar una detención.

Fuera de esas paredes, personas cercanas a MD activaron todos los mecanismos institucionales vigentes para promover su externación.<sup>6</sup> Entre ellos, la administración de justicia, lejos de haber sido un actor principal en la garantía de derechos, reafirmó las vulneraciones y la desprotección de este joven de 29 años encerrado contra su voluntad.

El primer expediente judicial fue iniciado por un amigo de MD, quien denunció su privación ilegítima de la libertad ante la Unidad Funcional 23 de Malvinas Argentinas, a cargo del fiscal Santiago Camiñas. A su vez, el Comité Contra la Tortura de la Comisión Provincial por la Memoria presentó un hábeas corpus ante el Juzgado de Garantías n° 2 del Departamento Judicial de San Martín. Las investigaciones penales fueron unificadas y la decisión final se sustentó en la visita del fiscal a la comunidad terapéutica, en la cual MD afirmó estar allí voluntariamente, a la vez que manifestó su voluntad de realizar un tratamiento ambulatorio. Esta entrevista fue realizada en presencia del director terapéutico, Gustavo Taralio, quien, ante la inminencia de visitas de operadores judiciales, había adoctrinado a MD mediante amenazas de trasladarlo a lugares donde podía ser víctima de malos tratos y la imposibilidad de un tratamiento ambulatorio en un futuro cercano. Ninguna de esas presiones y sus efectos sobre la posibilidad de decidir fueron identificados por la justicia. El fiscal y sus colaboradores del Cuerpo Médico Forense (CMF) de San Martín no advirtieron ninguna contradicción en los dichos de MD ni consideraron estas limitaciones para denunciar la violación de derechos de la cual era víctima. Luego de un análisis formal de las actas y de una simplificación de la situación que vivía el joven, la fiscalía concluyó que MD estaba allí por voluntad propia y que no había privación ilegítima de la libertad sino que era necesario un control civil de la internación.

---

sido ineficaces y siempre que exista un riesgo grave cierto e inminente para sí o para terceros (art. 20). A diferencia de las intervenciones a las que se vio sometido MD, según los arts. 8 y 9 de la LNSM, el abordaje debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario y el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Además, todo tratamiento se debe orientar a reforzar, restituir o promover los lazos sociales.

<sup>6</sup> Entre los organismos a los cuales acudieron se puede señalar la Dirección Nacional de Salud Mental, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y el Comité Contra la Tortura de la Comisión Provincial por la Memoria.

Estas actuaciones se remitieron al fuero civil. Recién el 6 de agosto, cuando ya habían transcurrido dos meses de la privación de la libertad, se inició un expediente de control de internación ante el Tribunal Colegiado de Instancia Única del Fuero de Familia n° 2 del Departamento Judicial de San Isidro, cuya presidencia estaba a cargo de María Julia Abad. El trámite en este ámbito tampoco profundizó la investigación acerca de las causales estructurales de la permanencia de MD en la comunidad terapéutica y, una vez más, los controles superficiales se basaron en formalidades que no develaron las estrictas limitaciones que vivía el joven para manifestar su voluntad, viciada de presiones. A ello debe agregarse que, en el proceso civil, MD no tuvo acceso a la defensa técnica que exige el art. 22 de la Ley Nacional de Salud Mental con claras consecuencias: sin información sobre sus derechos y producto de la vulnerabilidad de quien negocia su libertad, no pudo expresar que estaba allí contra su voluntad.

En ambos procesos, la respuesta judicial fue inadecuada y legitimó la arbitrariedad de la restricción de la libertad. Los magistrados no cuestionaron la falta de criterios interdisciplinarios en la detención de MD para establecer si existía un riesgo grave, cierto e inminente para sí o para terceros que justificara una internación psiquiátrica, cuestión central para determinar la legalidad de la internación involuntaria. Las intervenciones judiciales se limitaron a respetar los procedimientos formales sin perseguir una finalidad real de investigar el caso a fondo y dilucidar las causas del encierro de MD en la comunidad terapéutica, permitiendo así el encubrimiento de una internación involuntaria. Ante esta respuesta deficiente de la administración de justicia, la salida del joven de la institución psiquiátrica se debió, exclusivamente, a los acuerdos que logró con sus familiares, quienes, convencidos de sus argumentos, decidieron consentir la externación ante los profesionales de la comunidad terapéutica.

El caso reafirma la urgencia de implementar el Órgano de Revisión, garantizar la defensa técnica en internaciones por salud mental y diseñar un funcionamiento articulado dentro del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

### 2.3. LA PREOCUPACIÓN DEL ÁMBITO INTERNACIONAL EN TORNO A LA AUSENCIA DE REGLAMENTACIÓN

En 2012, el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas evaluó al Estado argentino respecto del cumplimiento de la CDPD durante la 8ª sesión realizada el 19 y 20 de septiembre. En sus observaciones finales, el Comité instó al Estado argentino a reglamentar la Ley Nacional de Salud Mental a la brevedad y a establecer su Órgano de Revisión. También recomendó fortalecer la red de servicios comunitarios de salud mental y su coor-

dinación con procesos de inclusión laboral, educativa y de vivienda, a fin de garantizar la eficaz implementación de la ley. A su vez, se refirió a la necesidad de adoptar protocolos que garanticen el consentimiento libre e informado de todas las personas con discapacidad para recibir cualquier tratamiento médico. Por último, el Comité fue categórico al referirse a la importancia de implementar el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura como un medio para supervisar y proteger de actos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes a las personas con discapacidad institucionalizadas.<sup>7</sup>

Por otra parte, el Estado argentino atravesó su segundo Examen Periódico Universal (EPU). El EPU es un procedimiento implementado desde 2006 por el principal órgano político en materia de derechos humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). El Consejo de Derechos Humanos evaluó el cumplimiento de las obligaciones internacionales de la Argentina y destacó la falta de reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental, como uno de los temas de preocupación para materializar la aplicación plena de la norma.

### **3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL SIN SUFICIENTES VIENTOS DE CAMBIO**

En su *Informe 2012*, el CELS reconoció el valor de varios programas emprendidos en 2011 por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), considerándolos gestos favorables a la implementación de la recién sancionada Ley Nacional de Salud Mental. Sin embargo, el CELS advirtió sobre la inminente necesidad de que, en su calidad de autoridad de aplicación, la DNSMyA diseñara, explicitara e implementara políticas públicas contundentes,<sup>8</sup> desti-

7 En las conclusiones de este capítulo se profundizará sobre los puntos centrales que abordó el Comité en el proceso de evaluación.

8 La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que, en el campo de la salud mental, las políticas escritas son muy importantes porque “proporcionan un esquema general, describen los objetivos de manera amplia y sientan las bases para actuaciones futuras. Las políticas dan a la salud mental una prioridad acorde con la carga de enfermedad que representa y con la efectividad de las intervenciones en este campo. Mejoran los procedimientos para desarrollar y priorizar actividades y servicios de salud mental. Identifican las principales partes implicadas en el campo de la salud mental y asignan con claridad roles y responsabilidades. Facilitan acuerdos para la actuación entre las diversas partes implicadas” (“Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental, políticas, planes y programas de salud mental”, Editores Médicos, 2006, p. 12, disponible en <[who.int/mental\\_health/policy/legislation\\_module\\_spanish.pdf](http://who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf)>).

nadas a poner término a la institucionalización como respuesta privilegiada del Estado al padecimiento mental. Otra demanda central era la de hacer viable el retorno a la vida en sociedad de cada una de las personas que permanecen en instituciones psiquiátricas de encierro, públicas o privadas, en todo el territorio nacional.

El grado de avance en materia de diseño e implementación de políticas públicas para la construcción de un Plan Nacional de Salud Mental requiere que se transfieran de manera progresiva los recursos históricamente asignados a los manicomios. La inversión debe dirigirse hacia servicios de salud mental insertos en la comunidad, articulados con políticas de inclusión sociolaboral, educativa y de vivienda para materializar el nuevo modelo de abordaje que propone la ley.<sup>9</sup>

En primer término, es preciso resaltar la importancia de un diagnóstico estructural que caracterice a la población detenida en instituciones asilares, para definir políticas públicas de salud mental eficaces a corto, mediano y largo plazo. Para realizar ese relevamiento, la Ley Nacional de Salud Mental atribuye esa responsabilidad a la autoridad de aplicación, que debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación, tanto del ámbito público como del privado. El objetivo es conocer la situación de las personas internadas, a partir de variables como datos personales, sexo, tiempo de internación, situación judicial, situación familiar y social, entre otras.<sup>10</sup> La ley fija un plazo estimado de seis meses luego de su entrada en vigencia para completar este relevamiento.

La información que brindaría el censo resulta crucial para que la autoridad de aplicación pueda impulsar, en los planos nacional y provincial, los proyectos y acciones necesarios para dar respuesta a los problemas identificados. Para ello es necesario también que se incorporen los diversos sectores estatales con responsabilidades concretas y capacidades para liderar las transformaciones esperadas y hacer viable tanto las externaciones como la inclusión social de las personas con discapacidad psicosocial.

Sin embargo, de acuerdo con lo informado por la DNSMyA, a dos años de la sanción de la ley los avances hacia la realización del censo han consistido, has-

9 La OMS afirma que un Plan de Salud Mental es “un detallado esquema formulado previamente para poner en marcha actuaciones estratégicas que favorezcan la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación. Un plan de esta naturaleza permite aplicar la filosofía, los valores, los principios y los objetivos definidos en la política. Un plan incluye habitualmente las estrategias, los plazos, los recursos necesarios, objetivos, los indicadores y las actividades” (véase nota 8).

10 Art. 35 de la Ley Nacional de Salud Mental.

ta el momento, en el diseño de una herramienta para el registro de la información de las variables definidas, mientras que aún no se dictaminó la resolución ministerial necesaria para avanzar en su implementación dentro del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA) del Ministerio de Salud de la Nación.<sup>11</sup> Sin desconocer la importancia de contar con la herramienta de medición para implementar el censo, ni la toma de decisiones estratégicas adoptadas hasta el momento para asegurar que el relevamiento se realice sin que suponga una inversión irracional de recursos, resulta preocupante que no se informe con claridad la fecha en que finalmente se concretará. Tampoco se ha establecido la metodología a adoptar, la división de las jurisdicciones del país ni en qué plazo se publicarán los resultados.

### 3.1. MENOS RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

La ley establece que el Poder Ejecutivo nacional debe incrementar las partidas presupuestarias destinadas a la salud mental hasta alcanzar un mínimo del 10% del monto total asignado al sector salud en un plazo máximo de tres años a partir de la sanción de la norma. Según lo informado por la DNSMyA, en 2012 el presupuesto nacional de esa dependencia disminuyó del 0,48% en 2011 al 0,44% del total de la partida destinada a salud, lo que representa un descenso del 0,04% respecto del año anterior.<sup>12</sup> Si bien este no es el total del presupuesto nacional asignado a la ejecución de políticas en materia de salud mental, representa los recursos destinados al funcionamiento de la autoridad de aplicación, obligada a asegurar la efectiva implementación de la norma.

Más allá de las diferentes responsabilidades institucionales que están en juego en el complejo proceso de definición de las partidas presupuestarias, este descenso en los fondos destinados a la DNSMyA permite corroborar una decisión política contraria al mandato legal. La disminución de recursos económicos tiende a afectar la capacidad de acción del ámbito institucional que encabeza el proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, un factor relevante en un escenario de múltiples obstáculos.

A su vez, la norma obliga a promover que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio presupuestario, principio de especial relevancia si se tienen en cuenta las complejidades de implementación

11 Esta información consta en la respuesta del Ministerio de Salud de la Nación del 6 de diciembre de 2012 ante un pedido de información presentado por el CELS (Expediente 2002-2274-12).

12 *Ibid.*, folio 21.

de leyes que recaen también sobre competencias provinciales. Sin embargo, ante el pedido de información realizado por el CELS, la DNSMyA reconoce que no ha llevado adelante acciones sólidas para impulsar la federalización de este mandato.

Aunque es importante que la inversión presupuestaria en políticas de salud mental cumpla con el mínimo establecido, para hacer posible el cierre de los manicomios es imprescindible monitorear que el destino de esos fondos responda a un programa progresivo de transferencia de recursos desde los asilos psiquiátricos hacia servicios de atención insertos en la comunidad. Para ello también es fundamental que se contemple la articulación intersectorial con las demás áreas encargadas de implementar políticas públicas que fomentan la inclusión social de las personas con padecimientos mentales a través de programas de inserción sociolaboral, educativo y de acceso a la vivienda.

En la actualidad, la política pública de salud mental no está marcando pautas para detener la privación de la libertad y la segregación de este colectivo. Resulta alarmante que las cifras sobre camas de internación pertenecientes al sector público se mantengan casi iguales que las reportadas por la DNSMyA en años anteriores. En su informe de gestión de 2011, la DNSMyA había indicado la disminución de 2000 camas sobre un total de 10 500 en el sector público en todo el país.<sup>13</sup> En 2012, la reducción de camas no llega a 100 en este mismo ámbito. Y más preocupante aún es que no se hayan publicado datos sobre los dispositivos de atención ambulatoria que deben reemplazar las internaciones. Si bien la disminución de camas como dato aislado no es un indicador adecuado de la implementación de la ley, es una cifra a tener en cuenta. A ello debería agregarse información concreta que demuestre que las personas externadas tienen acceso a dispositivos de atención comunitaria conforme a sus necesidades y verdaderas alternativas de inclusión.

### 3.2. ALGUNAS INICIATIVAS CON PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS

No obstante los puntos críticos de la gestión de la DNSMyA antes señalados, es importante destacar el potencial que hasta ahora muestra el Programa de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, en especial la labor que realizan la Unidad de Fiscalización (Ley 26 657) y la Unidad de Capacidad Jurídica. El programa se diseñó con el objetivo de incorporar la perspectiva de derechos

13 Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, "Las 50 principales acciones de trabajo en 1 año y 8 meses de gestión", octubre de 2011, disponible en <[grup.copolis.org/wp-content/uploads/2012/01/DNSMyA-50-acciones-de-trabajo.-02.12.11.pdf](http://grup.copolis.org/wp-content/uploads/2012/01/DNSMyA-50-acciones-de-trabajo.-02.12.11.pdf)>.

humanos en las regulaciones en las cuales la autoridad de aplicación tiene participación y facilitar la articulación del sector sanitario con la administración de justicia y los organismos públicos para promover la defensa de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.<sup>14</sup>

Esta respuesta proactiva de la DNSMyA entra en funcionamiento a partir de las solicitudes del Poder Judicial en los casos en que se requiere verificar las condiciones de internación o cuando es necesario realizar evaluaciones de la capacidad jurídica de una persona.<sup>15</sup> En ambos casos, más allá de los resultados cuantitativos, que no son menores, es destacable el esfuerzo de la DNSMyA por poner en práctica los principios rectores de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Psicosocial y la Ley Nacional de Salud Mental mediante evaluaciones interdisciplinarias destinadas a impactar en las decisiones judiciales.<sup>16</sup> A través de este tipo de acciones, los operadores judiciales y los equipos profesionales se acercan a una metodología de trabajo novedosa, orientada a buscar alternativas creativas para asegurar que las personas con padecimientos mentales sigan viviendo en sociedad y accedan a los sistemas de apoyo que les permitan reforzar sus capacidades y ejercer sus derechos sobre la base de su autodeterminación.

Estas acciones no sólo han evitado que las internaciones se prolonguen de manera innecesaria, sino que han permitido la identificación de recursos propios para evitar las tradicionales restricciones a la capacidad jurídica como respuesta, en la mayoría de los casos, innecesaria. Estos dos tipos de intervenciones son reconocidas por funcionarios públicos como una alternativa a la cual recurrir, aun ante la ausencia de mecanismos como el Órgano de Revisión.<sup>17</sup> La iniciativa de la DNSMyA está forjando una experiencia con gran

14 Íd.

15 Este programa interviene a pedido de jueces, defensores o curadores. Según lo reportado por la DNSMyA, el equipo evalúa a la persona de manera interdisciplinaria, para lo cual cuenta con la participación de abogados, psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos, en el marco de los arts. 3, 5, 8 y 42 de la Ley 26 657, y el art. 12 de la CDPD.

16 La DNSMyA reporta que en 2011 fue requerida para realizar evaluaciones en el marco de causas sobre capacidad jurídica en 184 casos, en tanto que en 2012 atendió 290 nuevas solicitudes. En lo que respecta a la fiscalización de las condiciones de internación, entre enero de 2011 y octubre de 2012, el número de solicitudes de evaluación llegó a 818.

17 Tanto integrantes de la Unidad de Letrados del art. 22 de la Defensoría General de la Nación (DGN) como la Asesoría General Tutelar expresaron en entrevistas realizadas por el CELS que el aporte de la DNSMyA mediante la puesta a disposición del sistema de justicia de equipos interdisciplinarios con capacidad para evaluar las condiciones de internación ha resultado invaluable, dado que aún no ha sido puesto en marcha el Órgano de Revisión.

potencial para establecer pautas de intervención respetuosas de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial que deberían profundizarse una vez instaurado el Órgano de Revisión.

En conclusión, podemos afirmar que es momento de establecer, fortalecer y aplicar una política pública de salud mental que permita reestructurar y diversificar los recursos de atención y tratamiento de la salud mental; redireccionar los recursos existentes e incrementarlos tal como dispone la norma; brindar respuestas intersectoriales para ampliar las oportunidades de reintegración social de las personas que han estado institucionalizadas, y facilitar el acceso a la justicia de este colectivo y garantizar sus derechos.

Si bien el reconocimiento de los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental a través de la promulgación de normas y leyes es un primer paso fundamental, para garantizarlos se requiere además la implementación de medidas ejecutivas, administrativas y presupuestarias adecuadas por parte del Estado.

### 3.3. CASO “AD”: EL DESPLIEGUE ESTATAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES PARA DES-CUIDAR NIÑOS

Si a las dificultades en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental añadimos el enfoque histórico punitivo que ha abordado como un mismo conglomerado de problemas a los menores de sectores pobres en conflicto con la ley penal, más aún si tienen alguna problemática asociada a las adicciones, obtendremos una respuesta institucional más o menos parecida a la que le tocó en suerte al joven AD de la ciudad de La Plata.

AD ingresó en diversas instituciones en busca de una respuesta a su problemática de adicciones que, como indica la ley, debe ser comprendida como un asunto de salud mental. Ante los reiterados pedidos de ayuda de su madre, en junio de 2012 fue internado en la clínica neuropsiquiátrica Ferromed de la localidad de Junín, provincia de Buenos Aires, donde fue encerrado en una pequeña celda de aislamiento con una ventana sin vidrios, equipada únicamente con un colchón de gomaespuma y una frazada. A esta evidente violación de todos los estándares de derechos humanos de internación para un niño se agregaron malos tratos físicos y verbales y la ausencia total de una respuesta sanitaria acorde.

Por otra parte, la internación no cumplía con los estándares de la Ley Nacional de Salud Mental, que señala en su capítulo VII que, por tratarse de un recurso de carácter restrictivo, “sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar”. De aquí también se desprende la priorización de lazos con el entorno social y familiar de la persona, aspecto que cobra mayor relevancia

por tratarse de un niño de 13 años, para cuyo desarrollo son imprescindibles los vínculos familiares.

El defensor penal juvenil de La Plata, Julián Axat, presentó una medida cautelar urgente para visibilizar las deficientes respuestas institucionales. A partir de esta presentación, el juez en lo Contencioso Administrativo Luis Arias convocó a una audiencia en la que las autoridades se comprometieron a trasladarlo desde Junín hasta el Hospital de Niños de La Plata para que fuera evaluado de manera interdisciplinaria y se implementara un dispositivo adecuado para su tratamiento. Sin embargo, AD permaneció una semana en un box del sector de Infectología del hospital hasta que, pese a la presencia de funcionarios de la Secretaría de la Niñez, escapó como tantas otras veces, sin evaluación y sin tratamiento.

Dos semanas después fue hallado en situación de calle, tras lo cual se reiteró el pedido de internación en la Clínica San Pablo. La jueza a cargo también indicó que se impidiera el contacto del niño con su madre, desconociendo los efectos dañosos de una intervención privativa de lazos parentales que ya se venían deteriorando. Con esta acción, la jueza desestimó el deber del Estado de garantizar los derechos a la integridad y a la salud mental, y los hizo recaer en un niño y en su madre.

En la última visita realizada en octubre pudimos corroborar que el niño recibía dosis elevadas de una medicación (psicofármacos) cuyo tipo no se condice con su problemática de adicciones. También pudimos constatar que la contención física era una práctica habitual, utilizada como método para evitar la fuga. En realidad, el único poder de este tipo de intervención radica en plantear una relación cada vez más violenta que retroalimenta un funcionamiento perverso: provoca lo que pretende acallar, que no es otra cosa que el “mal comportamiento”. Esta impronta punitiva del encierro frente a la conflictividad se alejó considerablemente de un tratamiento que debería promover la inserción social, la construcción de lazos, el desarrollo de capacidades que le permitan ser autoválido y, en suma, la progresiva construcción de un proyecto de vida propio.

Las autoridades han respondido de manera sistemática con correctivos terapéuticos que constituyeron castigos muy severos e intimidaciones sin sentido para el niño y todo su grupo familiar. Nada hace suponer que un problema de adicción pueda ser superado mediante el encierro y el apartamiento de lazos que le permiten construir identidad. Los tratamientos centrados en el aislamiento están dirigidos principalmente a satisfacer las demandas represivas del medio social, dañan a la persona y se sostienen en un paradigma de rehabilitación que demostró ser ineficaz para el tratamiento de estas problemáticas.

Pese a los más rigurosos controles, el joven AD se fugó una vez más de la Clínica San Pablo. Quizá como una muestra –aunque frágil y precaria– de sus

impulsos vitales por mantenerse a salvo de un tratamiento inadecuado y que no contemplaba sus necesidades y derechos.

### 3.4. LA SITUACIÓN DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES:

#### MÁS ACCESO A LA JUSTICIA, MENOS SALUD MENTAL

Luego de los doce años transcurridos desde la sanción de la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, y pese a los cuantiosos recursos invertidos por las sucesivas gestiones del Poder Ejecutivo local, aún no se han adoptado políticas públicas para avanzar hacia el fin de la institucionalización y la segregación de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

En 2007, el CELS incluyó en su informe anual un capítulo titulado “Los derechos humanos y la salud mental en la ciudad de Buenos Aires. Una transformación necesaria”,<sup>18</sup> en el cual se cuestionó la ausencia de voluntad política de las administraciones de turno para concretar una red de servicios de atención en salud mental favorecedora de la inclusión social y comunitaria, base de un modelo de asistencia en el que la internación sea el último recurso terapéutico a emplear.

En aquel diagnóstico se evaluó que, a pesar de que la ciudad ya contaba con lineamientos claros para orientar la intervención estatal en salud mental hacia la desinstitucionalización con anterioridad a la Ley 448 de 2000 (la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de 1996<sup>19</sup> y la Ley Básica de Salud [Ley 153] de 1999),<sup>20</sup> al momento de definir e implementar las políticas

18 CELS, *Derechos humanos en Argentina. Informe 2007*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2007. La autoría del capítulo corresponde a la Asociación por los Derechos Humanos en Salud Mental, Asociación de Profesionales del Hospital Alvear, Equipo de Salud Mental del CELS, Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, GERMINAR EN PEF (Agrupación de graduados/as de la Facultad de Psicología de la UBA) y Mental Disability Rights International.

19 La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (art. 21, inc. 12) establece: “Las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradican el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social”.

20 Según la Ley 153 (art. 48), la salud mental debe contar con una legislación específica que contemple los siguientes lineamientos: “El respeto a la singularidad de los asistidos, asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas; evitar modalidades terapéuticas segregacionistas o masificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios; la desinstitucionalización progresiva se desarrolla en el marco de la ley, a partir de los recursos humanos y de la in-

públicas en la materia las autoridades competentes parecían proclives a las influencias conservadoras de las asociaciones profesionales y gremiales, que han postergado el cumplimiento del mandato legal y las obligaciones adquiridas con la ciudadanía.<sup>21</sup>

El panorama actual no es más alentador que aquel descripto en 2007, excepto por la ampliación del marco legal antes citado a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Este marco ha generado algunos cambios importantes que, sin embargo, no son resultado del accionar del Poder Ejecutivo local, sino efecto de las políticas asumidas por el Ministerio Público de la Defensa a través de la DGN.<sup>22</sup> Como detallaremos a continuación, los logros consisten en la mejora de las garantías del derecho al acceso a la justicia y del derecho a la defensa de las personas internadas en instituciones psiquiátricas públicas y privadas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Es importante considerar la gravedad de esta situación para quienes continúan detenidos en esas instituciones. El tiempo transcurrido desde que existen las herramientas legales para iniciar una reforma que las devuelva a la vida en sociedad tendría que medirse al menos en el grado en que se han menoscabado sus capacidades de autonomía y sus oportunidades de desarrollo

---

fraestructura existentes. A tal fin se implementarán modalidades alternativas de atención y reinserción social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día; régimen marco de habilitación, categorización y acreditación de servicios [...]”.

21 En efecto, en 2003 la Dirección de Salud Mental estructuró un Plan armónico con la Ley 448 para el período 2002-2006. Si bien fue estructurado contando con el asesoramiento del Consejo General de Salud Mental (COGESAM), instancia creada en virtud del art. 6 de la Ley 448, no fue efectivamente implementado. Además, es preciso señalar que aunque el COGESAM tiene el objetivo de posibilitar la participación de la ciudadanía en el diseño de las políticas públicas, hasta ahora no se constituyó en un escenario con suficiente fuerza, capacidad y legitimidad para cumplir con ese mandato. Su carácter meramente consultivo y no vinculante, así como la escasa participación de organizaciones de personas usuarias de la salud mental en él, le han restado legitimidad para apuntalar las transformaciones requeridas. De acuerdo con el art. 7 de la misma ley, las funciones del Consejo General de Salud Mental son de asesoramiento en “la formulación de políticas, programas y actividades de salud mental; la evaluación y seguimiento del Plan de Salud Mental; los aspectos vinculados a cuestiones éticas [...]”. Es necesario tomar en consideración que tras la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, estas funciones quedarían subsumidas al Órgano de Revisión, mecanismo que por su constitución intersectorial y amplias facultades podría tener mayor incidencia en los distintos niveles y ámbitos claves para favorecer las transformaciones pendientes.

22 Los datos que se presentan en este informe sobre las políticas de la DGN y sus resultados fueron reportados al CELS en respuesta a un pedido de información mediante oficio, con fecha del 9 de octubre de 2012.

personal, y en las consecuencias inmateriales del debilitamiento o ruptura de sus lazos sociales. Por esta razón, es inaceptable que las autoridades actuales de la ciudad hagan caso omiso del nutrido marco legal disponible y que se dejen llevar por la inercia de la institucionalización prolongada y el conservadurismo de la restricción de derechos fundamentales de las personas usuarias de los servicios de salud mental.<sup>23</sup>

Lo que denominamos “inercia de la institucionalización”, como política privilegiada por parte de las distintas administraciones del sector salud, queda demostrado en los planes de inversión del erario público. En 2012, la ciudad destinó a la atención en salud mental 496 167 096 de pesos, cifra nada despreciable que equivale al 7,45% de la inversión global de la ciudad en el sector.<sup>24</sup> No obstante, los recursos de la salud mental fueron direccionados hacia los planes asistenciales tradicionales, concentrados de modo mayoritario en las instituciones psiquiátricas monovalentes. En consecuencia, el 94,25% de los recursos destinados a la atención en salud mental son administrados por cuatro hospitales y dos centros dedicados exclusivamente a estos fines.<sup>25</sup> Esta política hospitalocéntrica infringe de modo directo la Ley Nacional de Salud Mental. Además, favorece la discriminación, restringe los derechos ciudadanos de las personas que permanecen internadas y tiende a reforzar los estereotipos sociales según los cuales las personas usuarias de los servicios de salud mental son seres extraños y peligrosos que deben ser encerrados o atendidos en un ámbito diferenciado de aquellos dedicados al abordaje de los demás quebrantos de la salud.

El contexto anterior se agudizó con la actual administración de la Dirección General de Salud Mental (DGSM), que debutó en octubre de 2011 con medidas dirigidas a evadir el control judicial sobre la función pública que

23 Es preciso destacar que la Ley 448 obliga a “La adecuación de los recursos existentes al momento de la sanción de la presente Ley, a los efectos de transformar el modelo hospitalocéntrico, para el desarrollo de un nuevo modelo de salud mental” (art. 12, inc. b).

24 *Programa de Acción y Plan de Inversiones*, Jurisdicción 40, Ministerio de Salud, 2012, disponible en <[buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/presupuesto2012/index.php](http://buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/presupuesto2012/index.php)>.

25 En 2012 el Ministerio de Salud de la ciudad contó con 6 656 430 186 pesos, de los cuales 496 167 096 fueron destinados a la atención en salud mental, cuya distribución se proyectó del siguiente modo: Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato De Alvear, 62 710 188 pesos; Hospital de Salud Mental José T. Borda, 163 265 135 pesos; Hospital de Salud Mental Braulio Moyano, 149 555 619 pesos; Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica, 28 494 648 pesos; Hospital Infante-Juvenil Dra. Carolina Tobar García, 56 199 634; Centro de Salud Mental Ameghino, 24 848 221 pesos, y Centro De Salud Mental n° 1 Hugo Rosario, 11 093 651 pesos (ibíd.).

desarrollan las instituciones de su dependencia. Esas medidas fueron seguidas por acciones y decisiones políticas que marcan una postura contraria a la promoción y fortalecimiento de las experiencias de atención ambulatoria y comunitaria de la salud mental. A continuación se describen algunos ejemplos.

En primer lugar, la DGSM dio a los directores de los hospitales la orden de sancionar a los empleados que respondieran preguntas del Ministerio Público Tutelar.<sup>26</sup> De este modo, la DGSM desconoció abiertamente la tarea de contralor que le corresponde a ese organismo por mandato constitucional.<sup>27</sup> Es claro que inducir al hermetismo a las instituciones psiquiátricas y pretender sustraerlas de los mecanismos de control existentes se convierte en un incentivo al ocultamiento de los abusos de poder que han caracterizado históricamente a este tipo de lugares. Este hecho, además de vulnerar la ley vigente, también infringe otros tratados internacionales, como, por ejemplo, la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.<sup>28</sup>

En segundo lugar, la DGSM aprobó los pliegos para la licitación del Servicio de internación prolongada de pacientes psiquiátricos y pacientes gerontopsiquiátricos. La licitación ascendía a casi 13 millones de pesos para un total de 60 camas de internación psiquiátrica prolongada. Esta acción desconoce que la internación es considerada por la Ley Nacional de Salud Mental como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que debe ser lo más breve posible y que no puede ser indicada para resolver problemáticas sociales o de vivienda (arts. 14 y 15). Además, refuerza el modelo asilar de largo alcance y es contraria al deber del Poder Ejecutivo de asegurar que todas las instituciones de salud mental adopten la modalidad de abordaje establecida por la ley. Un agravante adicional es que se asignan recursos públicos al sector privado para la internación prolongada, lo cual expone a quienes utilicen estos servicios a mayores vulneraciones de sus derechos, ya que el funcionamiento de los me-

26 El Ministerio Público Tutelar es una institución que integra el Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de conformidad con los arts. 124 y 125 de su Constitución y tiene como misión principal la justa aplicación de la ley, la legalidad de los procedimientos y el respeto, la protección y la satisfacción de los derechos y garantías de las personas con discapacidad psicosocial.

27 Memorándum 2011-01927071 de la DGSM de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, "Pautas a seguir frente a las inspecciones de los Asesores Generales Tutelares", 28 de octubre de 2011.

28 Véase "Informe del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Sr. Manfred Nowak", 28 de julio de 2008, ONU, doc. A/63/175, disponible en <[www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/torture](http://www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/torture)>.

canismos de control legalmente previstos es menos eficaz en las instituciones psiquiátricas privadas.<sup>29</sup>

Por último, otra medida cuestionable fue la desarticulación del Programa de Atención Comunitaria de Niños y Niñas con Trastornos Mentales Severos (PAC), que, si bien dependía del Centro de Salud Mental n° 1, funcionaba por fuera de su ámbito físico.<sup>30</sup> Es preciso resaltar que este servicio beneficiaba a cerca de 250 niños y jóvenes, algunos en situación de institucionalización en hogares, a fin de constituir redes de contención socio-familiar a favor de la recuperación integral de la salud.<sup>31</sup> Con la reforma de este programa, la DGSM porteña dio marcha atrás a una experiencia que trabajaba con miras a la reconstrucción del tejido social de los niños y niñas en su propio entorno, es decir, no para retenerlos en las instituciones sino para que pudieran sostenerse y construir su identidad fuera de ellas. En oposición a este enfoque, el PAC fue reubicado en la órbita del Hospital Infanto-Juvenil Dra. Carolina Tobar García. Se trata de otro ejemplo que demuestra la negativa de las autoridades competentes a apuntar hacia una atención en salud mental que trascienda los muros hospitalarios.

En este contexto, es preciso destacar que el debate público en torno a la salud mental se ha alejado de los debates estratégicos para impulsar un cambio de modelo en la atención de la salud mental. Por el contrario, estas y otras medidas regresivas llevan el agua de la discusión hacia el molino de la defensa a ultranza del hospital público, con respuestas erráticas facilitadas por el deterioro edilicio en la mayoría de las instituciones psiquiátricas, así como por los intentos de poner en marcha la construcción de un Centro Cívico en el predio del Hospital José T. Borda.<sup>32</sup>

29 Resolución 52/MSGC/12 del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 13 de enero de 2012, disponible en <asesoria.jusbaires.gob.ar/content/privada-no-es-buena-la-salud-mental.html> y <diariojudicial.com/noticias/Privada-no-es-buena-la-salud-mental-20120125-0002.html>.

30 Resolución 374/MSGC/12 de la DGSM de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

31 El segundo semestre de 2012 se produjeron varios hechos de violencia con la intervención de la Policía Metropolitana, en el intento de las autoridades de Desarrollo Urbano de avanzar en la construcción inconsulta de una nueva sede para la Jefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y cinco ministerios en tres hectáreas dentro del Hospital Borda. Dentro de ese espacio está el edificio donde funciona uno de los talleres protegidos intrahospitalarios (en el que se capacita en oficios de carpintería y herrería y fabrican camas, sillas, armarios y otros muebles para el equipamiento del hospital). Véase “Una obra en el Borda con apoyo policial”, *Página/12*, 9 de agosto de 2012, disponible en <pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-200669-2012-08-09.html>.

32 Véanse “Se cumple un año sin suministro de gas en el Hospital Borda”,

En efecto, uno de los principales temas de debate público sobre salud mental fueron los intentos de derribar parte del controvertido Hospital Borda.<sup>33</sup> Si bien esto reafirma que los planes desarrollistas en la ciudad se imponen sobre los derechos de las personas que envejecen en el manicomio, desafortunadamente esta problemática se ha convertido en un distractor que posterga la discusión de fondo y polariza los discursos. En el discurrir del debate, las posiciones se dividieron entre defender el Borda y defender el Centro Cívico.<sup>34</sup>

Ante este panorama, se dejó de interpelar el modo en que se están invirtiendo los millonarios recursos disponibles en la ciudad para la salud mental, y las finanzas continuaron destinándose en contra de modos de abordaje que garanticen los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.<sup>35</sup> Además de la administración de los recursos económicos, la pregunta atraviesa también el enfoque de la inversión del trabajo de los abundantes recursos humanos que siguen llevando a cabo su formación e inscripción laboral en el hospital psiquiátrico.<sup>36</sup>

Estas afirmaciones se pueden corroborar, una vez más, en la proyección financiera de la Administración del Gobierno de la Ciudad para 2013, que destina a la salud mental el 7,6% del presupuesto de la salud. Esta cifra se

---

Télam, 24 de abril de 2012, disponible en <telam.com.ar/nota/23052>; “Una obra en el Borda con apoyo policial”, art. cit., y “Movilización al Hospital en rechazo al Centro Cívico”, Télam, 16 de agosto de 2012, disponible en <telam.com.ar/nota/35049>.

33 Véase “La obra estrella que quedó estrellada”, *Página/12*, 29 de octubre de 2012, disponible en <pagina12.com.ar/diario/elpais/1-206624-2012-10-29.html>.

34 Véanse “Con la mira puesta en el Centro Cívico”, *Página/12*, 5 de mayo de 2012, disponible en <pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-193512-2012-05-08.html>; “Hospital Borda: exigen un plan integral de obras y rechazan construcción de un Centro Cívico”, Télam, 25 de julio de 2012, disponible en <telam.com.ar/nota/32789>, y “El Hospital Borda hará un paro en defensa de la salud pública”, Télam, 9 de agosto de 2012, disponible en <telam.com.ar/nota/34441>.

35 CDPD, art. 19.

36 Como acción de defensa del predio del Hospital Borda, el secretario de la junta interna de los Talleres Protegidos y el titular de la Unión de Trabajadores de la Educación requirieron ante la justicia una medida cautelar. La jueza Patricia López Vergara resolvió positivamente la medida al ordenar al gobierno de la ciudad que “impida dar inicio a cualquier construcción, emplazamiento preparatorio de obra o afectación del funcionamiento y uso actual de los inmuebles y jardines aledaños del Hospital Borda hasta tanto recaiga sentencia definitiva en los presentes actuados”. Véase “Frenan el Centro Cívico en los terrenos del Borda”, *Clarín*, 30 de octubre de 2012, disponible en <clarin.com/ciudades/Frenan-Centro-Civico-terrenos-Borda\_0\_801519904.html>.

incrementó en un 1,5% respecto del año anterior sin llegar al mandato establecido por la Ley Nacional de Salud Mental.<sup>37</sup> Además, la composición de los rubros del presupuesto financiero denota el mismo comportamiento de 2012. De hecho, el proyecto de presupuesto prevé sostener en el Hospital Dr. Braulio Moyano el elevado número de 939 camas de internación, de las cuales 797 son catalogadas como internaciones de tratamiento prolongado.<sup>38</sup>

Sin embargo, es importante destacar la efectividad de la política adoptada por la DGN al crear, en pronto cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental, la Unidad de Letrados, art. 22, Ley 26 657,<sup>39</sup> cuyo mandato es ejercer la defensa técnica de personas mayores de edad internadas en instituciones psiquiátricas en el ámbito de la ciudad, desde la internación involuntaria de la persona hasta su externación.<sup>40</sup> Los resultados son contundentes: en su primer año de funcionamiento, la Unidad de Letrados defendió 2241 casos y logró que las instituciones de internación efectivizaran las altas en 1555 de ellos sin tener que recurrir a peticiones judiciales.<sup>41</sup> A esta cifra deben sumarse 60 casos de pedidos judiciales de externación resueltos por la Unidad al 30 de septiembre de 2012. En total, se ha logrado que cerca de 1615 personas fueran externadas.

Estas cifras reinstalan la pregunta sobre la disponibilidad y el acceso a recursos asistenciales para que las personas externadas puedan vincularse a programas de integración social de una manera ágil y sin necesidad de intermediación judicial. Más aún cuando es previsible que la desatención de la vulnerabilidad en la que quedan muchas de ellas, especialmente quienes no disponen de familias o sistemas de apoyo fuertes para sostener la externación, tenderá a conducir las nuevamente a la institución psiquiátrica.

37 LNSM, art. 32: "En forma progresiva y en un plazo no mayor a tres (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo de diez por ciento (10%) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio".

38 Disponible en <[buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/presupuesto2013/index.php](http://buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/presupuesto2013/index.php)>.

39 Resolución 552/11 de la DGN, del 12 de mayo de 2011. La Unidad de Letrados empezó a operar a partir del 1° de agosto de 2011.

40 Cuando la persona se encuentre en cualquier proceso de determinación del ejercicio de su capacidad jurídica, esa función de defensa recaerá en el Cuerpo de Curadores Públicos de la Nación, también dependiente de la DGN.

41 Es preciso recordar que según la Ley Nacional de Salud Mental, el alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud y no requieren autorización del juez (art. 23).

En este sentido, la Unidad de Letrados requirió judicialmente en 210 casos que las personas a ser externadas fuesen incluidas en programas que favorezcan su inclusión social. Sin embargo, la DGSM sólo cuenta con una casa de medio camino que depende del Hospital Borda y una residencia protegida, en la órbita del Hospital Braulio Moyano, con capacidad para 21 mujeres.<sup>42</sup> El aporte intersectorial a favor de la inclusión social de las personas usuarias de los servicios de salud mental también es escaso. En 2012, el Programa de Externación Asistida (PREASIS), perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social de la ciudad, fijó como meta la asistencia de sólo 45 personas.<sup>43</sup>

La externación de 1615 personas da cuenta de los esfuerzos realizados por la defensa pública para la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Sin embargo, para que la disminución de la cantidad de personas internadas en hospitales psiquiátricos se traduzca en un verdadero proceso de desinstitutionalización, se deben crear políticas de ampliación de dispositivos suficientes y accesibles que brinden una verdadera alternativa de inclusión, acompañadas de mecanismos de seguimiento y monitoreo de la situación de las personas externadas hasta tanto se compruebe su inclusión sostenible en la comunidad. Por el momento no hay datos certeros en este sentido, lo que debería llamar la atención de los funcionarios responsables para evitar que esas externaciones se conviertan, en la práctica, en una situación de abandono de los más vulnerables.

En este escenario, no hay excusas para que los recursos financieros y humanos disponibles sigan nutriendo las instituciones monovalentes de manera casi exclusiva. Si no se efectivizan las reformas necesarias, la intervención de la defensa pública en el ámbito del acceso a la justicia puede llegar a caer en saco roto. Además, esto ubica al ámbito judicial como principal actor en la escena cuando debería tener un lugar subsidiario y excepcional ante las deficiencias de la intervención del Poder Ejecutivo, a cargo de asegurar de modo directo la garantía del derecho a la salud mental.

3.5. CASO “MM”: LAS DISCUSIONES TERAPÉUTICAS COMO VELO DEL ABANDONO  
El CELS fue convocado por el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil n° 56 para evaluar la pertinencia de la aplicación de terapia electroconvulsiva (TEC) –comúnmente conocida como electroshock– a una mujer internada

42 Véase <[buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/presupuesto2012/index.php](http://buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/presupuesto2012/index.php)>.

43 La creación formal del PREASIS se efectivizó mediante el Decreto 608/10, BO 3480, del 11 de agosto de 2010. De acuerdo con el presupuesto de la ciudad, en 2012 se destinaron 1 062 000 pesos, cifra que no llega a representar el 0,06% de los recursos públicos asignados a esta cartera.

contra su voluntad en el Hospital Braulio A. Moyano de la ciudad de Buenos Aires. Este pedido surgió a partir de dos evaluaciones previas que resultaron contradictorias.

La información disponible antes de la primera entrevista era que la señora estaba internada hacía más de un año y no había sido posible que brindara su consentimiento sobre ningún aspecto de su tratamiento, es decir, se trataba de una internación involuntaria y prolongada con control judicial. MM contaba con una defensa técnica activa que la representaba y propuso nuestra intervención. Sin duda, estos datos permitían prever que la situación de salud de MM era de difícil resolución.

Luego de más de un año de estar internada en un hospital especializado, seguía en discusión la implementación de una medida terapéutica sobre la que los diversos actores en juego no habían alcanzado un acuerdo. Durante ese tiempo MM sufrió un grave deterioro de su estado de salud mental y física y una llamativa pérdida de peso.<sup>44</sup> Un año después de su internación tiene el pelo corto<sup>45</sup> y canoso y la cara angulosa, en la que se destacan sus pómulos. Son visibles los huesos de sus hombros, las clavículas y la delgadez de sus piernas y torso, que hacen evidente a primera vista el daño en su salud. Si bien su mirada sigue siendo atenta y vivaz, apenas habla. En los últimos ocho meses de internación, ha permanecido atada a una vieja silla de ruedas difícil de desplazar durante el día y duerme en una cama, también atada. Esta es la única precaución que se ha podido implementar en los últimos meses para que no se caiga.

Las entrevistas mantenidas con MM, su esposo y las enfermeras que la asistían, la reconstrucción de su historia personal, la visita a su casa y la lectura de la historia clínica nos permitieron concluir que lo fundamental en este caso excedía el mero hecho de valorar la pertinencia de la aplicación de la TEC. Era urgente llamar la atención sobre el estado de abandono en el que MM se encontraba y el grave deterioro en su salud que estaba provocando la larga estadía en el hospital. Sólo la profunda desidia institucional de la que había sido víctima explicaba el aspecto anciano y frágil de un cuerpo de tan sólo 65 años.

44 Los efectos adversos que produce en la salud física y mental la institucionalización prolongada han sido documentados por varios investigadores, incluso en disciplinas como la sociología (Erving Goffman, *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 1972 [1ª ed. inglesa, 1961]). Debido a ello, la legislación local e internacional en la materia recomienda que los períodos de internación sean lo más breves posibles e indicados sólo cuando se hayan agotado todas las instancias alternativas.

45 Su cabello, largo hasta la cintura, fue cortado de manera impuesta y sin consulta en la clínica Moravia, donde estuvo internada entre el 7 de septiembre y el 12 de diciembre de 2011.

La historia clínica confirmó esta sospecha: pudimos constatar el desarrollo apenas básico de pobres hipótesis diagnósticas, la ausencia de tratamientos racionales prolijamente documentados, la escasa precisión y las dilaciones que han caracterizado la actuación de los profesionales intervinientes.

La falta de tratamiento y los meses dedicados a la discusión de un determinado abordaje del caso deben entenderse no sólo como una privación de derechos sino como las acciones responsables del deterioro que hemos reseñado. Una internación en un hospital que se ha extendido durante un año sin atención eficaz entraña un gravísimo nivel de contradicciones dañosas para la salud mental de cualquier persona.

Luego de las intervenciones de la Unidad de Letrados y del CELS, desde el Hospital Moyano comenzaron a explorarse e implementarse medidas para abordar los problemas de salud de MM, tanto los que motivaron su internación como los provocados por el encierro. De la última evaluación interdisciplinaria efectuada por la defensa puede concluirse que el estado de MM ha mejorado notablemente. En el nuevo abordaje, la atiende un equipo integrado por un psiquiatra, un psicólogo y un acompañante terapéutico; se diseñó un tratamiento específico que plantea la posibilidad de una buena evolución y mejor pronóstico; se trabajó para consolidar su red vincular; se avanzó con un plan de salidas los fines de semana, y se comenzó a trabajar la externación y continuación del tratamiento en dispositivo ambulatorio.

Este caso vuelve a corroborar el despliegue de recursos, principalmente estatales, que fueron necesarios para lograr un trato digno para una mujer que ingresó al sistema de salud público en busca de una respuesta respetuosa a sus padecimientos mentales.

#### **4. LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO CARCELARIO FEDERAL**

Históricamente los padecimientos de salud mental han sido analizados como fenómenos aislados en detrimento de una mirada integradora como la que propone la Ley Nacional de Salud Mental al señalar que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. En el contexto carcelario, el abordaje fragmentario se acentúa al definir múltiples programas de atención especializada sin una articulación clara que permita intervenciones que prioricen al sujeto y no a los emergentes del padecimiento mental.

Según los datos suministrados por el Servicio Penitenciario Federal (SPF), existen varios programas en materia de salud mental bajo la dirección de Sanidad: el Programa de Asistencia Grupal para Adictos (AGA), el Programa

de Prevención de Suicidios (PPS), el Programa para Internos Condenados por Delitos de Agresión Sexual (CAS), el Servicio de Psiquiatría para Varones, el Servicio de Psiquiatría para Mujeres, los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes (CRD) y el Programa Interministerial<sup>46</sup> de Salud Mental Argentino (PRISMA).

Sin embargo, es evidente la ausencia de una mirada integral sobre la persona y sus padecimientos que incluya una comprensión del entorno carcelario como un aspecto que facilita la manifestación de deficiencias psicosociales. La diversificación de programas de atención de la salud mental eleva el riesgo de convertir el abordaje en una modalidad de “ventanilla” que genere más estigmas, vulneraciones y abandono que los ya existentes. Un hecho revelador es que de las 56 personas fallecidas en el ámbito del SPF a diciembre de 2012, 11 de ellas (casi el 25% del total) fueron suicidios por ahorcamiento, que se convirtió en la principal causa de muerte. La situación requiere medidas políticas concretas y urgentes, ya que los esfuerzos por brindar una respuesta acorde y articulada han sido, como mínimo, insuficientes.

#### 4.1. EL PROGRAMA PRISMA. LA CONTINUIDAD DE LAS BUENAS INTENCIONES

A mediados de 2011 se creó PRISMA como una respuesta alternativa a las crueles unidades 20 y 27 de alojamiento de personas con padecimientos mentales en conflicto con la ley penal. En el *Informe 2012* identificamos algunos puntos de especial preocupación como la situación de las mujeres, las personas con discapacidad intelectual y las declaradas inimputables que, pese a que la Ley Nacional de Salud Mental indica que no pueden permanecer en las cárceles comunes, integraban la población del PRISMA, así como otras cuestiones instrumentales para reducir las históricas formas de vulneración de derechos de este grupo.<sup>47</sup>

Ahora bien, para poder llevar adelante las acciones de seguimiento de este programa es necesario obtener información calificada por parte de las autoridades responsables de su implementación. Sin embargo, el acceso a esos datos fue restringido en 2012 porque una parte de la información requerida a

46 El PRISMA depende del Ministerio de Justicia (dispositivo de evaluación y dispositivo de tratamiento) y del Ministerio de Salud (dispositivo de inclusión social).

47 Por ejemplo, la adopción de un sistema de farmacovigilancia mediante auditorías internas que verifiquen la concordancia entre la información registrada en la historia clínica, las hojas de indicaciones en la enfermería, los pedidos de medicamentos de la farmacia y los disponibles.

través de las vías formales e informales no fue brindada.<sup>48</sup> A partir de los datos obtenidos, podemos decir que PRISMA se organiza en tres dispositivos: el de *admisión*, el de *tratamiento* y el de *inclusión social*.

El *dispositivo de admisión* se ocupa de evaluar la situación de personas con padecimientos mentales para decidir si ingresan al programa, siguiendo criterios que definen patologías severas. En el último año se evaluó a 474 personas, de las cuales sólo el 20% cumplía los requisitos. Esto indica que la mayoría de los casos de padecimientos mentales en las cárceles se deben a otras problemáticas que no son atendidas por el programa.

El 30% de las evaluaciones fueron, en rigor, reevaluaciones. Se trata de casos que en instancias previas fueron desestimados y han vuelto a solicitar ser evaluados por PRISMA. Al tomar en consideración lo elevado de la cifra, y pese a desconocer el resultado de las nuevas evaluaciones, planteamos un interrogante respecto de la exhaustividad, métodos y protocolización de las rutinas de admisión.

Dado que este programa tiene alcance federal, una de las preocupaciones centrales es la respuesta efectiva del dispositivo en las provincias. Si bien en algunos casos se ha logrado descentralizar la atención en los hospitales generales, en otras provincias estas alianzas no han sido posibles y se generaron importantes demoras e, incluso, la imposibilidad de dar respuesta. La resolución de urgencias en el hospital general sin dudas responde a lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental. Sin embargo, en algunas jurisdicciones hay dificultades en su implementación y faltan políticas de salud mental que concreten la efectiva migración de recursos hacia los hospitales generales. Ambas situaciones impiden fortalecer la atención de personas privadas de su libertad en las instituciones generales de salud.

El *dispositivo de tratamiento* es el encargado de brindar una respuesta centrada en salud a las 49 personas<sup>49</sup> que integran el programa en el ámbito de las unidades I (varones) y III (mujeres) del Complejo Penitenciario de Ezeiza. Si bien los profesionales de la salud pertenecen al ámbito civil, el tratamiento tiene una evidente impronta penitenciaria a pesar de algunos gestos en contrario:<sup>50</sup> durante 2012, los 31 varones pasaron la mayor parte del día

48 Con fecha 23 de noviembre, y tras la negativa de otorgarnos una reunión para conversar informalmente sobre el dispositivo de tratamiento, el CELS presentó un pedido de información a la Subsecretaría de Asuntos Penitenciarios y al Ministerio de Salud que, al cierre de este informe, no había sido respondido. Lo que consta en este apartado fue producida sobre la base de las visitas realizadas y la información suministrada por la Procuración Penitenciaria de la Nación.

49 El número corresponde a septiembre de 2012.

50 El proceso de selección del nuevo responsable de seguridad interna fue

confinados en sus celdas. Se contaba con espacios abiertos de uso común, pero, dado que convivían adultos menores, adultos mayores y personas con resguardo de integridad física, fue necesario organizar horarios para los tres grupos, cuyo resultado fue el encierro cada vez más extendido a lo largo del día. Recién en noviembre el SPF tomó nota de la gravedad de estos hechos y permitió<sup>51</sup> que los varones y mujeres adultos/as y jóvenes interactuasen y compartiesen todas las actividades diarias desarrolladas, salvo las que el equipo tratante de profesionales del PRISMA considerase pertinente excluir. En línea con la búsqueda de alternativas al encierro prolongado, desde ese mes se dispuso que la puerta que comunica a un patio recientemente habilitado estuviera abierta de manera permanente.

Además, resulta preocupante el suicidio por ahorcamiento de tres varones de este programa. Si bien el CELS no ha podido conocer las características del tratamiento, es importante resaltar el riesgo de recaer en mayores medidas de seguridad y control.

La situación de las ocho mujeres continúa mostrando prácticas naturalizadas de discriminación y marginalidad, como las condiciones de encierro. A más de un año siguen alojadas todo el día en celdas pequeñas, oscuras, sin ventilación, sin baño ni agua y con serias deficiencias en la higiene. En septiembre, y en respuesta a una visita a la que fuimos convocados, presentamos al SPF un documento que proponía el traslado de estas mujeres a una unidad con casas de convivencia, lo que hubiera mejorado sustancialmente su situación. Esta propuesta no ha tenido ninguna consecuencia a la fecha de cierre de este informe.

Por otra parte, existe un espacio con salas de observación continua (SOEP) que, si bien son de uso mixto, funcionan en la unidad de varones. En caso de disponerse esta indicación para una mujer, tendrá que ser trasladada desde su unidad a la de varones, con el consecuente impacto negativo para su integridad física y psicológica, mayor aún por tratarse de una persona en crisis. En relación con el funcionamiento de las SOEP, aunque responde a los reiterados pedidos del equipo de profesionales, expresamos la necesidad de contar con protocolos rigurosos para su indicación y duración temporal, y con el debido reporte en la historia clínica. Sin desconocer que pueden existir situaciones que justifiquen su uso terapéutico, también sabemos las implicancias de arrastramiento subjetivo que conlleva el aislamiento en un espacio muy pequeño sólo provisto de una cama y una cámara de video, como así también el uso

---

realizado por el SPF en conjunto con la coordinadora civil del dispositivo de tratamiento del PRISMA.

51 Resolución 2138/12.

histórico de estos espacios con fines de normalización institucional. Dicho de otro modo, las consecuencias del pleno encierro mal pueden reducirse con más encierro.

Las nueve personas con declaración de inimputabilidad merecen un señalamiento particular, ya que continúan formando parte de la población del PRISMA pese a la instrucción en contrario de la Ley Nacional de Salud Mental. Pero también porque existe otro elemento que nos alerta sobre este grupo. El dispositivo de admisión puede ser convocado para intervenir en casos de personas que atraviesan procesos periciales para brindar al juez un segundo informe junto con el que efectúa el Cuerpo Médico Forense. Sin embargo, la evaluación prevista en el PRISMA no tiene por finalidad determinar el grado de conciencia respecto del hecho criminal que se evalúa en una pericia, sino la presencia de los criterios de ingreso al programa. Por lo tanto, cabe preguntarse de qué manera la información suministrada a los juzgados no es materia de decisión sobre la inimputabilidad de la persona cuando la ley es contundente al afirmar que las razones diagnósticas en ningún caso podrán ser utilizadas para decidir acerca de la privación de la libertad de los individuos.

Finalmente, otra cuestión preocupante es que las requisas en los pabellones son efectuadas por el mismo personal encargado de efectuarlas a la población penal general, situación que ha empeorado para las personas con padecimientos mentales desde su traslado al Complejo de Ezeiza, que es una cárcel de máxima seguridad.

El *dispositivo de inclusión social*, el único de la cartera de Salud, se expresa como la transición entre el encierro y la recuperación de la vida en sociedad. Si bien en un comienzo tuvo las pretensiones de ser casa de medio camino, en la actualidad funciona como centro de día con formación en oficios y prácticamente carece de presupuesto.

#### 4.2. EL PROGRAMA PROTIN. LA SALUD MENTAL MARGINAL

En julio de 2012 se publicó la norma 467 del SPF que creó del Programa de Tratamiento Interdisciplinario, Individualizado e Integral (PROTIN), para dar respuesta a los padecimientos mentales de las personas que no cumplen con los criterios definidos por el PRISMA. Si bien la norma debe ser ratificada por el ministro de Justicia, comenzó a ser implementada en agosto. En su mayoría, se trata de la población definida como “conflictiva” alojada en el Anexo H y restantes pabellones del Módulo VI del Complejo Penitenciario de Ezeiza, famosos dentro del ámbito del SPF por ser los más abandonados y duros en el tratamiento hacia las personas.

Las principales conclusiones y aportes sobre el PROTIN que se resumen a continuación se basan tanto en el texto de la norma como en los aspectos de

su implementación que pudimos corroborar en una visita realizada en octubre de 2012.

#### *4.2.1. Perfil de los profesionales, ámbito de pertenencia e intervenciones*

El tratamiento de quienes allí se alojan debe estar en manos de equipos interdisciplinarios integrados por profesionales y técnicos capacitados en el campo de la salud mental del ámbito civil y no por agentes, funcionarios o profesionales del servicio penitenciario. La intervención del sistema penal, por su propia formación, incumbencias, lógicas de actuación y estructuras burocráticas, resulta inadecuada para brindar respuestas idóneas y respetuosas de los derechos de las personas con padecimientos mentales.

En línea con estas afirmaciones, en la visita realizada se pudo constatar una fuerte sujeción e impronta del dispositivo carcelario profundizado por las pésimas condiciones de encierro en las que se encontraban las personas alojadas.

En cuanto a las condiciones edilicias, se trata de pabellones con quince celdas individuales, ventanas sin vidrios, oscuras, sin ventilación y cubiertas con frazadas o papeles de diario desde el interior, con mal olor y excesiva humedad en pisos y paredes. En cada pabellón había dos baños pequeños sin iluminación ni agua caliente, en los que se pudo detectar constantes pérdidas de agua y malas condiciones de higiene. La seguridad también es mala: se observaron cables pelados con corriente eléctrica expuestos en las paredes y pisos con fluidos líquidos a pocos metros provenientes de las pérdidas en las cañerías. No hay acceso a espacios para calentar comida o agua ni para cocinar. Estas disposiciones se reducen a un calentador eléctrico a resistencia.

En uno de los pabellones, las personas no habían tenido acceso al patio por varias semanas porque el alambrado perimetral se encontraba en reparación. Los entrevistados indicaron que esas salidas al patio no fueron reemplazadas por ningún otro espacio abierto, por lo que hacía casi un mes que se encontraban en un encierro total. Tampoco habían desarrollado otras actividades recreativas, de formación o esparcimiento.

Como antesala de los pabellones existe un ámbito recientemente construido que aún no ha sido inaugurado con salas de observación (llamadas salas de observación continua, AOC) referidas como espacios necesarios para alojar a las personas en situación de crisis y para quienes recién ingresan, a fin de establecer un diagnóstico que fundamente la derivación a los pabellones específicos. Esto motiva una grave preocupación, ya que esos dispositivos han sido y continúan siendo lugares donde se constatan las mayores violaciones a los derechos humanos en situación de privación de la libertad.

Por lo tanto, es imprescindible contar con pautas y procedimientos claros acerca del funcionamiento de este dispositivo: señalar los plazos máximos de

alojamiento en estas celdas, ya que las consecuencias del encierro pleno mal pueden contribuir a la recuperación de la salud; definir protocolos públicos para el manejo de episodios de excitación psicomotriz, contención física y sujeciones para ser comprendidas según la lógica de la intervención terapéutica y no de las llamadas “medidas de reducción física”; establecer el carácter disciplinar para el desarrollo de las entrevistas, el alcance de un diagnóstico y la indicación del tratamiento con un exhaustivo registro en la historia clínica.

La intervención penitenciaria tiene una impronta centrada en el control punitivo y en un encierro que arrasa con toda posibilidad de recuperación y aumenta los niveles de violencia. Esta situación cobra aún mayor relevancia si se tiene en cuenta que estos pabellones alojan a personas con alta conflictividad. El abordaje en salud mental del PROTIN debería estar a cargo de equipos profesionales interdisciplinarios civiles y el tratamiento no tendría que limitarse al encierro como castigo por la mala conducta. La mixtura de ambas lógicas de intervención resulta lesiva de la dignidad humana.

#### 4.2.2. *Fundamentos epidemiológicos*

Las características y alcances de políticas orientadas a una población en particular deben basarse en relevamientos epidemiológicos que doten de sentido y racionalidad el contenido de los programas a partir de las necesidades concretas de la población carcelaria en materia de salud mental. Puntualmente, esos relevamientos permiten establecer con precisión los criterios de admisión para adecuarlos a las necesidades manifiestas y evitar inclusiones forzadas que sedimenten el estigma en el encierro. Más aún cuando uno de los criterios para integrar el PROTIN se define como “Trastorno de personalidad y del comportamiento del adulto”, que puede fácilmente interpretarse como un castigo hacia la mala conducta o la conducta no esperable o, simplemente, disruptiva.<sup>52</sup>

A su vez, creemos fundamental que estos relevamientos se aborden de manera interministerial, a fin de hacer converger obligaciones institucionales de distinto orden, teniendo particularmente en cuenta que los “servicios de salud proporcionados en los lugares de privación de libertad deben funcionar en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, de manera

52 Es particularmente preocupante la referencia al criterio de trastorno mental leve (TML), pues es extensa la literatura que señala lo estigmatizante de esta categoría y su casi nula injerencia en el desarrollo de una vida plena y en igualdad de condiciones. Por tanto, someter a una persona a un programa de salud mental por cumplir ese criterio es, cuando menos, una marca que no promueve la salud sino que señala diferencias subjetivas.

que las políticas y prácticas de salud pública sean incorporadas en los lugares de privación de libertad”, conforme se establece en los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (aprobado por Resolución 1/08 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos) particularmente en el principio X sobre salud, que determina las garantías mínimas de las personas privadas de su libertad en el acceso del derecho a la salud.

#### *4.2.3. Perfil profesional de la Dirección Asociada y su carácter civil*

Llama la atención la referencia a la creación de una Dirección Asociada a cargo del Servicio Psiquiátrico para Varones, que estará a cargo de un médico psiquiatra. De acuerdo con la Ley Nacional de Salud Mental (art. 13), los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, y lo que debe valorarse es su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Por lo tanto, entendemos que la referencia debe recaer sobre las condiciones para cubrir el cargo y no sobre el perfil de formación académica. Más aún, considerando que la dirección está dentro del ámbito penitenciario, el director debe demostrar idoneidad técnica en la temática de la salud, integridad ética, compromiso con los valores democráticos y con la promoción y defensa de los derechos humanos, con especial énfasis en el resguardo de los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental.

#### *4.2.4. Estimación de plazos para el alojamiento en el PROTIN*

Por su parte, la ley establece (art. 16) que toda disposición de internación debe cumplir con una evaluación, un diagnóstico interdisciplinario e integral y los motivos que justifiquen la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación. Nos interesa señalar la necesaria intervención interdisciplinaria así como su justificación y la estimación del plazo temporal para admitir a una persona en el PROTIN.

#### *4.2.5. Sobre las modalidades de egreso*

Es imperioso definir modalidades de egreso del programa y reingreso a las cárceles de origen y especificar el régimen de progresividad de la pena, puntualmente sobre el acceso a los regímenes carcelarios de mediana y mínima seguridad con modalidades abiertas, salidas transitorias, etc. Finalmente, señalamos la necesidad de arbitrar algún tipo de seguimiento a los padecimientos

en salud mental de las personas que hayan estado en la órbita del PROTIN en sus cárceles de origen.

#### 4.3. MÁS PREJUICIO, MENOS DERECHOS

La situación de las personas privadas de su libertad en instituciones psiquiátrico-penales reviste una gravedad particular y muestra formas adicionales de violencia y exclusión. Algunas disposiciones<sup>53</sup> son un fiel reflejo de ello, ya que vulneran el principio constitucional de igualdad y no discriminación y la normativa legal vigente en materia de salud mental.<sup>54</sup> En primer término, el Decreto 369/99 establece la exclusión de las personas con padecimientos mentales del régimen de progresividad de la pena,<sup>55</sup> tras suspender las calificaciones de conducta y de concepto de la persona alojada en un establecimiento penitenciario especializado de carácter psiquiátrico. En consecuencia, impide que este grupo acceda al régimen de progresividad que busca limitar la permanencia en establecimientos cerrados. En segundo lugar, impone a este colectivo de personas la restricción ilegítima del derecho a recibir visitas íntimas por encontrarse en establecimientos psiquiátrico-penales.<sup>56</sup>

Estas restricciones, además, son contrarias al paradigma legal instaurado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU y por la Ley Nacional de Salud Mental. Estas exclusiones sólo pueden comprenderse dentro del paradigma tutelar y restrictivo, sustentado en la “peligrosidad del loco”. Ponen al descubierto viejos estigmas y prejuicios

53 Se trata de los anexos de los decretos presidenciales 1136/97 y 396/99, ambos reglamentarios de la Ley 24 660, de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad.

54 En particular, la CDPD y la Ley 26 657. Por su parte, los principios de igualdad y no discriminación están protegidos en el art. 16 de la Constitución Nacional, el art. 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el art. 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ambos son instrumentos internacionales con rango constitucional conforme al art. 75, inc. 22, de la Constitución Nacional) y el art. 5 de la CDPD.

55 Decreto 369/99, Anexo I, art. 73.

56 En cuanto al derecho a las relaciones familiares y sociales, el art. 158, párr. 1, de la Ley 24 660 establece que la persona privada de la libertad “tiene derecho a comunicarse periódicamente, en forma oral o escrita, con su familia, amigos, allegados, curadores y abogados, así como con representantes de organismos oficiales e instituciones privadas con personería jurídica que se interesen por su reinserción social”. Con relación a los derechos sexuales y reproductivos, el art. 159 dispone que quienes “no gocen de permiso de salida para afianzar y mejorar los lazos familiares podrán recibir la visita íntima de su cónyuge o, a falta de este, de la persona con quien mantiene vida marital permanente, en la forma y modo que determinen los reglamentos”.

que deben ser superados a favor de la efectiva integración social de cualquier persona con padecimientos mentales, los cuales oscilan entre la presunción de un estado perverso de su sexualidad y la completa negación de esta última. La deshumanización que suponen el estigma y el prejuicio no sólo lleva a la restricción ilegal de derechos sexuales y reproductivos, sino además a una prohibición implícita de que estas personas preserven o construyan lazos afectivos que contribuyan a la recuperación de su estatuto de sujetos sociales.

Suponer que un tratamiento centrado en un padecimiento mental puede sostenerse de manera aislada del medio social y vincular no sólo acarrea una comprensión parcial de la salud mental sino que condena a la persona a un desajuste de su vida que en nada puede contribuir con un objetivo de reinserción social. Aun así, si por alguna razón existiera la presunción de que los encuentros íntimos podrían ir en detrimento de la salud mental de la persona afectada o de su entorno, debería ser una indicación que corresponda al equipo de salud con explícito fundamento de esta indicación y de su extensión temporal en la historia clínica, y en ningún caso al ámbito penal.

Estos han sido algunos de los argumentos que el CELS junto con la organización Locos Tumberos y Faloperos (LTF) hizo llegar a las autoridades responsables de modificar una norma –aún vigente– que procura mayores restricciones para las personas con padecimientos mentales privadas de su libertad que para la población carcelaria general.

## **5. LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL EN EL SISTEMA DE JUSTICIA: UN MODELO PARA ARMAR**

Los cambios legislativos de los últimos años plantean grandes desafíos a la administración de justicia para estar en sintonía con las obligaciones internacionales de derechos humanos. Entre ellos, el marco legal a partir de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Psicosocial y la Ley Nacional de Salud Mental amplía las obligaciones tradicionales del Estado en relación con este colectivo. Al mismo tiempo, representa un gran potencial para la revalorización del rol del Poder Judicial como último intérprete de los derechos fundamentales. Por lo tanto, tiene un papel preponderante en la garantía de derechos cuando los demás poderes incumplen sus obligaciones, sobre todo por tratarse de grupos minoritarios y vulnerables.

Por desgracia, no son pocos los ejemplos que dan cuenta de un accionar judicial restrictivo y diametralmente opuesto a los mandatos legales. En este sentido se enmarcan decisiones como la del Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil n° 23 ante una internación voluntaria en el Hospital José T. Borda. Hacia

finés de 2012, el juez subrogante Alejandro Olazábal decidió transformarla en una internación involuntaria,<sup>57</sup> por entender que, pese a existir consentimiento informado, este era “irrelevante” a causa de “la patología que padece” la persona internada. Esa concepción desconoce el mandato legal de respetar la autonomía de las personas y contribuye a la anulación de su voluntad.<sup>58</sup>

El caso ilustra la importancia de que la ciudadanía controle la gestión de la administración de justicia para avanzar en la transformación de políticas institucionales que repercutan en las prácticas judiciales e insten a los jueces a adecuar sus decisiones a la normativa vigente. Para ello se requiere identificar los problemas vigentes a partir de información adecuada y confiable. Ya en el *Informe 2012* se había planteado la imperiosa necesidad de realizar un monitoreo de los cambios requeridos sobre la base de herramientas idóneas para el registro oficial de los datos relativos a la gestión pública. A tal fin, son necesarios indicadores de las distintas dimensiones de los derechos humanos que deben ser garantizados a las personas con discapacidad psicosocial en su relación con el sistema de justicia.

En continuidad con la línea de indagación sobre la respuesta judicial iniciada por el CELS en años anteriores, nuevamente se requirió información a la Oficina de Estadística del Poder Judicial de la Nación (OEPJN) sobre las causas de salud mental iniciadas en 2011 y 2012 en la justicia nacional en lo Civil de la Ciudad de Buenos Aires.<sup>59</sup> Sin embargo, la actitud de apertura y

57 De acuerdo con el art. 16 de la Ley Nacional de Salud Mental, toda internación debe cumplir con los siguientes requisitos: a) evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra; b) búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar, y c) consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. De este último requerimiento, indispensable conforme a los lineamientos de la CDPD, sólo puede prescindirse cuando a criterio de un equipo interdisciplinario exista riesgo grave cierto e inminente para sí o para terceros y, a su vez, se hayan agotado todos los recursos terapéuticos menos restrictivos, excepción que permitiría proceder a una internación involuntaria (art. 20), con revisión judicial automática, acceso a la defensa técnica (art. 22) y control del Órgano de Revisión.

58 El art. 3, inc. a, de la CDPD consagra el derecho a la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas. Por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental establece expresamente (art. 7, inc. K) el derecho a tomar decisiones relacionadas con la atención y el tratamiento a recibir.

59 Entre los objetivos de la OEPJN se encuentran: a) dentro del Poder Judicial de la Nación, proveer información confiable a todos los sectores para el control de gestión y toma de decisiones, y b) brindarle al público en general un panorama del estado de situación de la institución y datos para estudio e

diálogo de esta dependencia resulta insuficiente cuando la construcción de los datos no permite dar cuenta de los problemas estructurales ni analizar sus posibles causales.

Antes de que entrara en vigencia la Ley Nacional de Salud Mental, los datos permitían señalar las dimensiones de la judicialización de los problemas relativos a la salud mental a través de dos tipos de procesos: las interdicciones o restricciones de la capacidad jurídica (inhabilitaciones e insanias) y las internaciones involuntarias o forzosas, lo cual fue facilitado por la normativa imperante, especialmente por el Código Civil de la Nación. En este último año se evidenciaron modificaciones en las categorías de registro y no se puede afirmar la finalidad a la cual responden esas variaciones ni los criterios utilizados para realizarlas.<sup>60</sup> Al cambiar las variables, no fue posible hacer una lectura comparada que permitiera evaluar si el sistema de justicia está orientando sus decisiones hacia la promoción de la autonomía de las personas con discapacidad psicosocial o si, por el contrario, mantiene decisiones propias del sistema tutelar.

Por otra parte, con la finalidad de enriquecer y complejizar la lectura de datos, también dirigimos una solicitud de información a la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) sobre el funcionamiento del Cuerpo Médico Forense que se desempeña en su órbita. Este último requerimiento es fundamental si consideramos el peso que demuestran tener los conceptos y apreciaciones

---

investigación. Para mayor información, véase <[consultas.pjn.gov.ar/estadisticas/index.htm](http://consultas.pjn.gov.ar/estadisticas/index.htm)>.

60 A modo de ejemplo, en cuanto a procesos relativos a restricciones a la capacidad jurídica se incorporó la categoría de registro denominada “artículo 152 ter”, que coexiste con las categorías anteriores, “insanias” e “inhabilitaciones”. Aquel artículo fue incorporado al Código Civil de la Nación por la Ley Nacional de Salud Mental con la clara finalidad legislativa de establecer límites a la discrecionalidad judicial en las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad, como ser: a) deben fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias; b) no pueden extenderse por más de tres años, y c) deben especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

La modificación del Código Civil estuvo destinada a acotar los efectos restrictivos de los institutos de insania e inhabilitación y no a habilitar un proceso más de restricciones. Por ello, la incorporación del art. 152 ter como una nueva categoría de registro arroja dudas respecto de la interpretación de la norma que realiza el Poder Judicial. Estas inquietudes se reafirman con la cantidad de procesos registrados en cada categoría: en 2012 las cifras correspondientes a *inhabilitación e insania* presentaron una disminución muy significativa, mientras que las correspondientes a la nueva categoría, art. 152 ter, es bastante elevado. Parecería ser que los procesos que años atrás estaban relevados con las categorías tradicionales fueron derivados hacia el art. 152 ter.

nes de los peritos del campo de la salud mental en las causas judiciales sobre capacidad jurídica e internaciones. La alarmante negativa de la CSJN a proporcionar información acerca de la actuación pericial no sólo impide conocer el tipo y la cantidad de causas en las que se requiere su intervención, sino que obstruye el control sobre el nivel de adecuación de sus actuaciones al nuevo marco legal y los resultados de su gestión institucional,<sup>61</sup> y poco tiene que ver con la transparencia y la rendición de cuentas proclamada por su presidente.

#### 5.1. PERITAJES RESPETUOSOS EN SALUD MENTAL: PISTAS PARA TRANSFORMAR LAS PRÁCTICAS

Las evaluaciones periciales que abordan ciertas situaciones, en particular las de las personas con discapacidad psicosocial, resultan un escenario donde se plasman con claridad los recientes cambios normativos en lo que respecta a este colectivo. Tanto la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad como la Ley Nacional de Salud Mental sostienen una concepción del fenómeno de la discapacidad acorde con un modelo social que propone la igualdad de sus destinatarios ante la ley y sostiene la autonomía y la participación como valores a promover. Este paradigma plantea un ostensible contraste con el modelo tutelar que hemos descrito y que había guiado los peritajes.

Los requerimientos solicitados a los cuerpos periciales auxiliares de la justicia o a los equipos tratantes cuando deben decidirse las internaciones involuntarias o las restricciones a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial resultan un enorme desafío para quienes realizan las evaluaciones, ya que requieren una transformación estructural de las instituciones y el viraje técnico de los funcionarios. Estos cambios normativos exceden los cambios procedimentales y modifican las perspectivas desde donde deben comprenderse conceptos básicos de la mayor relevancia como los de salud mental, de capacidad jurídica o riesgo. Los estándares de derechos humanos vigentes desde que el Estado argentino ratificó la CDPD afirman dos cuestio-

61 El 4 de junio de 2012, el CELS presentó un pedido de información pública detallada ante el decano de la CSJN, doctor Roberto Luis María Godoy, con copia a la Corte. Los temas centrales de este pedido son: la conformación del departamento y áreas del CMF a cargo de los peritajes en materia de salud mental; la cantidad de pericias realizadas según el objeto de pericia por año desde 2009 hasta 2012; el modo de funcionamiento operativo del CMF; la metodología empleada en la realización de los peritajes, y los presupuestos conceptuales aplicados y el modo de hacerlos operativos. El 14 de diciembre, el CELS recibió una notificación de los ministros de la CSJN que niega el acceso a esa información con el argumento de que lo requerido está publicado en la página web y por tratarse, según ellos, de información "sensible".

nes que consideramos cruciales: la presunción de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial y la necesidad de estrictos controles de las privaciones de la libertad, que nunca pueden estar basadas en el diagnóstico de la discapacidad. Para la toma de estas decisiones judiciales juegan un papel central los peritajes médicos, psiquiátricos y psicológicos.

La presunción de capacidad jurídica en todas las personas, la prohibición de suspenderla basándose exclusivamente en un diagnóstico de discapacidad y la obligación de revisión periódica de las sentencias que las afectan hacen necesario modificar las prácticas periciales en las que históricamente se han apoyado los operadores del sistema de justicia para determinarlas. La internación involuntaria justificada exclusivamente por la existencia de riesgo de daño grave, cierto e inminente, y no por un diagnóstico de enfermedad mental, también supone una nueva manera de llevar adelante, comprender y valorar los peritajes; más aún cuando la internación ha sido una de las puertas de entrada privilegiadas al encierro, generadora de graves y extendidas violaciones a los derechos humanos. Los nuevos requisitos legales crean un escenario privilegiado para la ampliación efectiva de derechos fundamentales y para detener situaciones de graves violaciones a los derechos humanos en general cuando una medida terapéutica como la internación es imperiosa y no es posible contar con el consentimiento de la persona.

Tanto la Convención como la Ley Nacional de Salud Mental ubican la situación de las personas con discapacidad psicosocial como un asunto de derechos humanos. Debemos señalar que el modelo tutelar desde el derecho y el modelo biomédico de la discapacidad desde el campo social sostuvieron como marco conceptual muchas de estas violaciones de derechos fundamentales en pos del ya mencionado argumento del cuidado de estas personas. Las acciones en el campo de la salud centradas en el hospital psiquiátrico han sido históricamente (y aún lo son en nuestro país, considerando la cantidad de recursos destinados a sostenerlas) el eje central del accionar del Estado en lo referido a las personas con discapacidad psicosocial. En ese modelo, el hospital funciona según los modos de producción de subjetividad de las instituciones totales, caracterizada por la estandarización de los usos del tiempo y del espacio, y por la docilidad de los cuerpos dentro del hospital psiquiátrico, con los objetivos de vigilar y de producir ciertas subjetividades creadas por ese orden. En el siglo XX, el manicomio administró la vida de los sujetos no incluidos en los lazos sociales de la producción, el sistema de justicia penal o la beneficencia. Las evaluaciones que los magistrados reciben en relación con las capacidades y la peligrosidad de quienes lo pueblan son el argumento técnico que justifica esos encierros.

En el caso de las personas con discapacidad psicosocial, el peritaje en el que se evaluaba su capacidad jurídica hasta los recientes cambios normativos respondía

a las demandas de esas instituciones y de ese modelo. En consecuencia, sus descripciones construían sujetos coherentes con los marcos disciplinares que son su referencia: personas a las que hay que proteger, rehabilitar, reeducar y vigilar. La internación que prescinde de la voluntad de la persona posibilita el encierro en las instituciones manicomiales o carcelarias especializadas y resulta la herramienta ideal para alcanzar los objetivos de cuidado y control. Es ostensible el eficaz funcionamiento del hospital psiquiátrico en sus objetivos de aislamiento de los diferentes y de protección del orden social en contraste con las escasas acciones efectivas tendientes a la rehabilitación y la inclusión social.

Hasta aquí, las evaluaciones se habían centrado en cuestiones diagnósticas médico-psicológicas que, más que la descripción clínica de un estado de situación, tenían la perdurabilidad de una sentencia que nadie lograba revisar y revertir. De este modo, los diagnósticos funcionaban como argumentos para la privación de la libertad e internaciones involuntarias tan prolongadas como la vida misma de las personas. No menos graves han sido las limitaciones al ejercicio de derechos civiles, fundamentalmente aquellos relacionados con la administración del patrimonio, pero también el derecho a votar, a contraer matrimonio o el ejercicio de la patria potestad, impuestas por el sistema de justicia luego de evaluaciones periciales que concluyen con un diagnóstico después del cual parecería que no hay nada más para decir.

Contar hoy en nuestro país con normas como la Convención y la Ley Nacional de Salud Mental, que entienden la salud mental como una cuestión de derechos humanos, que sostienen que la discapacidad de un ciudadano se juega en las barreras sociales que impiden su participación en condiciones de igualdad y que la salud mental es un proceso y, en consecuencia, debe ser evaluado a lo largo del tiempo, tiene múltiples determinantes y sólo puede preservarse cuando es posible la concreción de los derechos humanos, acarrea la necesidad de encarar profundas revisiones. Una de ellas, sin duda, es el modo de llevar adelante los peritajes que evalúan a las personas con discapacidad psicosocial.

Entendemos que la posibilidad de conocer y comprender algunos de los fundamentos de las normas es un modo para acceder a las nuevas prácticas que se les demandan a los equipos periciales. Para los profesionales de la salud mental, sostener la letra y el espíritu del nuevo paradigma resultará tanto un esfuerzo como una oportunidad. Reconocemos la dificultad de reflexionar sobre los cambios mientras suceden y, aún más, los conflictos que genera la necesidad de transformaciones actitudinales y organizativas hacia dentro de las instituciones. Pero, a la vez, sostenemos la estricta necesidad de cumplir con la legalidad y de aceptar activa y creativamente, desde el sistema de justicia, la obligación de los funcionarios que cumplen con una tarea relevante en la vida de las personas con discapacidad psicosocial.

**6. EL PROCESO DE REFORMA DEL CÓDIGO CIVIL DE LA NACIÓN:  
EL RIESGO DE UNA PROPUESTA REGRESIVA EN EL RECONOCIMIENTO  
DE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL**

Luego de la ratificación argentina de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,<sup>62</sup> en el *Informe 2009* el CELS hizo la primera referencia a la necesidad de reformar, entre otros, el Código Civil de la nación, para avanzar en la implementación del modelo social de la discapacidad.<sup>63</sup> Desde aquella oportunidad venimos señalando la importancia de consagrar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás, como paso ineludible hacia su participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.<sup>64</sup>

Esa proclamada igualdad de condiciones no se satisface con la consagración legal de la capacidad de las personas con discapacidad para ser titulares de derechos, sino que requiere, fundamentalmente, la derogación de los institutos que sustituyen su voluntad por la de un curador, imposibilitando que puedan ejercerlos por sí mismas. Se trata de la transformación del sistema tutelar de incapacitación hacia otro que garantice los apoyos necesarios para que las personas con discapacidad puedan tomar sus propias decisiones y vivir, con voz y voto, en la comunidad.<sup>65</sup>

62 La Argentina ratificó este instrumento internacional el 2 de septiembre de 2008.

63 “El derecho de defensa y acceso a la justicia de las personas usuarias de los servicios de salud mental”, en CELS, *Derechos humanos en Argentina. Informe 2009*, cap. IX, Buenos Aires, Siglo XXI, 2009.

64 Cabe señalar que, al ratificar la Convención, el Estado argentino reconoce la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones (Preámbulo, inc. n) y asume como principio rector la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad (art. 3, inc. c). Asimismo, considera que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de decisiones sobre políticas y programas, incluidos los que las afectan directamente (Preámbulo; inc. o, y art. 29, inc. b). Por ello el Estado se obligó a adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos allí consagrados en igualdad de condiciones con las demás personas (art. 4), entre los que se encuentran el igual reconocimiento como persona ante la ley y el derecho a acceder a los apoyos necesarios para tomar las propias decisiones (art. 12 de la Convención). Sobre la regulación de este derecho, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se pronunció en varias oportunidades afirmando que el art. 12 es la piedra estructural para la implementación de la CDPD.

65 El eje del modelo social de la discapacidad contenido en la CDPD radica en la concepción de la discapacidad como el resultado de la interacción entre

La creación de la Comisión de Redacción del proyecto de ley para la reforma, actualización y unificación del Código Civil y Comercial de la Nación en 2011 despertó enormes expectativas sobre la posibilidad de incorporar en el debate público el reclamo de las personas con discapacidad por su igualdad.<sup>66</sup> La experiencia del debate de la Ley Nacional de Salud Mental ya había demostrado que recuperar la voz de los sujetos de derecho trasciende al ejercicio de la participación e impacta directamente en la riqueza de los debates, la solidez de las construcciones legislativas y su legitimidad, y a la vez en la construcción de un sujeto colectivo que hasta ahora había permanecido aislado de los asuntos ciudadanos. Este proceso no se consolida sólo por la creación formal de canales de participación sino que reclama, además, que en dichos canales los grupos tradicionalmente más silenciados puedan tener un potencial real de incidencia sobre la regulación de sus derechos.

Durante el proceso de elaboración del anteproyecto no se abrieron mayores espacios de debate con los encargados de elaborar el texto enviado a la Comisión Bicameral creada el 4 de julio de 2012 para su tratamiento. Las expectativas se incrementaron ante la noticia de un texto consolidado y la incertidumbre sobre cuál sería la oportunidad precisa para participar, lo que derivó en la publicación de una agenda de intervenciones ante el Congreso y esquemas similares en distintas provincias del país. La propuesta fue presentar ponencias ante algunos legisladores que duraran de diez a veinte minutos aproximadamente. Formatos de estas características, hasta el momento, no permiten que las personas con discapacidad y las organizaciones defensoras de sus derechos cuenten con mecanismos de participación efectivos y que sus reivindicaciones de implementación de la Convención encuentren un corre-

---

las personas con deficiencias y las barreras debidas al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás (CDPD, Preámbulo, inc. e). Se reconoce la necesidad de remover esas barreras sociales, una de las cuales es la restricción de la capacidad jurídica del sistema de incapacitación de acuerdo con las directrices del art. 12 de la CDPD. El carácter central de esta disposición en la estructura del tratado responde a su valor instrumental para el disfrute de los demás derechos humanos y su significación en el proceso de transformación de la legislación interna en general. Esta concepción surge en forma clara en el tratamiento que se otorgó a la capacidad jurídica tanto en el ámbito internacional como en diversos sistemas legales nacionales.

Para mayor información sobre los debates internacionales, véase el documento de antecedentes de la Conferencia sobre la Capacidad Jurídica, preparado para la 6ª reunión del Comité Ad Hoc de la CDPD, disponible en <[un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc6documents.htm](http://un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc6documents.htm)>.

66 La Comisión de Redacción fue creada el 23 de febrero de 2011 mediante el decreto presidencial 191/11.

lato en el texto del proyecto.<sup>67</sup> El enorme esfuerzo que estos colectivos han realizado para llegar a los espacios de participación pierde fuerza cuando sus reivindicaciones no son escuchadas.

El actual contexto de transformaciones sociales reclama una sustancial profundización del sistema democrático como camino hacia la legitimidad de estos cambios legislativos. La idea fundante del sistema interamericano de colocar la democracia representativa y participativa como el modelo de Estado privilegiado para garantizar los derechos humanos encuentra su correlato en la necesidad de garantizar un pluralismo político mediante la integración de las voces y, sobre todo, a través de la recepción de las demandas de las minorías en las políticas estatales.<sup>68</sup> Es este y no otro el reclamo de las personas con discapacidad y de las organizaciones defensoras de sus derechos en el complejo debate que supone modificar el sistema de incapacitación. Si la dimensión individual de la capacidad jurídica implica tomar las decisiones propias sin necesidad de un representante y contar con los apoyos necesarios para ello, podría decirse que su faz colectiva debería reflejar la posibilidad real de participación de las personas con discapacidad en la regulación de sus derechos.

Reconocemos que la reforma del Código Civil, vigente en la Argentina desde 1871, para adaptarlo a las características y necesidades actuales es una iniciativa de trascendencia histórica y responsabilidad institucional. Requiere de voluntad política para afrontar este proceso con la finalidad de adecuar las regulaciones del derecho privado a nuestra Carta Magna respetando el derecho internacional de los derechos humanos y promover la igualdad entre las personas bajo un paradigma no discriminatorio. No podemos soslayar, sin embargo, que una modificación de esta magnitud implica el gran desafío de recoger los distintos posicionamientos y construir resultados de consenso que de ninguna manera pueden avanzar sobre los derechos individuales más allá de los límites de la Constitución Nacional y los tratados internacionales de derechos humanos. En el caso de los derechos de las personas con discapacidad, esos límites están dados por la Convención y los esfuerzos por perseguir

67 En cuanto a los mecanismos formales abiertos a la participación, tal como se señala en el capítulo VI del *Informe 2012* del CELS, se mantiene como una variable constante la dificultad para reducir a tiempos prudenciales tanto las presentaciones como la disposición de apoyos técnicos suficientes y adecuados para las personas con discapacidad que quieran participar. Estos obstáculos, propios del proceso, tienen un impacto directo sobre la posibilidad real de que esas personas alcancen un potencial de incidencia en igualdad de condiciones con las posiciones contrarias a sus intereses.

68 De acuerdo con los principios consagrados por la Carta Democrática Interamericana adoptada por la Asamblea General de la OEA el 11 de septiembre de 2011.

su implementación en la normativa local.<sup>69</sup> De allí el desafío de armonizar el texto del proyecto con las obligaciones internacionales derivadas de la CDPD.

El proyecto de Código Civil enviado a la Comisión Bicameral propone algunos cambios que avanzan hacia el reconocimiento de derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Las disposiciones más significativas son las siguientes: consagra la presunción de capacidad de toda persona, aun cuando se encuentre internada; incorpora el requisito de interdisciplinariedad para el tratamiento y para el proceso judicial de restricción a la capacidad jurídica; asegura el derecho de acceso a la información adecuada para su comprensión; prevé sistemas de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica; establece el derecho a participar en el proceso judicial con asistencia letrada y garantiza la inmediatez entre el juez y el interesado; estipula el derecho a que se prioricen las alternativas terapéuticas menos restrictivas, y determina que las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y “siempre en beneficio de la persona”.<sup>70</sup>

Sin embargo, si bien es importante reconocer los avances que significan las prescripciones enumeradas, el proyecto posee graves incompatibilidades con la Convención.<sup>71</sup> Ya en el concepto de discapacidad planteado se pue-

69 La Comisión de Redacción, integrada por los doctores Ricardo Luis Lorenzetti (presidente), Elena Highton de Nolasco y Aída Kemelmajer de Carlucci, al presentar los fundamentos del “Anteproyecto de Código Civil y Comercial de la Nación” señaló que “la amplia participación y discusión por parte de la doctrina permitió tener en cuenta todas las opiniones. Naturalmente no es posible adoptarlas a todas, pero han sido materia de debate para admitirlas o no sobre la base de decisiones razonables y fundadas. Este procedimiento hace que el Anteproyecto tenga dos caracteres importantes: a) la mayoría de los artículos expresan un alto grado de consenso existente en la comunidad y b) en aquellos supuestos controvertidos, se tomaron decisiones que no estuvieron orientadas por las impresiones personales de los integrantes, sino por los valores representados en el bloque de constitucionalidad y las decisiones legislativas o jurisprudenciales ya adoptadas en la República Argentina” (punto 1.2 sobre “consensos y decisiones valorativas”).

70 Proyecto de Código Civil y Comercial, art. 31, incs. a, b, c, d, e, y art. 35.

71 Durante la 8ª sesión del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, llevada a cabo en septiembre de 2012, se desarrolló la primera evaluación del Estado argentino en la implementación de la CDPD. Si bien se profundizará sobre este punto al final de este capítulo, es importante señalar que el órgano manifestó su preocupación por la falta de adecuación del proyecto del Código Civil al art. 12 de la Convención. La relatora por la Argentina, Ana Peláez, fue contundente en afirmar que sin el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás, la implementación de la Convención en general se ve obstaculizada.

En sus observaciones finales, el Comité expresó su preocupación por las inconsistencias contenidas en el proyecto de reforma y unificación del

den señalar algunas cuestiones preocupantes. El texto en debate propone que se entenderá por persona con discapacidad “a toda persona que padece una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación con su edad y medio social implica desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”. Algunas interpretaciones sobre esta definición parecerían ubicar las causas de las desventajas que sufre la persona con discapacidad en la “alteración funcional” que padece, en clara alusión a una justificación del modelo biomédico que construye el concepto de discapacidad a partir de los parámetros de normalidad y anormalidad. En contraposición, la Convención pone el acento en las barreras sociales que impiden a la persona con alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial la participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás.

Por otra parte, en directa contradicción con la Convención, el proyecto mantiene el esquema de incapacitación que sustituye la voluntad de la persona por la de un representante.<sup>72</sup> El art. 32 del proyecto en debate reafirma un modelo legal basado en la distinción entre capacidad de derecho y capacidad de ejercicio, posibilitando limitaciones a esta última en los siguientes supuestos:

---

Código Civil y Comercial con la Convención, “ya que conserva la figura de la interdicción judicial y deja a total discreción del juez la decisión de designar un curador o de determinar los apoyos necesarios para la toma de decisiones de las personas con discapacidad”. Por consiguiente, el Comité instó al Estado argentino a “que el Proyecto de Reforma y Unificación del Código Civil y Comercial elimine la figura de la interdicción judicial y que garantice en dicho proceso de revisión la participación efectiva de las organizaciones de personas con discapacidad”.

<sup>72</sup> En este punto no difiere sustancialmente del Código Civil de 1871 –actualmente vigente–, al mantener el modelo de incapacitación, sustituyendo la voluntad de la persona por la de un curador y aplicando para el manejo de sus bienes y de su persona las reglas de curatela y tutela propias del viejo sistema asistencial que consideraba a las personas con discapacidad y a los niños como objeto de protección y no como sujetos de derecho capaces de ejercerlos. Así, el curador ejerce la representación en todos los actos de la vida civil y lleva a cabo la gestión y administración de los bienes de la persona incapacitada prescindiendo de su voluntad (art. 475).

Si bien la obligación principal atribuida a los curadores es cuidar que la persona declarada incapaz recobre su capacidad (art. 481), el diseño legal y las prácticas instauradas están basadas en el modelo tutelar que priva al individuo de su capacidad legal –en los hechos, desde el inicio del proceso judicial– y refuerza su pasividad. La ideología subyacente a este modelo parte del supuesto de que la persona sometida a un proceso judicial a causa de una discapacidad psicosocial, en realidad, es considerada un objeto de protección que necesita que el Estado la resguarde de los “peligros de la vida en sociedad”, y asume que carece de facultades para tomar sus propias decisiones.

- mantiene la facultad judicial de restringir la capacidad de “personas mayores de trece (13) años que padecen una adicción o alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes”, y
- conserva la facultad judicial de declarar la incapacidad “Cuando por causa de enfermedad mental una persona mayor de trece (13) años de edad se encuentra en situación de falta absoluta de aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes”.

A ello debe agregarse que, en ambos casos, queda librado a la discrecionalidad judicial decidir si se designa un curador (como representante que sustituye la voluntad de la persona) o se determinan los apoyos que resulten necesarios para su inclusión social plena,<sup>73</sup> cuando la implementación de estos últimos debería ser la directriz obligatoria de las decisiones jurisdiccionales, privilegiando la voluntad de la persona.

Como corolario de la decisión de mantener el esquema de incapacitación, cabe hacer una breve consideración sobre el tratamiento que el proyecto otorga al *consentimiento informado*. Si bien se explicita el derecho a no ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin consentimiento, se permite prescindir de él en caso de que la persona no esté en “condiciones físicas o psíquicas para expresar su voluntad” ni la haya expresado anticipadamente. Cuando una previsión que debería ser excepcional está dispuesta en términos tan amplios y difusos como estos, la discrecionalidad librada a las autoridades que determinan si es procedente puede derivar en mayores restricciones de derechos que las contempladas por la propia ley. De esta forma, en la práctica, la excepción se convierte en la regla general. Esta respuesta se acentúa porque el momento de transición que estamos atravesando con relación a la forma de entender la discapacidad requiere mayores esfuerzos para evitar que las prácticas sigan funcionando de acuerdo con el orden establecido (*statu quo*) para adecuarse al nuevo paradigma.

En términos generales, tanto las internaciones involuntarias como las intervenciones clínicas o quirúrgicas sin consentimiento de la persona son limitaciones a ciertos derechos fundamentales protegidos por la Constitución Nacional y por los tratados de derechos humanos de igual rango. Estas restricciones sólo serán adecuadas cuando, además de estar legalmente dispuestas, respondan a un fin legítimo –como la protección de otros derechos individuales–, sean proporcionales al interés que las justifica y se ajusten al logro de ese

73 Proyecto de Código Civil y Comercial, art. 32, párr. 3; arts. 34 y 38.

objetivo. Esta última característica implica, a su vez, que la medida adoptada sea la opción que menos limite el derecho protegido.<sup>74</sup> Una restricción a la integridad psíquica y física con consecuencias sobre la dignidad inherente a la vida humana no puede fundarse en términos tan amplios y ambiguos como “no estar en condiciones físicas o psíquicas para expresar su voluntad”. Mucho menos cuando la directriz de la Convención es respetar la autonomía de las personas con discapacidad.

Las cuestiones señaladas representan una regresión en los derechos de las personas con discapacidad y un aumento de las condiciones estigmatizantes para desarrollar su vida plena en sociedad y en igualdad de condiciones con las demás. Si las modificaciones propuestas se aprueban como texto final, las incompatibilidades subsistentes permitirán que, en la práctica, los jueces sigan resolviendo de acuerdo con los modelos y procedimientos de incapacitación conocidos. Sólo una transformación estructural profunda que prohíba la incapacitación y potencie la construcción de capacidades hará posible el cambio.

La implementación del modelo social de la discapacidad interpela al Poder Legislativo para que adecue los debates a los estándares internacionales de derechos humanos de este colectivo y, con ello, a deconstruir del discurso anacrónico del sistema tutelar. Cimentar cambios de trascendencia histórica en los derechos de estas personas supone asumir riesgos. El mayor sería mantener vigente la certeza de un sistema legal que ha permitido, hasta aquí, más vulneraciones que garantías de derechos.

## **7. EPÍLOGO. EL RECLAMO DE LA SOCIEDAD CIVIL Y LA MIRADA DE LAS NACIONES UNIDAS**

El año 2012 marcó un hito histórico en la reivindicación de derechos de las personas con discapacidad. El 27 de septiembre, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en ejercicio de las competencias conferidas por el art. 35 de la Convención, publicó las observaciones finales sobre la Argentina, resultado de la evaluación realizada en Ginebra.<sup>75</sup> Con la finalidad de aportar a la evaluación de las demandas de la sociedad civil y brindar

<sup>74</sup> Así lo estableció la Corte Interamericana de Derechos Humanos en su Opinión Consultiva 5/85 sobre “La colegiación obligatoria de periodistas”.

<sup>75</sup> El mecanismo de monitoreo del cumplimiento de la Convención, de acuerdo con su art. 35, consiste en la presentación periódica de informes al Comité, a través del Secretario General de las Naciones Unidas, de un informe exhaustivo sobre las medidas que hayan adoptado para cumplir sus obligaciones y

información que permitiera complejizar el diagnóstico, el CELS participó de ese proceso junto con la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), la Federación Argentina de Instituciones de Ciegos y Amblíopes (FAICA), la Federación Argentina de Entidades Pro Atención a las Personas con Discapacidad Intelectual (FENDIM) y la Asociación por los Derechos Civiles (ADC).<sup>76</sup>

La participación de organizaciones de y para personas con discapacidad y de derechos humanos contribuyó a una evaluación aguda por parte de la ONU, que reconoció los avances e identificó las principales preocupaciones sobre las cuales es necesario que el Estado siga trabajando. Entre estas últimas, se destacó la falta de reglamentación e implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, que aparece como la principal asignatura pendiente. La precisión del Comité al subrayar los desafíos por resolver devela una gran receptividad en el ámbito internacional para discutir las agendas locales de derechos humanos de este colectivo, que harían posible su inclusión en la sociedad en igualdad de condiciones. Sin embargo, en el ámbito local, las autoridades han endurecido sus respuestas al momento de diseñar políticas públicas adecuadas a la Convención.

Para la ONU, la Ley Nacional de Salud Mental marca estrategias de desinstitucionalización de personas que enfrentan innumerables barreras sociales para ejercer sus derechos, lo que la convierte en un marco legal modelo a nivel global. Una vez más, la Argentina se consagra pionera en la aprobación de una ley que recepta los derechos fundamentales derivados de tratados internacionales. El hecho de que el Estado reconozca las principales deudas en materia de adecuación legislativa e implementación de políticas públicas ante la comunidad internacional es un gesto político promisorio pero insuficiente. Estar a la altura de las circunstancias requiere la urgente reglamentación de la ley, la implementación de su Órgano de Revisión, el fortalecimiento de la red de servicios comunitarios de salud mental y su coordinación con procesos de inclusión laboral, educativa y de vivienda. Sin una respuesta de derechos sociales inclusiva de las personas con discapacidad psicosocial, el fin de la segregación en los manicomios será sólo un espejismo.

\* \* \*

---

sobre los progresos realizados al respecto en el plazo de dos años contando a partir de su entrada en vigor.

76 Para mayor información acerca del proceso y sus resultados, véase la página oficial del Comité: <[ohchr.org/en/hrbodies/crpd/pages/crpdindex.aspx](http://ohchr.org/en/hrbodies/crpd/pages/crpdindex.aspx)>.

## ANEXO

**“PUEDEN ENCERRAR MI CUERPO Y MI MENTE... PERO NO MI CORAZÓN”\***

Los manicomios son ciudades levantadas a base de hipocresía y represión que intentan ocultar lo que ellas mismas producen: el malestar, la euforia, la desesperación. El lugar elegido es un hospital de encierro y el tratamiento consiste en algunas charlas y miles de pastillas; contra este dispositivo nos levantamos, contamos, escribimos, actuamos. La revista, al igual que todas nuestras producciones artísticas, intenta hacer circular las voces y los pensamientos apesados, las historias apesadas, las luchas encarnadas.<sup>77</sup>

El Frente de Artistas del Borda (FAB) es una organización independiente que surgió a fines de 1984 dentro del Hospital José T. Borda como una práctica de desmanicomialización. Su objetivo es que artistas internados y externados en ese hospital, usuarios del sistema de salud mental en general y otros miembros de la comunidad produzcan arte como instrumento de transformación social.

Dentro del FAB funcionan once talleres de diferentes disciplinas artísticas donde las personas trabajan en la producción colectiva de obras de calidad para luego ser presentadas fuera del hospital, rompiendo así con el encierro cronificante, marginalizante y estigmatizante de la institución manicomial y de las prácticas y saberes que representa.

La desmanicomialización es la piedra angular sobre la que el FAB se organiza y se sostiene. Por lo tanto, sus actividades van a contrapelo de los efectos cosificantes y degradantes que genera el manicomio. En cada taller, presentación, exposición y actividad del FAB se propone una apropiación del producto artístico en la que los participantes se reconozcan como sujetos creadores y se asuman como responsables y coautores de la obra.

Son sujetos con voz propia a ser oída, no ya en el confinamiento del encierro, en los caminos solitarios de los parques del manicomio o en los soliloquios a los que la soledad y la sobremedicación arrojan, sino en escenarios donde una expresión colectiva toma la forma de denuncia y de lucha por la dignidad inherente a todo ser humano.

\* Este anexo fue escrito por Juan Del Bene y Martín Abregú, miembros del FAB. El título corresponde a los dichos de Jorge “el Tigre” Fernández, ex participante del FAB y paciente del Hospital José T. Borda, víctima de la desidia institucional que lo mantuvo diecisiete años internado y lo dejó morir de un edema pulmonar jamás tratado.

<sup>77</sup> Revista *Murashock*, n° 1, Buenos Aires, 2000.

**1. ENCIERRO Y ADENTRO... MÁS ENCIERRO Y ADENTRO...  
MÁS ENCIERRO**

El arte cambió mi vida, antes era todo medicación y gritos, ahora tengo esperanza.

M. Palavecino, ex participante del FAB  
y ex usuario del Sistema de Salud Mental

Tanto los manicomios como las cárceles son un cachetazo a la dignidad humana donde se violentan los derechos humanos. Un sistema institucional perverso en el que las personas viven alejadas de sus vínculos, se las cronifica y abandona. Se vulneran sus derechos y se socavan sus deseos, sus pasiones y su palabra. Contra un sistema así, nos levantamos luchando con la única arma que poseemos: el arte.

En los veintinueve años de existencia del FAB, hemos sido testigos y actores de las diferentes políticas emprendidas tanto por los funcionarios de los gobiernos de turno que desfilaron por la Dirección de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires como por las diferentes direcciones que ha tenido el Hospital Borda y que hemos denunciado incansablemente.

A lo largo de los últimos dos años hemos sido testigos de cómo, lejos de propender a impulsar políticas que favorezcan la inclusión social de las personas allí internadas, se han tomado decisiones dirigidas a maximizar las medidas de encierro y control. Hasta entonces, las personas internadas podían recorrer el hospital sin que ningún candado se los impidiese. Luego, sin mediar explicaciones, la dirección del hospital comenzó a restringir la circulación en el *hall* central, la playa de estacionamiento y los parques que están en frente. Se trata, casualmente, de los espacios que permiten a los “pacientes” un contacto con el afuera, y que ese afuera, la sociedad “cuerda”, sepa de ellos al menos a través de las rejas que los separan.

Es interesante hacer referencia a la visión de Erving Goffman<sup>78</sup> respecto del mundo social de los “enfermos mentales” para poder pensar que muchas de las arbitrariedades, violaciones de derechos humanos, irregularidades, silencios y tristezas a las que son sometidas las personas segregadas no son exclusivas de este hospital, sino que responden a la lógica manicomial que anida y se reproduce en cualquier institución de estas características. Una de las temáticas que el autor trabaja es la de los espacios por los que transitan, o no, las personas internadas dentro de la órbita del manicomio e identifica tres tipos: aquellos en los que su presencia se encuentra prohibida; los de vigilancia, don-

78 Erving Goffman, ob. cit.

de los pacientes pueden circular aunque con la supervisión del personal de la institución y bajo sus normas, y los espacios donde no se observa presencia de la institución, lugares “libres” para la circulación de las personas internadas.

En esta ocasión la palabra “libres” adquiere el sentido de una lacerante ironía que pone en cuestión cuán libre puede ser aquel que se encuentra detenido, privado de su libertad –retomando la conceptualización propuesta en el informe *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos* realizado por el CELS—.79 Una libertad a la que se le sustrajo incluso la posibilidad de establecer el contacto visual, el “ínfimo sentimiento de participación en el mundo libre de afuera”.80

La Ley 26 657 de Salud Mental establece que las personas con padecimiento mental tienen derecho a “recibir tratamiento y a ser tratadas con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”. Cabe preguntarse, entonces, de qué manera la dirección del Hospital Borda y la Dirección de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires interpretan que lograrían tal objetivo con una medida que aumenta el encierro y además se aleja del “reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales” que establece la ley.

Cuando se pidieron explicaciones a la dirección del hospital por esta medida, la respuesta fue que era por “seguridad”. Nosotros nos preguntamos de la seguridad de quién o quiénes se trata. ¿De las personas internadas? ¿De la sociedad “cuerta”? ¿De la propia institución manicomial, que se empecina en ocultar lo que produce? Este es tan sólo un ejemplo de cómo las políticas emprendidas dentro del Hospital Borda apuntan a sostener la idiosincrasia y prejuicios que la institución condensa. Lo cual, no está de más recordar, es flagrantemente ilegal, ya que la Ley Nacional de Salud Mental establece que los manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados, deben adaptarse a los objetivos y principios expuestos por la norma hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos.

79 “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, del 14 de diciembre de 1990, 11 b; cit. en CELS y Mental Disabilities Rights International, *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2008).

80 Erving Goffman, ob. cit.

**2. VIGILAR Y...**

El hospital debe ser un centro de rehabilitación efectiva y no un simple encierro de pacientes; debe proveer salud en cada instante de su funcionamiento.

C. Villalba, ex participante del FAB  
y ex usuario del Sistema de Salud Mental

En octubre de 2012, la dirección del Hospital Borda dio a la empresa privada de seguridad Tech Security la orden de registrar las pertenencias de todas las personas como condición para el ingreso al predio, medida que recae sobre pacientes, familiares de pacientes y trabajadores.

No ha faltado ocasión en la que el personal de seguridad privada intentara, en primera instancia, prohibir el acceso a todo aquel integrante del FAB que se negase a mostrar sus pertenencias, lo cual no sólo guarda temibles similitudes con las requisas carcelarias, sino que además es un acto violatorio de la intimidad que se encuentra fuera de toda legislación. En segunda instancia, frente al sostenimiento de la negativa de mostrar los efectos personales, la seguridad privada incurrió en actitudes violentas e intimidatorias, tanto verbales como físicas.

Otra medida que supuestamente responde a criterios de seguridad interna del hospital –según argumenta la dirección– es la de negar el tránsito por el interior del edificio luego de las cinco de la tarde, lo cual resulta un obstáculo cotidiano en nuestra tarea, ya que no sólo los talleres concluyen luego de esa hora sino que las presentaciones artísticas, muestras y exhibiciones son, salvo excepciones, después de ese horario. Estas medidas no son inocentes, ya que contribuyen a desgastar a organizaciones que, como el FAB, trabajan para generar cambios profundos en los dispositivos de salud mental, cuestionando imaginarios, saberes y disciplinas instituidos que se aferran a modelos arcaicos, segregativos y vejatorios, de control social.

La contracara de estas medidas de seguridad son los cinco robos con graves pérdidas que el FAB sufrió en el transcurso de un año; los incendios que tuvieron lugar en La Colifata;<sup>81</sup> los robos de los que fue víctima Cooperanza,<sup>82</sup> y el desalojo y la demolición de Pan del Borda.<sup>83</sup> ¿De qué han servido tantas medi-

81 La Colifata es una ONG que brinda servicios en salud mental utilizando los medios de comunicación para la creación de “espacios en salud” (<vivalacolifata.org>).

82 Organización que trabaja dentro del Hospital Borda brindando talleres artísticos y lúdicos a las personas internadas (<cooperanza.com.ar>).

83 Organización conformada por personas internadas en el Hospital Borda y

das de seguridad si organizaciones que funcionan dentro del manicomio son sospechosamente un blanco fácil de vulnerar en la soledad de la noche? ¿Son actos de vandalismo sin ningún trasfondo político o acaso responden a una manifestación de temor e impotencia de grupos que recurren a estos mecanismos de amedrentamiento para debilitar la fuerza de aquellos que trabajamos por una atención en salud mental respetuosa de los derechos humanos? Una vez más nos preguntamos, ¿seguridad para quiénes y para qué?

### 3. ¿SÓLO DOS CARAS TIENE LA MONEDA?

Cada moneda condensa en sus caras una serie de hechos, imágenes, hitos y batallas históricas. ¿Cuántos de ellos no han sido ilustrados? ¿Cuántas voces y luchas han quedado capturadas e invisibilizadas? No, las monedas no tienen sólo dos caras. Bajo las imágenes de plata y bronce se agolpan múltiples luchas que pugnan por ser escuchadas y esta es una de ellas.

En lo relativo a la tentativa de construcción e instalación del Centro Cívico en el predio del Hospital Borda,<sup>84</sup> la gestión actual del Gobierno de la Ciudad ha desnudado sus falencias, torpezas e intenciones encubiertas. Ha instalado con un sentido malicioso y fragmentario la discusión en términos de estar a favor del Centro Cívico o de la defensa del hospital, con la implícita defensa del manicomio que tal postura lleva a cuevas. El traspaso del Centro Cívico a la postergada zona sur de la ciudad traería grandes beneficios para unos pocos. Creemos que detrás de esta decisión no sólo no hay una mejora en la calidad de vida para los vecinos y vecinas ni para las personas con padecimiento mental, sino que además se esconde un gran negocio inmobiliario estratégicamente pensado. Se cerrarían los manicomios Tobar García, Borda y Moyano, pero no para cumplir con lo que dictan las leyes de salud mental vigentes, sino para construir pequeños manicomios en algunos puntos de la ciudad.

Decimos “No al Centro Cívico”, pero también decimos “No al manicomio Borda” y “No a cualquier manicomio”. Queremos –basándonos en múltiples experiencias nacionales e internacionales y en la legislación vigente– hospitales generales públicos, dignos y gratuitos, con áreas de atención en salud mental, con internaciones breves y con tratamientos ambulatorios. Si la persona

---

profesionales de la salud mental, dedicada a la elaboración y venta de productos de panificación (<[facebook.com/pan.delborda](https://www.facebook.com/pan.delborda)>).

84 “Frenan el Centro Cívico en los terrenos del Borda”, *Clarín*, 30 de octubre de 2012.

no se acerca al hospital, el hospital debería ir hacia la persona sin que ningún trabajador o trabajadora pierda su puesto de trabajo. Queremos un espacio de salud y libertad y no un lugar de encierro y opresión disfrazado de nosocomio.

En medio de estas pujas de poder político, económico, sindical y gremial está la salud mental de las personas internadas y externadas, con sus derechos humanos arrasados y a merced de los antojos y caprichos de los gobiernos y grupos de poder de turno. Nadie ha pensado ni piensa en ellos y ellas. Mucho menos los funcionarios, que sólo pisan el hospital para mostrar su rostro sonriente, su actitud superada, su falsa generosidad y su pena espontánea al ver a algún compañero sucio, golpeado por la medicación, pidiendo nada más que un cigarrillo.

Nuestra lucha no sólo es para lograr una atención digna y gratuita del padecimiento mental, sino para realizar un cambio, una revolución en el sistema de salud mental, tal como lo venimos haciendo en estos veintinueve años de