



7 de diciembre de 2018

Sr. Secretario Ejecutivo

De la Comisión Interamericana de Derechos Humanos

Dr. Paulo Abrão

1889 F Street NW

Washington, D.C., 20006

Estados Unidos

Ref.: Solicitud de audiencia temática sobre la vulneración de los derechos de las personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos, especialmente sobre las prácticas que prevalecen en ellos y la falta de dispositivos comunitarios para su externación.

Estimado Sr. Paulo Abrão:

Las organizaciones abajo firmantes tenemos el agrado de dirigirnos a esta ilustre Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, CIDH), de acuerdo a lo establecido en el art. 66 de su Reglamento, a fin de solicitar la realización de una audiencia temática durante el 171 período de sesiones -a celebrarse en Cochabamba, Bolivia entre el 7 y el 16 de febrero de 2019- sobre la vulneración de los derechos de las personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos en Argentina, en particular sobre las prácticas a las que son sometidas en dichos centros y sobre la falta de dispositivos comunitarios para su externación. Estos hechos, además de violar los derechos protegidos por la Convención Americana de Derechos Humanos (en adelante, CADH) y otros tratados del SIDH, incumplen las disposiciones de la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657.



En Argentina, las personas con discapacidad psicosocial se enfrentan a sistemáticas violaciones de derechos derivadas de su institucionalización en neuropsiquiátricos. Las condiciones de estos centros y las lógicas y prácticas que priman en ellos les impiden vivir con dignidad y las someten a tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes. A su vez, la inexistencia de efectores de rehabilitación en la comunidad ocasiona una prolongación indefinida de sus internaciones, perpetuando en el tiempo las violaciones de derechos mencionadas anteriormente, obligándolas a vivir de modo permanente en el encierro, debilitando sus habilidades para la vida autónoma y tornando cada vez más remotas sus posibilidades de inclusión en la comunidad. Todo ello se produce frente a un Estado ausente que relega la salud mental a una posición marginal en la política pública.

En ese contexto, deviene sumamente relevante que la CIDH pueda conocer -en el marco de una audiencia- información actualizada sobre las múltiples prácticas que vulneran persistentemente derechos protegidos por el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, entre ellos la prohibición de la discriminación por motivos de discapacidad, el derecho a la salud, a la integridad personal (incluyendo la prohibición absoluta de la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes), a la libertad y seguridad personal, a la autonomía, a la vida privada y a la inclusión en la comunidad, derechos que surgen de los arts. 1.1, 5, 7 y 26 de la CADH; 10 y 18 del Protocolo de San Salvador; II y III de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad; y 14, 15, 16, 17, 19, 25 y 28 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La institucionalización de las personas en hospitales psiquiátricos deriva asimismo en la falta de garantía de otros derechos como la vivienda, la educación, el trabajo, la seguridad social y la participación en la vida política, también garantizados por el SIDH.



Tal como expresó la CIDH en su Plan Estratégico 2017-2021 “*la situación de las personas con discapacidad sigue estando invisibilizada en las agendas de los Estados de las Américas y sus derechos vienen siendo vulnerados*” y es necesario “*visibilizar los desarrollos que enfrentan estos colectivos a la vez de impulsar políticas y prácticas para que los Estados otorguen una efectiva protección*”¹. **El otorgamiento de esta audiencia es una oportunidad para que la CIDH pueda avanzar en los objetivos que ella misma se estableció en su Plan Estratégico y escuchar acerca de la situación de las personas con discapacidad psicosocial en un contexto de vulnerabilidad específico**, lo cual le dará la oportunidad de incidir en la promoción y protección de los derechos de esta población.

Por lo expuesto, estimamos fundamental que la CIDH considere la presente solicitud.

I. Objetivos de la audiencia temática

Al solicitar esta audiencia, las organizaciones firmantes tenemos como principales objetivos los siguientes:

- a. Brindar a la CIDH información sobre el incumplimiento sistemático de los tratados internacionales de derechos humanos y de la Ley Nacional de Salud Mental por parte del Estado argentino, en particular sobre las condiciones de vida de las personas internadas en hospitales psiquiátricos y sobre la inexistencia de dispositivos comunitarios alternativos a la internación;
- b. Solicitar un monitoreo de la situación de las personas institucionalizadas por motivos de salud mental en Argentina y de las políticas adoptadas en relación a ellas, a través de pedidos de información al Estado y de una visita de la Relatora de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y/o del Relator de Personas

¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Plan Estratégico 2017-2021*, 2017, p. 36.

Privadas de Libertad, y la elaboración de recomendaciones dirigidas al Estado Argentino.

- c. Requerir a la CIDH que considere la confección de un informe regional sobre el tema a través de la Relatoría de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y de la Unidad sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

II. La internación manicomial como un problema de derechos humanos

El sometimiento a condiciones de vida precarias es común en las instituciones asilares con régimen de pleno encierro. Estas se caracterizan por el hacinamiento, la falta de privacidad e intimidad, la dificultad para tomar decisiones por cuenta propia, manifestar las preferencias individuales y por la sujeción a un régimen impuesto y controlado de vida cotidiana. En los hospitales y asilos psiquiátricos, además, es pronunciada la ausencia de actividades útiles y productivas que permitan dar un sentido al transcurrir del tiempo y organizar y planificar proyectos de vida a futuro.

La precarización naturalizada de las condiciones de vida cotidiana son un contexto que propicia el despliegue de tratos cosificatorios, inhumanos y degradantes. Como correlato, la política pública que sostiene este tipo de instituciones suele ser también deficiente y residual.

A modo de ejemplo, en la Provincia de Buenos Aires -la jurisdicción más grande de la Argentina-, donde está decretado desde 2015 el estado de emergencia sanitaria², de los 4 hospitales que se encuentran en estado más crítico, 2 son psiquiátricos (del total de 4 hospitales psiquiátricos dependientes de la administración de esa provincia)³. Eso evidencia

² El estado de emergencia sanitaria fue decretado por la ministra de salud Zulma Ortiz, al asumir su gestión en 2015, debido al estado de crisis en el sistema hospitalario provincial. La declaración de este estado habilita a solicitar recursos financieros extraordinarios, tanto provinciales como nacionales.

³ Entrevista realizada a la entonces ministra de salud bonaerense, Zulma Ortiz, por la agencia oficial de noticias del Estado nacional. Texto completo disponible en:

<http://www.telam.com.ar/notas/201605/146164-ministra-de-salud-bonaerense-crisis-hospitales.php>

que, en relación al resto de instituciones de salud, aquellas que están destinadas a personas con discapacidad psicosocial, suelen tener peores condiciones.

En los neuropsiquiátricos, al ser simultáneamente instituciones de salud y de encierro, se difuminan los límites que diferencian a una acción clínicamente adecuada y pertinente, de aquella que puede constituir abuso, maltrato e incluso tortura. El mismo tratamiento institucional, al darse en un marco que coopta todos los aspectos de la vida cotidiana de la persona, puede fácilmente tornarse arbitrario e invasivo, sobre todo considerando que los profesionales y técnicos que ejercen labores clínicas, en ese contexto, también ocupan el rol de figuras de autoridad y control sobre los sujetos internados.

La situación de encierro por motivos psiquiátricos ha cobrado cada vez más relevancia en los organismos de monitoreo y protección de los derechos humanos. En los últimos años, distintas instancias de Naciones Unidas como el Comité de Derechos Humanos⁴, el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad⁵, el Comité de Derechos del Niño⁶, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer⁷, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁸, el Relator especial sobre la tortura⁹ y el Grupo de Trabajo sobre Detenciones Arbitrarias¹⁰, han manifestado su preocupación al Estado argentino por las prácticas específicas de tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes

⁴ Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de la Argentina*, CCPR/C/ARG/CO/5, 2016, párrs. 21 y 22.

⁵ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Argentina*, CRPD/C/ARG/CO/1, 2012, párrs. 23-30. El Comité de la CDPD se encuentra elaborando las observaciones finales de la evaluación de 2018, en la que la sociedad civil informó sobre la persistencia de las problemáticas identificadas en 2012.

⁶ Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de la Argentina*, CRC/C/ARG/CO/5-6, 2018, párr. 31.

⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de la Argentina*, CEDAW/C/ARG/CO/7, 2016, párrs. 34 y 35.

⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de la Argentina*, E/C.12/ARG/CO/4, 2018, párr. 53 y 54.

⁹ Declaración de final de misión en la visita a Argentina (abril de 2018). Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22974&LangID=S>

¹⁰ Declaración de final de misión en la visita a Argentina (mayo de 2018). Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21636&LangID=S>

ejercidos hacia personas con discapacidad psicosocial en contextos de encierro psiquiátrico y establecido que es su deber sustituir el alojamiento en instituciones psiquiátricas por alternativas de atención basadas en la comunidad que tiendan a la inclusión social y al fortalecimiento de una vida autónoma¹¹.

En su reciente visita *in loco* a la Argentina, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Nils Melzer, constató las graves condiciones en un hospital psiquiátrico de la Provincia de Buenos Aires y afirmó en su informe final: *“las secciones de Agudos, tanto para mujeres como para hombres, no pueden ser reparados, son totalmente inadecuados para albergar a seres humanos y deben cerrarse y reemplazarse de inmediato por instituciones adecuadamente equipadas y con el personal que corresponde, donde los pacientes con discapacidades psicosociales puedan vivir y ser tratados con dignidad y de conformidad con sus necesidades específicas”*¹².

En oportunidad de realizar las observaciones finales a Argentina (2012), el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad manifestó su preocupación por la prevalencia de la internación involuntaria y por la falta de protección ante la violencia y el abuso hacia las personas con discapacidad institucionalizadas¹³.

El Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha afirmado que *“el internamiento forzoso vulnera el derecho a la libertad y seguridad personales, entendidas como ausencia de confinamiento físico y protección contra lesiones a la integridad físicas o psicológicas, respectivamente. Supone una vulneración del derecho a no sufrir tortura y malos tratos y a no ser sometido a explotación, violencia y abusos, así como*

¹¹ El estado de evaluaciones de los órganos de los tratados e informes de las visitas de los procedimientos especiales en relación a Argentina está disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/countries/LACRegion/Pages/ARIndex.aspx>

¹² Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22974&LangID=S>

¹³ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observaciones finales...*, op. cit., párrs. 23 y 29.

del derecho a la integridad personal”¹⁴.

La CIDH, por su parte, sostuvo en sus Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas que se entiende por privación a la libertad “cualquier forma de institucionalización”, lo cual incluye a “*las personas que están bajo la custodia y la responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales*”¹⁵. Asimismo, ha otorgado medidas cautelares para la protección de los derechos de las personas internadas en hospitales psiquiátricos de Paraguay y Guatemala en 2003, 2008 y 2012, y tiene actualmente diversas peticiones sobre el tema en trámite.

Por otra parte, en oportunidad de resolver el caso “Ximenes Lopes vs. Brasil”, la Corte Interamericana de Derechos Humanos afirmó que “(…) *las personas con discapacidad que viven o son sometidas a tratamientos en instituciones psiquiátricas, son particularmente vulnerables a la tortura u otras formas de trato cruel, inhumano o degradante (…)*”¹⁶ y concluyó que en el hospital psiquiátrico en cuestión se había violado el derecho a la vida, a la integridad física y psíquica y la prohibición de la tortura y las penas o tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Hace ya 30 años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional americana de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Declaración de Caracas (1990), estableció que el encierro en instituciones psiquiátricas de tipo asilar generan un deterioro progresivo de la salud física y mental e instó a los Estados a sustituir por completo esa práctica poniendo como meta un período de 20 años, lapso ya perimido y que fue

¹⁴ Informe del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Salud Mental y Derechos Humanos*, A/HRC/34/32, 2017, párr. 31.

¹⁵ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas*, Disposición general, 2008.

¹⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, sentencia del 4 de julio de 2006, párr. 106.

postergado hasta el próximo año 2020¹⁷.

En la Argentina, desde 2010, los mandatos internacionales fueron reforzados en el derecho doméstico a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM), que además de especificar el cambio de orientación de las políticas públicas en la materia, retomó la meta de sustituir completamente los hospitales psiquiátricos monovalentes para el año 2020, procurando dejar atrás el modelo asilar y garantizando abordajes integrales, humanizados y de calidad. Sin embargo, **a 8 años de la ley, la internación prolongada y/o por períodos indeterminados de personas con discapacidad psicosocial en grandes instituciones psiquiátricas monovalentes continúa siendo la principal política pública en materia de salud mental.**

III. Prácticas habituales en el encierro psiquiátrico que devienen vulneratorias de los derechos humanos

a. Internaciones psiquiátricas prolongadas de forma indefinida¹⁸

Hace varias décadas comenzó a problematizarse en Argentina -como en el resto del mundo-, la situación de las personas internadas de forma prolongada y/o indefinida en hospitales psiquiátricos, conformando la mayor parte de la población de esos

¹⁷ Los procesos de seguimiento de la OPS/OMS de los objetivos establecidos en la *Declaración de Caracas* constan en los *Principios de Brasilia*, de 2005 y el *Consenso de Panamá*, de 2010. En ambos se prorroga la meta de sustitución de las políticas manicomiales en los países americanos ante la falta de avance de las políticas públicas en ese sentido.

¹⁸ El Estado nacional y los estados provinciales carecen de datos desagregados accesibles públicamente con respecto al número de personas internadas en instituciones psiquiátricas públicas de dependencia federal o provincial. En este particular, el Poder Ejecutivo, en el mes de junio de 2018, ha comenzado a dar cumplimiento al mandato expreso de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (art. 35), sancionada en 2010, que ordena en su artículo 35 la realización -en un plazo de 180 días corridos- de un censo nacional de personas institucionalizadas por motivos de salud mental. Este debe repetirse con una periodicidad de 2 años. Ya excedido en 8 años el plazo ordenado, aún se encuentra en fase preliminar el primer censo.

establecimientos asistenciales¹⁹. Excedido el tiempo razonable para la estabilización de una situación crítica de descompensación de la salud mental, en este tipo de instituciones está naturalizada la categoría de “paciente social”, que hace alusión a la permanencia dentro del hospital de personas que no cuentan con recursos económicos y/o sociales para vivir de nuevo en la comunidad. Con el argumento de la falta de recursos, **luego de una internación que en su origen pudo responder a una situación de crisis, la persona queda alojada en la institución por lapsos que en ocasiones se prolongan por décadas o durante toda la vida, y muchas veces muere durante la internación.**

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su documento de lineamientos para la interpretación del artículo 14 (libertad y seguridad de la persona) de la Convención homónima²⁰, realiza un señalamiento tajante sobre la naturaleza arbitraria de la detención indefinida por motivos psiquiátricos y/o sociales, al establecer como discriminatoria toda detención justificada en la existencia de una discapacidad real o presunta, incluso aquellas que aducen otros motivos como el “peligro para sí mismo o para terceros”, debido a la laxitud en la potencial valoración de ese criterio.

En los mencionados lineamientos también se establece como un modo de detención arbitraria aquellas internaciones, sea cual sea su duración, autorizada por un tercero cuando la voluntad de prestar consentimiento le ha sido restringida a la persona con discapacidad psicosocial mediante una sentencia judicial. **En Argentina, son numerosos los casos en los que personas institucionalizadas de forma prolongada, además tienen restringido el**

¹⁹ Como ejemplo, en la Sección Asociada de Psiquiatría del Hospital Dr. Alejandro Korn, de la ciudad de La Plata (institución sobre la cual el CELS junto al Movimiento Desmanicomializador de Romero (MDR) y la Comisión Provincial por la Memoria (CPM) interpuso una acción de amparo colectivo sobre los derechos de las personas allí internadas), la cantidad total de personas internadas a la fecha en servicios de “crónicos”, es decir personas que no se encuentran en una situación de crisis que amerite hospitalización, es de 462; de estas, según un relevamiento hecho sobre tres salas de crónicos -1 de mujeres y 2 de hombres- el promedio de tiempo de internación es de 19,6 años y un rango entre 1 y 63 años.

²⁰ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Lineamientos sobre el artículo 14 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el derecho a la libertad y seguridad de las personas, 2015, disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>

ejercicio de su capacidad jurídica, y es precisamente el curador, la persona que debería monitorear la legalidad de dicha internación.

Además de la vulneración de derechos que implica la institucionalización psiquiátrica fundada en necesidades sociales -también desatendidas por el Estado-, **la forma en que funciona el circuito de cronificación de estas personas tiende hacia el deterioro y la definitiva pérdida de los vínculos y redes sociales que podrían brindar sostén en el resguardo y exigencia de derechos.**

Si bien el monitoreo judicial de las internaciones está regulado en la LNSM y en el Código Civil y Comercial de la Nación, instrumentos que contemplan la intervención de diversos actores judiciales en cada caso (jueces/zas civiles o de familia, defensores/as públicos/as, asesores/as de menores e incapaces, curadores/as) para asegurar que las internaciones no se prolonguen y evitar la cronificación, existen serias falencias en lo relativo a su eficacia y efectividad.

En la investigación que dio origen al libro “Cruzar el muro”²¹, publicado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) en 2015, de las 266 personas entrevistadas en proceso de externación de hospitales psiquiátricos se encontró que sólo un 16% de los/as entrevistados/as tuvo contacto directo con el/la juez/a a cargo de su causa civil durante la más reciente internación; el 65% afirmó que no había mantenido ningún contacto con el juez o jueza y el resto o no recordaba haberlo tenido o no tenía una causa abierta. Con respecto a la restricción al ejercicio de la capacidad jurídica -que en la mayoría de los casos es complementaria a la institucionalización psiquiátrica prolongada- de las personas que reportaron estar al tanto de la existencia de un proceso judicial de esta naturaleza, sólo un 4,4% manifestó conocer al/ a la juez /jueza a cargo y un 20% reportó no conocer al/a la curadora que le había sido designado.

²¹ Centro de Estudios Legales y Social (CELS), *Cruzar el muro*, Capítulo 2 (Capacidad jurídica y acceso a la justicia), 2015. El informe completo disponible en: <https://goo.gl/5nrgnX>

Esta situación de indefensión estructural de estas personas frente al sistema de administración de justicia suele estar más naturalizada en la privación de libertad en hospitales psiquiátricos en comparación con otros lugares de detención, debido al entrecruzamiento de conceptos ligados por un lado a una supuesta necesidad de asistencia en salud, a la falta de condiciones sociales para la vida autónoma y también un remanente de la idea del control de una atribuida peligrosidad latente.

b. Sobremedicación

La sobremedicación se genera en distintas modalidades, no excluyentes entre sí: el uso en dosis superiores a las indicadas para determinados medicamentos; la indicación simultánea de distintos psicofármacos cuyos efectos conjuntos son desproporcionados; el uso de versiones de medicamentos obsoletas y con efectos secundarios más fuertes; el uso de medicación de depósito (que se libera progresivamente en el cuerpo durante un período de tiempo) como modo de saltar la rutina de la toma cotidiana del medicamento.

Mal utilizada, la medicación psiquiátrica termina convirtiéndose en un elemento de castigo e incluso de gestión de conflictos en dinámicas sociales cotidianas dentro de la internación. Además de constituir malos tratos, la poli-medicación ha demostrado su relación con deterioros orgánicos irreversibles que, en ocasiones, llevan a la muerte.

Un elemento preocupante relativo al debido control y regulación de la administración de psicofármacos -debido a los potenciales efectos que tiene a mediano y largo plazo en el cuerpo-, es la rescisión del mecanismo de trazabilidad según la resolución 10564/2016²² de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), el órgano estatal competente en la materia. La disminución de controles institucionales sobre la cantidad de medicamentos existentes en depósitos, los que se compran y los que se efectivamente se administran, puede potenciar prácticas dañinas como la sobremedicación.

²² Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/BO/Disposicion_10564-2016.pdf

c. *Terapia Electro-Convulsiva (TEC)*²³

La TEC es una modalidad de tratamiento neurobiológico que consiste en la administración controlada de corriente eléctrica en determinados sectores de la corteza cerebral, para “desactivar”, a través de la inducción de micro-convulsiones, el funcionamiento de las neuronas de esos sectores, con el objetivo de disminuir o incrementar, determinados rasgos en el comportamiento del sujeto.

Las posturas que se oponen a la aplicación de la TEC argumentan que es un **tratamiento altamente invasivo, que genera modificaciones irreversibles en la personalidad y que tiende a generar efectos colaterales, entre los que se encuentra aplanamiento conductual y afectivo, afectación de funciones cognitivas y motrices y pérdida de memoria**. En ese sentido, se considera que es un tratamiento que implica más perjuicios concretos que eventuales beneficios.

En Argentina, aún se registran casos de aplicación de TEC e instituciones con equipamiento disponible para realizarla, aun cuando ha sido desaconsejada por órganos de control en materia de salud mental²⁴. Esta práctica encuentra una oposición muy marcada en organizaciones de usuarios/as de los servicios de salud mental, sobre todo en aquellos/as que la han padecido. También se han interpuesto causas judiciales para evitar la ejecución de sesiones de TEC. No obstante, el Estado, particularmente los órganos con

²³ El Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental (ORN), ante la petición de organizaciones de usuarios/as de los servicios de salud mental, aprobó una recomendación relativa a la prohibición de la ejecución de la terapia electro-convulsiva como forma de tratamiento. Dicho estándar no ha sido adoptado de forma unánime por todas las provincias de la federación. Una situación particular se suscitó en el caso de la provincia de Jujuy, donde luego de ser adoptado, dicha decisión fue revertida, autorizándose así la ejecución de procedimientos de TEC. Ante la repercusión que esta decisión tuvo a nivel nacional e internacional, el gobierno provincial re-adoptó la resolución del ORN. Este hecho da cuenta de las tensiones, avances y retrocesos que aún se presentan en la Argentina sobre este tema.

²⁴ Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental, *Dictamen sobre el uso de electroshock*, 2014, disponible en: <https://goo.gl/B82CxH>

autoridad en materia de salud, no ha generado un posicionamiento claro y contundente de desestimación de esta práctica.

d. Aislamiento y sujeciones físicas

La sujeción física o contención mecánica es una de las formas más usuales de intervenir en el despliegue conductual de personas que se hallan en situación de crisis por salud mental. Estas suelen implicar ataduras de muñecas y tobillos a partes estables de camas o camillas, con el objetivo de inmovilizar a la persona para que no pueda agredirse a sí misma o a terceros durante un estado de excitación psicomotriz.

Distintos avances relativos a la forma de intervención en situaciones de crisis por salud mental²⁵, identifican la sujeción física como una acción problemática y potencialmente muy dañina para la salud tanto física como mental de quien la padece, por lo que se ha identificado que en muchos casos esta podría ser sustituida por otros modos de contención profesional no violentos ni invasivos.

Existen condiciones adicionales que profundizan el daño y el riesgo de las personas que se encuentran atadas: **el abandono en esa situación por períodos prolongados de tiempo y el uso de instrumentos y materiales inadecuados, en posiciones físicas molestas o dolorosas y con niveles de presión inadecuados que pueden lacerar la piel y lastimar los músculos de las zonas que se encuentran atadas.** Se han evidenciado numerosos casos de personas que se encuentran atadas con sábanas, piezas de ropa o retazos de tela cualquiera²⁶.

La falta de acompañamiento permanente durante una sujeción además incide en la falta de atención de necesidades básicas como la alimentación, hidratación e

²⁵ Principio 11 de los Principios para la protección de las personas con enfermedad mental y la mejora de la atención en salud mental, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991.

²⁶ Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación, *Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental*, 2013, disponible en: goo.gl/xL3LTJ

higiene. Ante casos de sujeciones prolongadas no monitoreadas de forma exhaustiva incluso se encontraron casos de personas que fallecieron estando en esa condición.

El aislamiento responde a criterios similares a los de la sujeción física, como el controlar la potencial agresión a terceros, y por esto mismo es una medida que fácilmente es usada como una forma habitual de castigo. **El encontrarse solo, incomunicado por períodos prolongados en un espacio reducido genera montos de malestar y ansiedad muy pronunciados. El no poder incidir de algún modo en la decisión de salir o saber cuándo esto va a pasar, también genera angustia y desesperación en quienes la viven**²⁷. **En hospitales psiquiátricos argentinos prevalecen salas o celdas reservadas para medidas de aislamiento**, aun cuando estos espacios suelen ser llamadas de forma eufemística como “sala de observación” u otros nombres similares.

Tanto la sujeción como el aislamiento, suelen ser usados como formas de amenazar a las personas internadas si siguen ejecutando determinados comportamientos.

e. Encierro

Los modos de gestión de la movilidad de las personas dentro y fuera del hospital, no suelen responder a los deseos y necesidades de estas, sino a las decisiones arbitrarias asociadas a lógicas de premios y castigos de los/as profesionales responsables de cada servicio hospitalario y a una lógica de resguardo de las responsabilidades institucionales sobre la persona, generando así ante la duda mecanismos ineficientes que no protegen en

²⁷ La resolución adoptada por el Consejo de Derechos Humanos el 01/07/2016, identificó la práctica de la reclusión en régimen de aislamiento como una práctica aún existente en la mayoría de los Estados, e identificó que cuando esta se ejerce hacia personas con padecimientos de salud mental, puede equivaler a un trato o pena cruel, inhumano o degradante, e incluso a la tortura. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/156/38/PDF/G1615638.pdf?OpenElement>.

Además, el Relator de la ONU sobre el derecho a la salud, Dainius Puras, reafirmó en su informe sobre salud mental al Consejo de Derechos Humanos del 31/01/2017 que la utilización del régimen de aislamiento aumenta el riesgo de que algunos actos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes no se detecten ni denuncien. Disponible en:

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/021/32/PDF/G1702132.pdf?OpenElement>

realidad el bienestar de la persona internada²⁸.

Algunos servicios son completamente cerrados, no sólo por el régimen de autorización o denegación de salidas por parte del jefe y los/as profesionales, sino también por barreras edilicias como diversas rejas, barrotes y candados. La mayoría suelen cerrar los pabellones destinados a dormitorios durante el horario nocturno, quedando incluso separados del lugar donde se encuentran los/as enfermeros/as de guardia. Esto ha generado situaciones en las que, ante una necesidad urgente de atención en salud suscitada durante la noche, las personas internadas se han visto imposibilitadas de llamar la atención de los/as profesionales, con graves consecuencias que pudieron haberse evitado.

f. Abusos sexuales

La negación de la sexualidad como un elemento esperable de la vida de las personas internadas en hospitales psiquiátricos, la falta de intimidad y la convivencia y exposición permanente, genera formas y modos complejos de sexualización en los que se presentan abusos y violaciones, particularmente entre compañeros/as de internación, tanto hombres como mujeres²⁹.

En el marco de abusos sexuales o violaciones no se problematiza el régimen institucional y su impacto en la relación entre personas internadas, sino que se asume que el/la abusador/a actúa de tal modo como un efecto de diagnóstico psiquiátrico de base, y en ocasiones también que la persona abusada permitió o incluso provocó dicha situación por su diagnóstico. Estos prejuicios se activan particularmente cuando en los hechos se encuentran involucradas personas del colectivo LGBTIQ.

²⁸ Como ejemplo, en el Hospital Dr. Alejandro Korn, existía un vetusto protocolo de registro de “fugas” de pacientes, en el que sin mayor coherencia se registraban repetidamente como tales movimientos habituales de personas incluso dentro del mismo hospital. Dicho protocolo de “fugas” está en proceso de reconfiguración por un mecanismo más racional y eficiente.

²⁹ Según información recabada de forma preliminar en un estudio específico solicitado por la mencionada mesa de trabajo sobre la situación del Hospital Dr. Alejandro Korn.

Existe una **tendencia a la naturalización y el ocultamiento de las situaciones de abuso**, tomando medidas parciales y reactivas como cambiar de lugar de alojamiento a una de las personas involucradas; la denuncia policial no se genera en la mayoría de los casos, y por los factores antes mencionados, cuando sucede, no se garantizan medidas reales y efectivas de resguardo de la integridad de ninguno de los involucrados.

g. Violencia física y psíquica

Las agresiones físicas, verbales y psicológicas son recurrentes entre y hacia personas internadas. El modo de gestión de conflictos cotidianos se exagera por la convivencia prolongada y que absorbe todos los espacios de la persona, al no contar esta con la posibilidad de moverse libremente ni de elegir cómo, dónde y con quién pasar su tiempo.

La violencia ejercida de forma directa por profesionales de salud suele desplegarse como respuesta a situaciones de crisis que derivan en las prácticas antes mencionadas de sobremedicación, aislamiento y sujeción física. En este tipo de situaciones, el uso de fuerza física para reducir suele estar justificado en el riesgo que representaría la persona para sí y para terceros, y no necesariamente se problematiza la necesaria proporcionalidad para evitar daño.

h. Muertes dudosas, por motivos evitables y no investigadas de forma diligente³⁰

Las muertes por causas evitables en instituciones psiquiátricas son muy superiores al promedio de otras instituciones de encierro, como las cárceles, y aún es común que dichas muertes no sean investigadas de forma rigurosa. La falta de abordaje

³⁰ Un aporte específico para la problematización de este tema fue la elaboración del "Documento sobre muertes en instituciones monovalentes de Salud Mental" por el Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental (2014) en el que señala que todas las muertes en contexto de encierro psiquiátrico deben ser investigadas como muertes dudosas, contextualizarlas en relación al impacto psicofísico de una institucionalización prolongada y genera directrices para la investigación enmarcados en los criterios de independencia, minuciosidad, oportunidad e imparcialidad.

adecuado y oportuno de enfermedades físicas, sobre todo las respiratorias, gastrointestinales, infecciosas y dermatológicas, complica los cuadros, incrementa al padecimiento y en muchos casos deriva en la muerte.

Como ejemplo, en 2014 se denunció la muerte de 133 personas en el Hospital Dr. Alejandro Korn de la ciudad de La Plata entre los años 2012 (65), 2013 (59) y 2014 (53)³¹. Estas cifras **exceden por mucho las tasas de mortalidad de la población en general, y comparativamente de la población privada de libertad en el sistema penitenciario** de la misma provincia³².

Un caso paradigmático en este sentido es el de Matías Carbonell³³, un joven de 23 años que murió por la complicación de salud a la que llegó mientras estaba internado en el Hospital “Dr. J. T. Borda” de la ciudad de Buenos Aires. Entre otros signos, Carbonell presentaba lesiones compatibles con quemaduras por electrocución en palma de la mano y pectoral derecho y la bronco-aspiración de contenido gástrico que desató una infección generalizada. Esta situación sobrevino a un período de distintas violencias ejercidas desde su traslado a un servicio que funcionaba de forma deplorable y que no se correspondía con su perfil, por lo que dicho traslado puede ser entendido como un castigo.

En la causa penal por este hecho, que ya se ha extendido por casi 7 años, al momento

³¹ Estos datos emergieron del expediente de habeas corpus colectivo introducido por la Comisión Provincial por la Memoria (CPM), un organismo de derechos humanos, debido a la gravedad de la situación de vida que atraviesan las personas internadas en hospitales psiquiátricos en la Provincia de Buenos Aires.

³² Datos recabados en el marco de la intervención judicial del Hospital Dr. Alejandro Korn, evidenciaron que la tasa de mortalidad dentro de este hospital es significativamente mayor a la de la población general de la República Argentina y de la Provincia de Buenos Aires. En comparación con las tasas de las jurisdicciones citadas, el riesgo de morir que tiene una persona internada en el Hospital Dr. Alejandro Korn es entre 4 y 7 veces mayor a la población general. De igual forma, las muertes producidas en el hospital superan ampliamente las registradas en el sistema penitenciario provincial, contexto de pleno encierro en el que han quedado demostradas las gravísimas condiciones de vida a las que está sometida esa población. De la comparación de las respectivas tasas de mortalidad emerge que en el hospital, la misma es 18 veces más alta que en el sistema carcelario. Sin perjuicio de la dificultad de establecer comparaciones en base a las distintas variables de análisis, las diferencias numéricas entre la mortalidad de la población general, y las de ambos sistemas de encierro son verdaderamente preocupantes.

³³ Este caso es patrocinado jurídicamente por el CELS desde su inicio, en representación de la madre, padre y hermanos de Matías, que se constituyeron como querellantes.

se confirmó la imputación de 6 profesionales del servicio 14/22 del Hospital Borda: 2 médicos, 1 psicólogo y 3 enfermeros, bajo los cargos de omisión de denunciar torturas, falsedad ideológica y abandono de persona seguido de muerte.

IV. Grupos sociales que sufren un impacto desproporcionado y/o discriminación interseccional en el encierro psiquiátrico

a. Las/os niñas/os y las/os adolescentes

Una situación particularmente preocupante dentro de la práctica de la internación por motivos psiquiátricos, es la que viven las niñas, los niños y las/os adolescentes con padecimientos de salud mental en instituciones monovalentes de carácter asilar³⁴.

La vigencia de este tema se evidencia, en tanto en las observaciones finales de la evaluación del Estado argentino por parte del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas³⁵, emitidas el 6 de junio de 2018, este organismo manifestó su preocupación por esta situación e instó al Estado a asegurar el acceso a la salud mental de los/as niños/as con discapacidad en condiciones óptimas, que se prevenga la negligencia y el maltrato, y que favorezca el mantenimiento de los vínculos familiares y la vida en comunidad.

Según información brindada por el Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental (ORN)³⁶ sobre esta situación durante el período de su mandato, existen una serie de

³⁴ Entre 2014 y 2016, el Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental realizó 17 monitoreos a instituciones de internación en las que relevó casos vinculados a niñas, niños y adolescentes, 5 de ellos se realizaron en efectores específicos para la atención de este sector etéreo, 1 en un servicio de adolescencia de un hospital monovalente de salud mental y en los 11 restantes se identificó la presencia de niños, niñas y adolescentes internados en establecimientos para la atención de adultos. Los nombres de los efectores monitoreados se encuentran reservados en la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión. (Fuente: respuesta del ORN al pedido de informes realizado por el CELS en febrero de 2017)

³⁵ Disponible en: <https://goo.gl/vNJusu>

³⁶ Organismo público con asiento en el Ministerio Público de la Defensa de la Nación, creado por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 con el mandato de conocer casos de violaciones a los derechos humanos en

preocupantes prácticas vulneratorias de derechos³⁷ tanto del contexto social e institucional que da lugar a la internación como de las condiciones de vida al interior de los establecimientos. El ORN determinó que la mayor parte de la población alojada tiene su lugar habitual de residencia en lugares alejados de la institución en la que se encuentran, contribuye al incremento del tiempo de internación y a las dificultades en los procesos de externación, dada la inexistencia de intervenciones domiciliarias-comunitarias y de trabajo familiar para el mejoramiento de las condiciones de vida contextuales preexistentes.

La separación prolongada o permanente del núcleo familiar primario y particularmente de los referentes afectivos primordiales como padres/madres, abuelos/as u otros cuidadores/as, tiene un impacto desproporcionado en la vida de un/a niño/a o adolescente a la vez que extrema las posibilidades de negligencia, abusos y maltratos durante la internación³⁸ y propicia la cronificación de los padecimientos mentales.

El ORN observó además de las internaciones prolongadas, la existencia de **circuitos de trans-institucionalización y constantes egresos y reingresos de las mismas personas**, en particular de aquellas con alto grado de vulnerabilidad psicosocial, en los cuales la internación ocupa el lugar de **primera estrategia de intervención sin haberse agotado instancias de re vinculación socio-familiar previas**. Como correlato de esto, se detectaron **internaciones sin criterio clínico justificado y que con frecuencia revisten causas sociales**

contextos de internación, tramitar denuncias sobre los mismos y generar recomendaciones y dictámenes a las instituciones públicas y privadas sobre esta materia.

³⁷ El particular resguardo que amerita la restricción a la libertad ambulatoria de un/a niño/a o adolescente por motivos vinculados a la discapacidad o a la atención en salud deben ser compatibles con el marco establecido por los artículos 9, 19, 23 y 24 de la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas. En el ámbito doméstico, la LNSM en su artículo 26 reafirma y desagrega estos derechos cuando la persona internada sea un/a niño/a o adolescente y en ese marco, el Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental emitió una resolución específica prohibiendo la sujeción física de niños/as en contextos de internación.

³⁸ Informe Anual 2016 del Ministerio Público de la Defensa de la Nación. Unidad de Letrados del Artículo 22 Ley 26.657 (Menores de edad), p. 147-150.

y/o **judiciales**. Según los parámetros internacionales mencionados, estas prácticas pueden constituir detenciones arbitrarias.

Otro criterio prevalente es la **estigmatización de los/as niños/as y adolescentes con diagnósticos psicopatológicos entendidos como definitivos y categóricos**, que aluden a la cronicidad, sin considerar que es propio de este colectivo etéreo el desarrollo constante y progresivo de su configuración psíquica. Por este motivo, el mismo abordaje resulta discriminatorio.

El ORN registró **institucionalizaciones de larga data que culminan, con gran frecuencia, en la derivación a establecimientos monovalentes de adultos/as**, al cumplirse la mayoría de edad (18 años), en tanto el Estado prevé circuitos de trans-institucionalización que mantienen a personas detenidas de forma permanente desde la niñez hasta la senectud, e incluso hasta la muerte.

Simultáneamente, en relación a la infancia se ha observado un incremento de la **patologización y medicalización del comportamiento**³⁹, a la par del uso de la institucionalización psiquiátrica por motivos judiciales y sociales más que por motivos estrictamente clínicos.

Un caso paradigmático de esta problemática es el Hospital Infanto-Juvenil “Carolina Tobar García” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, un hospital psiquiátrico monovalente especializado en la atención a niños y adolescentes, uno de los mayores de su tipo en el país⁴⁰. A partir de una intervención de la autoridad de control y monitoreo en temas de salud mental, dependiente de la Defensoría General de la Nación⁴¹, se ejecutó un

³⁹ Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones de la Jefatura del Gabinete de Ministros de la Nación, Acta 5° Sesión, 14/09/2015.

⁴⁰ El CELS relevó esta situación en el capítulo 7 “Recrudescimiento del dispositivo manicomial” del Informe Anual sobre la situación de los Derechos Humanos en Argentina (2017). Disponible en: https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/12/Capitulo7_IA17.pdf

⁴¹ Órgano de Revisión de la Ley Nacional 26.657 (ORN), adscrito a la Defensoría General de la Nación, encabezado por una Secretaría Ejecutiva y conformado por un plenario de 3 organismos del Estado: Ministerio de Salud, Secretaría de Derechos Humanos y Defensoría General y 3 de la sociedad civil, representantes de los



procedimiento en el que se determinó que las condiciones de alojamiento ponían en riesgo la integridad y la vida de los niños, niñas y adolescentes encerrados/as⁴².

Se constató que los cuidados cotidianos se proveían de forma deficitaria, que existía **carencia de elementos imprescindibles para la alimentación y la higiene, la utilización de colchones mojados de orina, déficit en los métodos de calefacción, lo que generaba problemas particularmente durante el invierno y la generalizada falta de intimidad en las habitaciones y los baños, debido a la ausencia de puertas y otras estructuras divisorias.**

En este hospital, un tercio de las personas institucionalizadas -se estimó en el monitoreo- provenían de otras jurisdicciones distintas a la Ciudad, al ser un centro de referencia y derivación en su especialidad.

En relación a la violencia institucional fueron denunciados hechos de **agresión física, psicológica y verbal por parte del personal institucional y de seguridad, como modo de control de la conducta**, lo que parecía estar naturalizado por el personal de salud, por lo que no se problematizaban ese tipo de episodios. Se observó que la **sujeción física inmovilizante** prolongada se aplicaba de forma habitual y se instrumentaba como modo de castigo sin ser registrada en las historias clínicas, y obviando los estrictos recaudos que establecen los protocolos clínicos para ese tipo de procedimiento, como el acompañamiento permanente por personal capacitado. Del mismo modo, el ORN comprobó el **uso de medicación sedativa intramuscular como método de disciplinamiento y el de distintos fármacos combinados en altas dosis. Situaciones de abuso sexual sobre las/os niñas/os o entre ellos fueron referidas y denunciadas por niños, familiares y organizaciones.**

Los preocupantes hallazgos de ese monitoreo dieron lugar a que la defensa pública convocara a un proceso permanente de articulación con distintos organismos públicos

usuarios de los servicios de salud mental, los organismos de derechos humanos y los profesionales de la salud mental. El procedimiento citado se ordenó mediante la resolución SE N°19 de 2015.

⁴² La información provista corresponde a la respuesta a un pedido de informe solicitado por el CELS al ORN con fecha de noviembre de 2016.



competentes con el fin de subsanar las violaciones a derechos constatadas⁴³. La realización de dicho monitoreo movilizó la activación de acciones de protección desde otros órganos con competencia específica en materia de derechos de niñas, niños y adolescentes⁴⁴. No obstante, el hecho de que el nivel de gravedad del estado evidenciado no haya sido problematizado con anterioridad, evidencia las insuficiencias en el control ejercido por estos organismos en relación a las personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos.

Durante 2017 y el primer trimestre de 2018, a pesar de la articulación institucional periódica sobre esta temática, **no se observaron cambios significativos en las preocupantes condiciones relevadas por el monitoreo en el Hospital Tobar García**, siendo las condiciones más preocupantes las de los servicios de adolescencia y de guardia. Un problema estructural particularmente preocupante es la **posibilidad de acceso a sustancias estupefacientes dentro de la institución**⁴⁵.

Con relación a evaluaciones individuales de casos niñas, niños y adolescentes institucionalizados/as en otras instituciones psiquiátricas -tanto públicas como privadas- realizadas durante 2017 por el ORN, de los 32 casos reportados de niños entre 7 y 17 años, se identificaron situaciones como: **desescolarización, aplicación de terapia electro-convulsiva, sujeciones mecánicas (ataduras de inmovilización) prolongadas, internación prolongada por motivos sociales, maltrato y agresiones directas por personal del hospital y/o otras personas internadas, ofrecimientos de acceso a sustancias psicotrópicas o estupefacientes, delegación de la custodia dentro del hospital a agentes policiales, medicación intramuscular coactiva, vulneración de derecho a la identidad de**

⁴³ A través de la Resolución SE N°19/15, el ORN dispuso convocar a una mesa de trabajo intersectorial con las autoridades de los ministerios de Salud y Desarrollo Social, organismos de promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, operadores judiciales y del Ministerio Público de la Defensa, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de la provincia de Buenos Aires y de la Nación con el propósito de establecer un plan gradual de transformación hacia un modelo de abordaje en salud mental respetuoso de los derechos humanos. Este espacio mantiene reuniones periódicas en 2016 y 2017 y sigue operativo.

⁴⁴ Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires

⁴⁵ Resolución SEORN N° 9/17. El ORN requirió a las autoridades del hospital y de la Dirección General de Salud Mental que adopten medidas efectivas para solventar las irregularidades observadas.

género, aislamiento, internación en contacto permanente con adultos también internados, exposición permanente al consumo de sustancias tóxicas y violencia sexual⁴⁶.

b. Las mujeres⁴⁷

A la hora de analizar el impacto diferenciado del manicomio, entran en relación tres categorías que operan para colocar al colectivo de mujeres en una situación de especial vulnerabilidad: género, pobreza y locura. Sobre ellas existe una yuxtaposición de opresiones por ser mujeres, por ser pobres y por ser “locas”.

A nivel global las mujeres son más pobres que los hombres⁴⁸. Esta constante se repite dentro de la población del hospital: la mayoría de las mujeres no cuentan con propiedades, ni garantías propietarias para poder alquilar una vivienda, no existen posibilidades laborales sustentables y las pensiones mensuales o subsidios que algunas de ellas perciben no son suficientes para afrontar una externación, en un contexto de políticas sociales ausentes para este grupo.

⁴⁶ Información extraída de una respuesta del ORN al pedido de informes realizado por el CELS con fecha abril de 2018.

⁴⁷ La información de este apartado fue generada como un informe temático de la parte actora (CELS, MDR y CPM) del amparo colectivo ya mencionado sobre la situación del Hospital Interzonal Dr. Alejandro Korn, de la localidad de Melchor Romero, Partido de La Plata, Provincia de Buenos Aires. El informe completo se encuentra disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/11/2017-Mujeres-en-Melchor-Romero.pdf>

⁴⁸ En el marco del *Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad*, publicado el 30 de marzo de 2012 (Serie A/HRC/20/5), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos refirió que “*En su Recomendación general N° 18, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer hizo hincapié en que las mujeres con discapacidad podían ser objeto de una doble discriminación debido a su género y a su discapacidad, y que eran consideradas un grupo vulnerable. La doble discriminación marca todos los aspectos de sus vidas. En comparación con los hombres con discapacidad, las mujeres con discapacidad son más propensas a vivir en la pobreza y en el aislamiento, y tienden a percibir salarios inferiores y a estar menos representadas en la fuerza de trabajo. En consecuencia, también son más proclives a ser víctimas de la violencia y/o a tener mayores dificultades para salir del ciclo de violencia. Incluso en países con un nivel de vida relativamente alto, las mujeres con discapacidad son más propensas a vivir en la pobreza o a tener un nivel de vida inferior al de los hombres con discapacidad*” (párr. 15).



De las 526 personas internadas en la sección psiquiátrica del Hospital Dr. Alejandro Korn, 217 son mujeres de entre 20 y 87 años, con un promedio de 25 años de encierro. Muchas de ellas ingresaron a los 20 años y desde entonces permanecen allí. Durante 2016, de los casi 300 ingresos que hubo al Hospital, 100 fueron mujeres, de las cuales sólo 26 ingresaron de forma voluntaria. La mayoría de ellas proviene de lugares cercanos al hospital o del conurbano bonaerense, pero también se registran de provincias alejadas como Córdoba, Misiones, Chaco, Corrientes y de otros países, excepcionalmente.

Las lógicas manicomiales de control y castigo conforman mecanismos tendientes a adaptar los cuerpos a un medio privativo de la libertad a través de esquemas psicofarmacológicos, normas homogeneizantes y tratos denigrantes, con el objetivo de modificar su personalidad y lograr que adquieran la docilidad necesaria que los vuelva adaptables al ámbito manicomial.

Las precariedades en las condiciones de vida dentro del manicomio afectan a todos/as quienes se encuentran internados/as. No obstante, en relación a las mujeres, se identificaron algunas situaciones particulares en lo relativo al goce de sus derechos sexuales y reproductivos. Es notoria la **ausencia de dispositivos de educación sexual integral y por ende la falta de información y orientación clara, completa y oportuna sobre la salud sexual y reproductiva, expresada en términos sencillos y comprensibles.**

La presunción de incapacidad para ejercer estos derechos, condiciona las oportunidades que se les ofrecen a las mujeres para decidir libremente sobre su vida, su sexualidad y su cuerpo. Además, dicho paradigma, agudiza las probabilidades de desinformación y desconocimiento, quedando sistemáticamente expuestas a la violencia, abuso y prácticas nocivas como la esterilización, el aborto y la anticoncepción forzada, que en este colectivo son lamentablemente frecuentes.

Un aspecto concreto del deterioro progresivo de la salud física dentro del hospital psiquiátrico, es la **ausencia de controles ginecológicos** de forma regular. Se han observado



historias clínicas de mujeres con 40 años de internación, donde sólo constan 3 o 4 controles ginecológicos.

Otro factor relevante es el sostenimiento de vínculos de contacto familiar por fuera del hospital. Del universo de mujeres internadas en el Hospital Dr. Alejandro Korn, sólo –aproximadamente- el 20% conserva vínculos afectivos con contacto frecuente, y cuando esto sucede, es casi siempre con otras mujeres (madres, hermanas, hijas). Esto se vincula con el impacto diferencial del sostenimiento de vínculos de cuidado entre mujeres y hombres privadas/os de libertad, dinámica que se reproduce en la privación de libertad por motivos penales. **Las mujeres, al quedar recluidas, suelen contar con menos referentes que ejerzan una función del cuidado, al estar atribuida a ellas esa función proveedora, pero no siempre receptora.**

c. Las personas con discapacidad psicosocial privadas de su libertad en unidades penales

Las personas con discapacidad psicosocial que son acusadas de haber cometido una infracción a la ley penal son especialmente vulneradas en sus derechos humanos, debido al riesgo de ser sometidas a **internaciones en instituciones penales por tiempo indeterminado, sin respeto por las garantías judiciales y con una deficiente atención sanitaria.**

El Código Penal argentino, de modo problemático, establece en su artículo 34 que si las personas declaradas inimputables fueran peligrosas para sí o para terceros se le podrá imponer una medida de seguridad que durará hasta que se considere desaparecido el peligro.

En la Provincia de Buenos Aires, las medidas de seguridad se efectivizan en las Unidades Penales N° 34 y N° 45 de la localidad de Melchor Romero, instituciones que no garantizan el derecho a la salud mental de las personas usuarias allí alojadas ni promueve dispositivos para la vida en comunidad. Muchas personas permanecen viviendo allí mucho

tiempo, en casos superando el máximo de la pena que hubiesen recibido de ser declaradas culpables. Esta situación ha sido denunciada en reiteradas oportunidades, al punto que instituciones de derechos humanos como la Defensoría ante el Tribunal de Casación Penal y el Órgano de Revisión de Salud Mental se han pronunciado al respecto⁴⁹, y el Poder Judicial ha ordenado resolver dicha situación⁵⁰.

V. La inexistencia de dispositivos comunitarios para la externación de las personas internadas en hospitales psiquiátricos

La situación descrita en los apartados precedentes se ve agravada y extendida en el tiempo por la inexistencia de dispositivos de atención en salud mental comunitaria. Como se mencionó anteriormente, **la falta de redes de apoyo para la vida en comunidad determina que una gran cantidad personas permanezca durante décadas -y en muchos casos durante todas sus vidas- en situación de encierro psiquiátrico.** Pese a la existencia de un plexo normativo claro y contundente, **el Estado no implementó políticas públicas destinadas a la creación y desarrollo de dispositivos que permitan a las personas con discapacidad ser externadas y vivir en comunidad.**

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su artículo 19, establece que los Estados Partes *“reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la*

⁴⁹ Res. 13/2016 por la cual se recomienda al Poder Judicial y al Ministerio de Justicia tener en cuenta los procesos penales los estándares de derechos humanos en materia de salud mental. Res. N° 3/2018 por la que se recomienda la clausura de las salas de aislamiento en las Unidad 34 y 45. Res. N° 4/2018 por la que se recomienda que las personas con discapacidad psicosocial sean tratadas en instituciones del Ministerio de Salud y no del Servicio Penitenciario Bonaerense.

⁵⁰ Sentencia de la Sala III del Tribunal de Casación Penal Bonaerense tras un Habeas Corpus interpuesto por la Defensoría de Casación Penal Bonaerense (5/7/2018).



comunidad” asegurando, en particular, que puedan elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, que no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico y que tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su inclusión social y evitar su aislamiento.

La Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, por su parte, dispone en su artículo 4 que los Estados se comprometen a promover la vida independiente, autosuficiencia e integración total, en condiciones de igualdad, a la sociedad de las personas con discapacidad. Más recientemente, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de Personas Mayores reconoció en su artículo 7 el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente.

Según el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *“vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad son conceptos que se refieren a entornos para vivir fuera de las instituciones residenciales de todo tipo. No se trata “simplemente” de vivir en un edificio o lugar particular; significa, sobre todo y, ante todo, no perder la capacidad de elección y la autonomía personales como resultado de la imposición de una forma y unos sistemas de vida determinados. Ni las grandes instituciones ni los pequeños hogares pueden ser llamados sistemas de vida independiente si contienen otros elementos definitorios de instituciones o de institucionalización. Si bien los entornos institucionalizados pueden variar en tamaño, nombre y organización, tienen ciertos elementos inherentes, como el hecho de compartir de forma obligatoria los asistentes con otras personas y la escasa o nula influencia que se puede ejercer sobre aquellos de quienes se debe aceptar la ayuda; el aislamiento y la segregación respecto de la vida independiente en la comunidad; la falta de control sobre las decisiones cotidianas; la nula posibilidad de elegir con quién se vive; la*

*rigidez de la rutina independientemente de la voluntad y las preferencias de la persona; actividades idénticas en el mismo lugar para un grupo de personas sometidas a una cierta autoridad; un enfoque paternalista de la prestación de los servicios; la supervisión del sistema de vida; y, por lo general, una desproporción en el número de personas con discapacidad que viven en el mismo entorno (...)*⁵¹.

Asimismo, afirma el Comité que este derecho implica “*que las personas con discapacidad cuenten con todos los medios necesarios para que puedan tomar opciones y ejercer el control sobre sus vidas, y adoptar todas las decisiones que las afecten, por ejemplo en relación al transporte, la información, la comunicación y la asistencia personal, el lugar de residencia, la rutina diaria, los hábitos, el empleo digno, las relaciones personales, la ropa, la nutrición, la higiene y la atención de la salud, las actividades religiosas y culturales, y los derechos sexuales y reproductivos. Además, señaló que actividades como dónde vivimos y con quién, qué comemos, si nos gusta dormir hasta tarde o acostarnos a altas horas de la noche, si preferimos quedarnos en casa o salir, si nos gusta poner mantel y velas en la mesa, tener animales domésticos o escuchar música, están vinculadas a la identidad ya que tales acciones y decisiones nos hacen ser quienes somos*”⁵².

En consecuencia, deben crearse servicios de apoyo “*concebidos para facilitar la vida en la comunidad y evitar el aislamiento y la separación respecto de las demás personas, y deben ser adecuados a tal fin. Es importante que la finalidad de esos servicios de apoyo sea lograr la plena inclusión en la comunidad. Por lo tanto, cualquier forma institucional de servicios de apoyo que segregue y limite la autonomía personal no está permitida (...)*”⁵³.

Siguiendo esa lógica, la Ley Nacional de Salud Mental ha obligado al Estado a crear una red de dispositivos de base comunitaria, entre los cuales se encuentran las consultas ambulatorias, los servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta

⁵¹ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General nro. 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad*, CRPD/C/GC/5, 2017, párr. 16 (c).

⁵² *Ibid.*, párr. 16 (a).

⁵³ *Ibid.*, párr. 30.

institucional, la atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, las casas de convivencia, los hospitales de día, las cooperativas de trabajo, los centros de capacitación socio-laboral, los emprendimientos sociales, entre otros (art. 11).

Los servicios de rehabilitación en la comunidad son los únicos que satisfacen las exigencias del derecho internacional de los derechos humanos y son aquellos que han demostrado la mayor efectividad para lograr la verdadera recuperación de las personas. Según el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos “(...) *La experiencia demuestra que la prestación de servicios interdisciplinarios y no medicalizados en el seno de la comunidad permite a los usuarios mantenerse en contacto con sus familias, conservar su empleo y, en general, mantenerse cerca de las redes de apoyo que facilitan el tratamiento temprano y la recuperación. (...) Para garantizar el derecho de las personas con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial a recurrir a los servicios correspondientes, los Estados deben asegurarse de que existan tratamientos basados en la recuperación tanto en la comunidad como en el sistema de atención primaria*”⁵⁴. **En cambio, cuando la respuesta a un padecimiento mental es la institucionalización y la segregación en centros que funcionan de acuerdo a una lógica tutelar, iatrogénica e incapacitante, el deterioro de la persona no puede sino profundizarse.**

Como fue mencionado, estos dispositivos no se han creado, y **su inexistencia conduce a la cronificación de las internaciones por motivos sociales y a la prolongación indefinida del encierro en instituciones monovalentes, en las que predominan prácticas obsoletas y gravemente violatorias de los derechos humanos.** Así, en los hospitales psiquiátricos el promedio de edad de personas internadas en condición de “crónicos” -aquellos que la institución prevé que no se van a recuperar de su cuadro psiquiátrico- suele ser muy elevado. Como ejemplo de ello, en el Hospital Dr. Alejandro Korn, en un cálculo realizado con base en tres salas de pacientes crónicos, con un total de 462 personas

⁵⁴ Informe del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *op. cit.*, párr. 54.

internadas, el promedio de tiempo de internación fue de 19,6 años y se extiende hasta los 63 años⁵⁵.

Cabe destacar que al responder un pedido de acceso a la información pública presentado por la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), **el Ministerio de Salud de la Nación reconoció no contar con información sobre la cantidad y tipo de dispositivos existentes en el país**⁵⁶, lo cual evidencia la falta de una política pública adecuada para modificar el sistema de atención en salud mental en línea con los estándares convencionales y legales.

En octubre de 2018, en respuesta a un pedido de acceso a la información realizado por Xumek, la Dirección de Salud mental y Adicciones de la provincia de Mendoza señala como obstáculos a la implementación efectiva de la ley la falta de dispositivos intermedios y la falta de adecuación de las leyes que regulan su habilitación⁵⁷.

A mayor abundamiento, **la reducción de recursos presupuestarios destinados a la promoción de la salud mental comunitaria resulta alarmante**. Según un informe realizado por ACIJ, **entre 2014 y 2019 el presupuesto original**⁵⁸ **para la única actividad en la que se identifica de modo claro ese objetivo, bajó un 83,42%. Si se analizan los presupuestos vigentes para esa misma actividad en el período 2014-2018, la reducción equivale a un 77,14% y si se miran los ejecutados la baja es del 90,86% en esos 4 años**⁵⁹. A tres meses

⁵⁵ Datos relevados en el marco de la mesa de trabajo constituida a partir del amparo colectivo presentado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR).

⁵⁶ La respuesta del Estado Nacional está disponible en: goo.gl/QzTrHM (ver el punto i)

⁵⁷ La respuesta de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de Mendoza está disponible: goo.gl/6GEkP1

⁵⁸ El presupuesto original es el sancionado por la ley de presupuesto. El vigente representa el monto que el Estado efectivamente tuvo disponible para cada programa o actividad durante un ejercicio, luego de las modificaciones a la citada ley, generadas por resoluciones o decisiones administrativas. El devengado o ejecutado, por su parte, es el monto que efectivamente se utilizó.

⁵⁹ Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), *Acciones de promoción de la Salud Mental Comunitaria. El recorte en políticas de salud mental y su impacto en los derechos de las personas con discapacidad psicosocial*, 2018, p. 8, disponible en: goo.gl/hpLpVG



de terminar el año, se había ejecutado solo un 43,38% del presupuesto vigente en 2018⁶⁰. La cifras resultan todavía más preocupantes si se contrastan con otros gastos superfluos del Estado. Por ejemplo, si se compara el presupuesto proyectado para esta actividad con el proyectado para publicidad oficial en 2019, se observa que el gasto en publicidad oficial es casi 65 veces superior⁶¹.

A su vez, en los últimos años se registraron **elevados niveles de sub-ejecución en el financiamiento de proyectos para mejorar la atención en salud mental**. En 2015, solo se financió un 30% de los proyectos previstos; en 2016 no se financió ninguno; en 2017, se ejecutó solo el 5%; y en 2018 (hasta el segundo trimestre) no se financió ni un solo proyecto⁶². Para 2019, los proyectos de Asistencia Financiera para Proyectos de la Salud Mental que se planifica financiar se reducen de 40 a 20 (baja del 50%)⁶³.

Si bien estos rubros no representan la totalidad del gasto en salud mental, las pronunciadas reducciones presupuestarias, permiten evidenciar la posición marginal que el tema ocupa en la agenda política. A su vez, **los datos disponibles sobre los hospitales monovalentes nacionales permiten inferir que la mayoría de los recursos siguen destinándose al sostenimiento de estas instituciones**⁶⁴.

Los organismos del sistema universal y regional de promoción y protección de los derechos humanos han instado a revertir la falta de alternativas comunitarias. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ya ha recomendado *“promover e implementar a través de legislación y planes nacionales de salud mental la organización de servicios comunitarios de salud mental cuyos objetivos sean la plena integración de las personas con discapacidad mental en la sociedad y la participación de organizaciones*

⁶⁰ *Ibid*, p. 8.

⁶¹ *Ibid*, p. 11.

⁶² *Ibid*, p. 11.

⁶³ *Ibid*, p. 11.

⁶⁴ Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, *Las personas con discapacidad en el presupuesto. Un análisis de la asignación y ejecución presupuestaria en políticas claves para la igualdad y la inclusión de las personas con discapacidad*, 2018, p. 25, disponible en: goo.gl/uvHBSw

profesionales, asociaciones de usuarios y familiares, sus amistades, organizaciones de asistencia social y otros miembros de la comunidad en la rehabilitación del paciente mental”

65

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, por su parte, instó al Estado argentino a desarrollar e implementar planes de salud mental basados en el modelo de derechos humanos de la discapacidad y medidas eficaces que promuevan la desinstitucionalización y a fortalecer la red de servicios comunitarios de salud mental y su coordinación con procesos de inclusión laboral, educativa y de vivienda a fin de garantizar la eficaz implementación de la LNSM⁶⁶. En relación al artículo 19 de la CDPD, manifestó su preocupación por la falta de recursos y servicios adecuados y suficientes para garantizar el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, y lo instó a implementar programas integrales para que tengan acceso a una amplia gama de programas de rehabilitación domiciliaria, residencial, comunitaria o de otro tipo y a la libre autodeterminación sobre dónde y cómo vivir⁶⁷.

Cinco años después, volvió a manifestar su preocupación por esta cuestión, en ocasión de adoptar la Observación General nro. 5 sobre el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad. En dicha oportunidad, señaló la falta de estrategias y planes de desinstitucionalización como una de las barreras que impiden el pleno goce de ese derecho⁶⁸ y destacó la obligación de poner en libertad a todas las personas que están confinadas en contra de su voluntad en servicios de salud mental u otras formas de privación de libertad específicas de la discapacidad⁶⁹ y de adoptar estrategias claras orientadas a la

⁶⁵ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental*, 2001, punto 4.

⁶⁶ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observaciones finales...*, op. cit., párr. 24.

⁶⁷ *Ibid.*, párr. 33 y 34.

⁶⁸ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación General...*, op. cit., párr 15 (e).

⁶⁹ *Ibid.*, párr. 48.

desinstitucionalización, con plazos fijos y presupuestos suficientes, a fin de eliminar todas las formas de aislamiento, segregación e institucionalización⁷⁰.

La inexistencia de efectores de rehabilitación con base en la comunidad también ha sido constatada por la justicia argentina. En 2015, en el marco de la causa “*SAF c. Estado Nacional y otros s/amparo*”⁷¹, el Estado Nacional y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fueron condenados a crear una red de dispositivos comunitarios alternativos a la internación para todas las personas que se encontraran internadas en hospitales monovalentes por razones sociales.

El caso fue iniciado en 2014 con el objetivo de lograr la externación de 4 personas que -aunque contaban con el alta médica- no podían ser externadas de hospitales psiquiátricos dependientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires debido a la inexistencia de dispositivos comunitarios y de todas aquellas personas no individualizadas que se hallaran en la misma situación que los actores iniciales.

Con fecha 15/04/2015, el juez a cargo del caso condenó al Ministerio de Salud de la Nación y al Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adoptar en el ámbito de sus respectivas competencias y atribuciones constitucionales “*las medidas necesarias a efectos de dar efectivo cumplimiento con lo dispuesto por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (Ley 26.378), así como lo previsto por la Ley 26.657, de Salud Mental de la Nación, proveyendo, en particular, dispositivos comunitarios aptos para la continuación del tratamiento de los aquí actores*”⁷², declarando asimismo el derecho de todas las personas que estuvieran en idéntica situación y que así lo acreditaran a recibir el tratamiento de salud mental en las condiciones previstas en la sentencia apelada⁷³.

⁷⁰ *Ibid.*, párr. 97 (g).

⁷¹ “S.A.F., y otros c/ Estado Nacional - Ministerio de Salud y otros s/amparo. Ley 16986” (Expte. 74516/2014), en etapa de ejecución ante el Juzgado en lo Contencioso Administrativo Federal nro. 9.

⁷² Punto 1 del resolutorio.

⁷³ Considerando XIII de la sentencia.



Los demandados apelaron la decisión, y el 21/12/2015, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal confirmó la sentencia, reafirmando su carácter estructural y condenándolos a proveer los mencionados servicios dentro del plazo de 30 días.

A pesar de haber transcurrido casi 3 años de la sentencia, las demandadas no han dado cumplimiento a la manda judicial, y las personas con discapacidad psicosocial -sujetos de tutela preferente en razón de su alta vulnerabilidad- continúan encerradas en manicomios. El Estado aún no ha creado dispositivos que permitan su transición a la vida independiente luego de la institucionalización y su inclusión comunitaria, ni han presentado siquiera un plan adecuado y sustentable tendiente a revertir la problemática estructural de su escasez. En los últimos dos años, y pese a las múltiples presentaciones de la parte actora e intimaciones judiciales, se han limitado a presentar información incompleta, vaga e impertinente para acreditar la ejecución de la sentencia y no han dicho cómo darán satisfacción a la cabalidad de derechos violentados.

El hecho de que el caso continúe en etapa de ejecución y las personas -incluso las individualizadas desde el inicio de la acción, a excepción de una- aún no hayan logrado salir de los hospitales psiquiátricos es prueba contundente de la postura reticente del Estado a cumplir con las obligaciones asumidas en el plano internacional e interno. Mientras la discusión judicial continúa dilatándose, las personas que integran este colectivo continúan sometidas a una forma de vida y a una rutina -estandarizada, rígida y deshumanizante- que no eligieron, que se prolonga contra sus voluntades y que desconoce sus derechos. En lugar de vivir en comunidad, permanecen en centros que funcionan de acuerdo a lógicas de encierro, hacinamiento, maltrato y disciplinamiento.

VI. Conclusiones y petitorio

La magnitud de la problemática descrita y la grave situación de desprotección en la que se encuentran las personas con discapacidad psicosocial demanda un involucramiento activo por parte de la Honorable Comisión. **El cumplimiento y la implementación del derecho a la salud física y mental, a la libertad, a la seguridad y a la integridad personal, a la protección contra la violencia y la tortura, a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad es aún una deuda pendiente en Argentina, cuyas políticas de salud evidencian una actitud estatal a todas luces negligente.**

A lo largo de los años, la CIDH ha venido abordando la situación de especial vulnerabilidad en que se encuentran las personas con discapacidad en las Américas y, a través de sus diferentes mecanismos, ha reiterado a los Estados su deber de especial protección hacia a este grupo. En particular, la Comisión ha advertido que entre los múltiples desafíos que enfrentan las personas con discapacidad suele encontrarse su vulnerabilidad ante situaciones de tortura y malos tratos, especialmente si están privadas de libertad, y la carencia de servicios comunitarios que garanticen su vida en comunidad⁷⁴.

La exposición de este tema en el marco de una audiencia le permitirá a la Comisión conocer de modo directo la grave situación de vulneración de derechos en la que se encuentran las personas usuarias de los servicios de salud mental y las múltiples formas de discriminación que enfrenta esta población en Argentina, y encauzar entonces acciones adecuadas para la protección y garantía de sus derechos. **La violación de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial tiene actualmente un carácter sistémico y estructural, y en tal sentido, el abordaje de esta problemática por parte de la Comisión es imperioso para que el manicomio deje de ser una respuesta a este tipo de padecimientos y sea reemplazado por dispositivos que garanticen la rehabilitación y la vida en comunidad.**

⁷⁴ <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2017/195.asp>



Es por ello que solicitamos la aprobación de esta audiencia temática -en los términos del artículo 66 del Reglamento de la CIDH- en donde las organizaciones firmantes presentaremos a la Comisión información detallada y consideraciones sobre las líneas en las que podría desarrollar su trabajo en este tema.

Sin otro particular, lo saludamos con nuestra más distinguida consideración.

Asamblea Permanente de Usuarixs y Sobrevivientes de los Servicios de Salud Mental

(APUSSAM)

Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ)

Asociación por los Derechos en Salud Mental (ADESAM)

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)

Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL)

Comisión Asesora de Discapacidad de la Universidad Nacional de Lanús

Confluir Usuarixs en Acción por el Derecho a la Salud Mental

Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR)

Xumek