



SALA B



**Políticas de
salud mental**



Introducción

Uno de los estándares fundamentales, amparado por el plexo normativo vigente en materia de salud mental, establece que las personas privadas de su libertad o internadas involuntariamente deberán estarlo el menor tiempo posible, siempre y cuando se haya constatado por un equipo interdisciplinario la presencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Por lo tanto, todo encierro sin criterio de internación se constituye en una grave vulneración de derechos. Pese a esto, el *Censo nacional de personas internadas por motivos de salud mental*, desarrollado en 2019 por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), arrojó resultados alarmantes: sobre un relevamiento de 12.035 casos, sólo el 36% presentaba criterio de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Lo grave del diagnóstico realizado por la propia autoridad de aplicación es que se considera que el plazo promedio de internación es de 8 años.

En 2020, el Estado argentino debería haber cumplido el plazo fijado en la ley 26.657 para que los lugares de encierro prolongado por razones de salud mental sean sustituidos por una red de dispositivos comunitarios. Dicho incumplimiento fue reconocido oficialmente cuando la entonces degradada Secretaría de Salud de Nación dictó su resolución 3250/19: establecía, en carácter de mera recomendación, que las instituciones con internación monovalente en salud mental tenían un nuevo plazo (el 31 de agosto del 2020) para presentar planes de adecuación hasta la sustitución definitiva, y otorgando para ello un período de 3 años (prorrogable por un año más).

En miras de lo establecido por la normativa, en el incipiente proceso provincial de transformación, sustitución y cierre de los manicomios, el objetivo primordial del programa de Salud Mental de la CPM es el monitoreo sistemático de los lugares de encierro en los que se encuentren personas con padecimiento mental, considerando fundamental la observancia de organismos autónomos de control con perspectiva de derechos humanos. En función de dicho monitoreo, podemos afirmar que aún están lejos los objetivos planteados en la ley: en la provincia de Buenos Aires, los manicomios e instituciones afines siguen siendo efectores mayoritarios en materia de salud mental y espacios de vulneración de derechos.

En las inspecciones realizadas durante 2016-2019, se constataron nuevamente torturas, tratos crueles e inhumanos o degradantes: abusos sexuales, golpes, regímenes de aislamiento extremo, sujeciones mecánicas sin protocolizar y con personal insuficiente (personas esposadas a camas sin indicación médica), falta de comunicación con referentes afectivos, condiciones materiales

inhumanas, y falta de acceso a la justicia y a una defensa especializada (incumplimiento del artículo 22 de la ley 26.657)¹. Los tratamientos se caracterizan todavía por prácticas no consentidas y carentes de interdisciplina. Las personas internadas manifiestan en las entrevistas que cuentan con escasas posibilidades para insertarse en procesos sustentables de externación, y son las primeras en denunciar la falta de dispositivos sustitutos al manicomio y de programas de externación.

A nivel general, pese a lo establecido en el artículo 5 de la ley provincial 14.580, el Ministerio de Salud continúa sin cumplir con la elaboración de un plan provincial de salud mental participativo, interdisciplinario e intersectorial. A partir del monitoreo ejercido desde la CPM podemos afirmar que la falta de construcción de información es un claro indicador de la deficiencia en la planificación de la política pública en materia de salud mental. El Estado desconoce (o no informa) cuestiones fundamentales: cuántas personas se encuentran privadas de su libertad por razones de salud mental, cuántas instituciones monovalentes privadas alojan a dicha población, cuántos dispositivos son necesarios para garantizar externaciones sustentables. En extremo, desconoce también cuántas personas mueren en estas instituciones y por qué causas.

En el presente capítulo se describen los diagnósticos construidos a partir de lo relevado en los diferentes espacios privativos de la libertad de las personas con padecimiento mental. Y se intentará avanzar en un análisis más profundo con el objeto de responder a la pregunta de si algunos colectivos específicos de personas con padecimiento mental sufren vulneraciones adicionales; es decir, cómo sufren el sistema de la crueldad los postergados dentro de los postergados.

En el Informe anual 2019 se avanzó en un primer análisis de la situación de las mujeres con padecimiento mental encerradas en los manicomios bonaerenses, porque “no es lo mismo ser loca que loco”² en una sociedad patriarcal. Esta vez se avanzará en un análisis pormenorizado de las personas con padecimiento mental que entran en conflicto con la ley penal. A su vez, se expondrá y analizará en profundidad la grave situación que viven las niñas, niños y adolescentes con padecimientos mentales. También se señala la persistencia del doble estándar de derechos con respecto a las personas con consumo problemático: en general no se los admite en los servicios de salud mental, entonces se siguen atendiendo en dispositivos especializados, en su gran mayoría a cargo de OnG’s o privados, en los que la autoridad de aplicación no ejerce su función de fiscalización.

1 Ley 26.657, Artículo 22. La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

2 Eslogan construido por el colectivo Autogestión libre-mente, agrupación comunitaria en salud mental de Santiago, Chile.



1. Información sobre salud mental en la provincia

1.1. Deficiencia en la información pública y construcción de datos por parte de los organismos de control

Una de las funciones del Ministerio de Salud como autoridad de aplicación de la ley nacional de salud mental (en adelante LNSM) es la construcción de información³. Sin embargo, hace por lo menos cuatro años que no se publican datos centralizados y fehacientes relativos a la salud mental en la provincia de Buenos Aires.

Frente a la deficiente presencia del Estado provincial en la construcción y centralización de información, los organismos de control nos abocamos a la tarea de relevar datos fundamentales para pensar la salud mental provincial, bajo la convicción de que no hay forma de planificar y ejecutar una política pública sin datos. Frente a la evidente desidia de la autoridad de aplicación, iniciamos esta tarea remarcando que se estaba supliendo una función del Ministerio de Salud y la gravedad que esto implicaba.

Desde la CPM se relevan y sistematizan datos desde hace tres años a través del pedido individual a cada hospital, tanto monovalente como especializado, para conocer dimensiones básicas sobre la población internada. Por otro lado, en el 2017 se inició un proceso para la obtención de información en sintonía con la LNSM desde el comité de monitoreo y seguimiento (CMS) del Órgano de Revisión Local de la ley de salud mental (ORL)⁴. Este proceso incluyó la construcción de un instrumento de recolección de datos, reuniones entre las autoridades de los monovalentes, los integrantes del ORL y el Ministerio de Salud con el objetivo de clarificar los criterios y el análisis de los datos enviados. En esta instancia se apuntó a reforzar la importancia de la producción de información de calidad para la evaluación de decisiones específicas y de políticas públicas generales. Hay una responsabilidad primaria de los hospitales en la cadena de generación de datos fiables, por eso se apuntó a conocer

3 Artículo 35.- Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

4 Desde el ORL se constituyeron comisiones de trabajo. Una de ellas es el Comité de Monitoreo y Seguimiento (CMS). En el 2019 estuvo conformado por integrantes de la Secretaría Ejecutiva del ORL, programa de Salud Mental de la CPM, Colegio de Psicólogos y Psicólogas, Observatorio Social Legislativo y Movimiento por la desmanicomialización en Romero (MDR).

cuáles son las limitaciones con las que se encuentran (técnicas, de recursos). Sin embargo, también es fundamental la existencia de un criterio unificador y transversal que debe provenir de las instancias superiores del Ministerio de Salud. Quedó en evidencia una total desarticulación a nivel provincial: cada hospital tiene su propio sistema de registro de datos, en su mayoría obsoletos; no disponen de recursos tecnológicos que faciliten el registro sino que utilizan computadoras antiguas que no permiten exportar datos y dificultan cualquier tipo de actualización.

La autoridad de aplicación no explicitó ninguna estrategia planificada para unificar los registros con un criterio común y acorde a la ley. La desarticulación y fragmentación de información se traduce en la deficiente planificación y puesta en marcha de políticas públicas que evidenció la última gestión provincial. Los registros de los hospitales no se adecúan a los parámetros de la ley, y se debieron revisar y reafirmar cuestiones conceptuales muy básicas como, por ejemplo, la definición de internación voluntaria o involuntaria, las internaciones por razones sociales o de vivienda, externaciones y reinternaciones, entre otras.

El resultado final de este proceso de relevamiento de información fue una presentación en el último plenario intersectorial del año 2019, con la presencia de la nueva gestión, donde se esbozó un análisis sobre la situación de la salud mental en la Provincia según los datos recolectados.

Desde el CMS se obtuvieron y analizaron dos tandas de datos relativas a los monovalentes provinciales, una del período que va de julio de 2017 a julio de 2018 y otra que va de julio de 2018 al mismo mes de 2019; los datos que se expondrán son relativos a este segundo período. Por otro lado, desde la CPM se obtuvieron datos anuales que se extienden hasta el último día del 2019; esta diferencia en el corte temporal implica que algunos datos entre ambas fuentes no coinciden, sin embargo, se pueden obtener algunas aproximaciones.

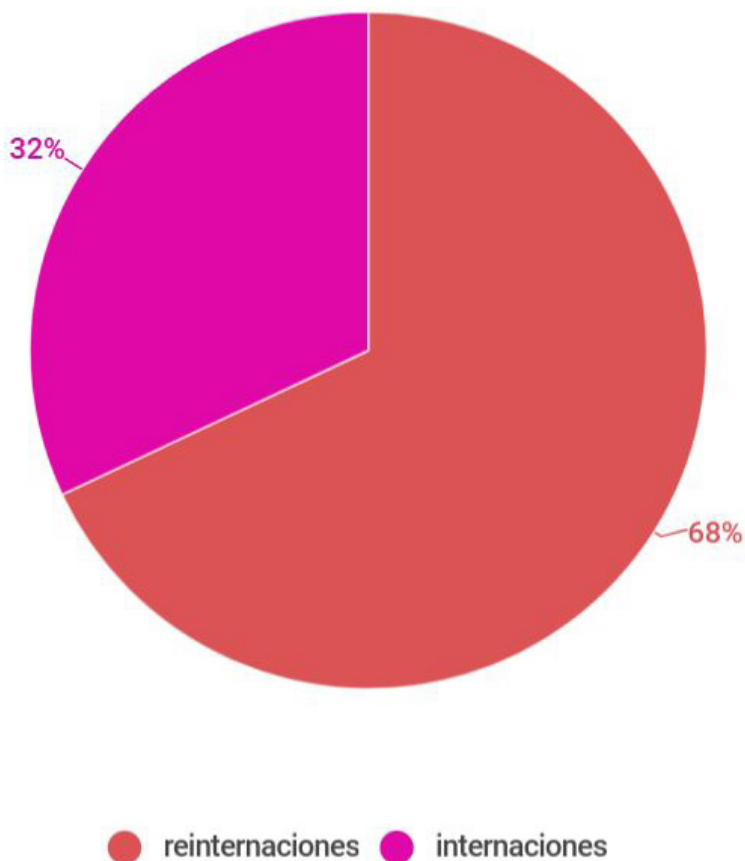
En este apartado desarrollaremos lo obtenido desde ambas fuentes de información, complementariamente, teniendo en cuenta que actualmente hay disponibilidad de información que era desconocida hasta el momento.

1.2. Ingresos a los monovalentes provinciales

En principio se relevaron varias dimensiones relativas a los ingresos a los hospitales: la cantidad total de personas internadas, la modalidad y extensión temporal de las internaciones, qué porcentaje son reinternaciones y ciertas características de la población.

Durante el 2019 el total de personas internadas en los monovalentes fue de 1.785, según lo informado por cada hospital a la CPM. Hubo una disminución de la población internada con respecto al año 2018, cuando fue de 1.844. Sin embargo, es fundamental cruzar esta lectura con otros datos como externaciones, reinternaciones, derivaciones y fallecimientos. Del total de los ingresos a los cuatro hospitales monovalentes (2.004), durante 2019, el 68% fueron reinternaciones. Como se destacó en el informe anterior con respecto al hospital Cabred, el monovalente más grande de la Provincia, se evidenció que las externaciones no son sustentables en tanto se realizan hacia un afuera que carece de redes de apoyo y dispositivos alternativos y esto redundo en un alto porcentaje de reinternaciones.

Gráfico 1. Ingreso a los cuatro hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, según tipo, 2019



Fuente: CPM en base a información proporcionada por los hospitales monovalentes. Base: 2.004 ingresos.

Otro dato importante es la modalidad de las internaciones: desde la CPM se relevó que el 82% (866) de las internaciones en los monovalentes son involuntarias y desde el CMS se relevó un dato similar. Uno de los conflictos que surgió fue en relación a las internaciones por razones sociales o de vivienda, ya que la primera tanda de datos arrojó una cantidad llamativamente alta de internaciones voluntarias. Al consultar a las autoridades de los hospitales tomamos conocimiento de que se contabilizaron como voluntarias aquellas internaciones en las que las personas permanecían en el hospital sin presentar riesgo cierto e inminente, solo por no disponer de vivienda, recursos o redes de contención en el afuera.

El criterio indiscutible para la conceptualización de una internación como voluntaria o involuntaria es la letra de la ley. Los plazos planteados en la normativa no están bajo discusión para categorizar una internación, es decir que una persona puede internarse voluntariamente pero una vez transcurridos los 60 días indicados como plazo en la ley debe darse intervención al ORL y a un juez para la consideración de esa internación como involuntaria con los requisitos y garantías que se le exigen. Todas las instituciones integrantes del CMS coincidimos en la gravedad que reviste este error de categorización: no sólo restringe el acceso del usuario a la justicia (es decir, a que un órgano judicial controle la legalidad de su internación) sino que además soslaya la responsabilidad del Estado. En este punto la ley es muy clara: si la prolongación de la internación es por problemáticas sociales, el juez debe ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión de la persona en programas

sociales y dispositivos específicos y su externación a la brevedad. Para garantizar los derechos de estas personas se debe dar intervención a diferentes subsectores del Estado, de ahí la gravedad de cambiar el concepto de la internación de “razones sociales” a “voluntaria”, ya que redundaría en la violación de derechos fundamentales de usuarios y usuarias.

Una persona institucionalizada hace años a la que se le pregunta si *quiere* seguir permaneciendo en el hospital no puede contabilizarse como una internación voluntaria, máxime cuando la otra opción es un exterior sin redes y sin apoyo del Estado. Un manicomio nunca puede ser el lugar que se le dé a *elegir* para pasar el resto de su vida.

Otra de las dimensiones relevadas fue el tiempo de internación, teniendo en cuenta lo que plantea la ley en relación a que la internación sea lo más breve posible en tanto recurso terapéutico restrictivo. Con respecto a esto se relevó:

Tabla 1. Cantidad de usuarios por tiempo de internación según hospital, año 2019.

Tiempo de internación	Cabred		Esteves		Taraborelli		Korn	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
1 mes a 1 año	269	36%	188	31%	15	41%	82	18%
1 año a 3 años	143	19%	67	11%	2	5%	19	4%
más de 3 años	329	44%	354	58%	20	54%	348	78%
Total	741	100%	609	100%	37	100%	449	100%

Fuente: CPM en base a información remitida por los hospitales monovalentes al CMS del ORL de la provincia de Buenos Aires.

Como conclusión podemos decir que, de la totalidad de la población internada en los cuatro monovalentes, el 69% permanece internado por más de un año y el 57% por más de 3 años, es decir que más de la mitad de los usuarios y usuarias atraviesa internaciones prolongadas; el hospital A. Korn es el que tiene el mayor porcentaje de internaciones prolongadas, en tanto el 82% se encontraba internado por más de un año.

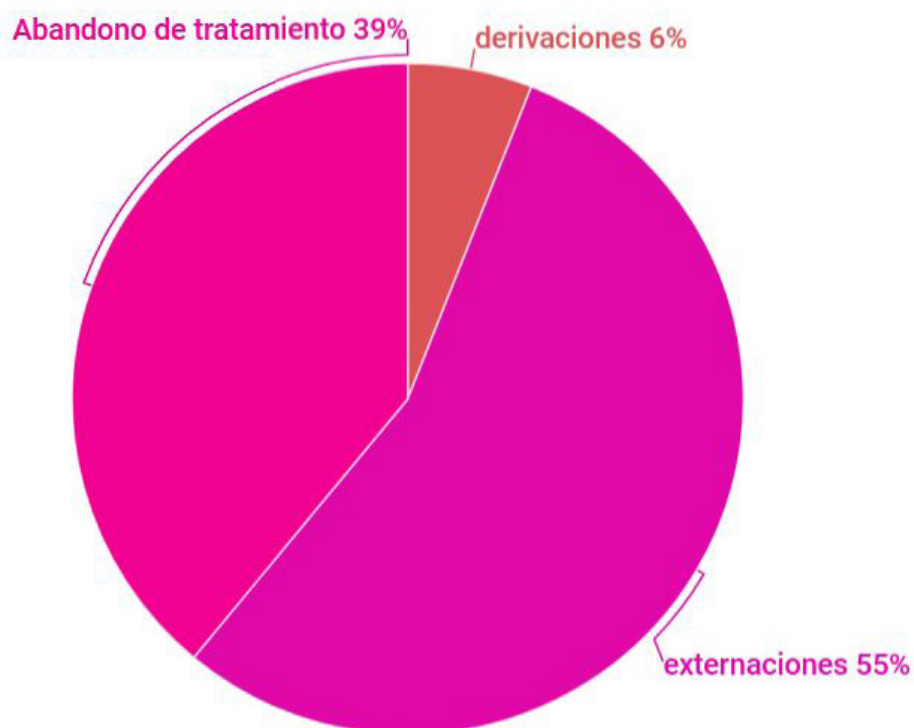
Por último, desde la CPM se relevó el rango etario de la población internada en 2019. Se observa que el 71 % de la población tiene entre 30 y 64 años. En el hospital Cabred, el 61% de los usuarios alojados tiene entre 30 y 54 años, y en el Esteves (único monovalente que aloja exclusivamente a mujeres) el 58% de las usuarias tiene entre 45 y 69 años. Vemos que las mujeres internadas tienden a ser mayores en edad que la población masculina. En el hospital Taraborelli casi la mitad de los usuarios (47%) tiene menos de 40 años, y es el hospital que aloja a población más joven en términos proporcionales: en dicha franja, Cabred presenta 30%, Korn 16% y Esteves 14%.

1.3. Egresos de los monovalentes provinciales

En otro orden se relevaron dimensiones vinculadas a todos los egresos de los monovalentes: las externaciones y también otros movimientos que signifiquen la salida del hospital, como abandono del tratamiento o derivaciones a otras instituciones. A los egresos mencionados se suma el número de fallecidos para contemplar la reducción de la población internada.

Del total de los egresos de los monovalentes provinciales (1.886), más de la mitad se deben a externaciones. Si se cruza este dato con el elevado porcentaje de reinternaciones se evidencia que esas externaciones no son sustentables porque una alta proporción de esas personas que egresan vuelven al hospital. También se relevó que muchas de las externaciones no implican que el usuario o usuaria atraviese por un proceso de externación. Este fue otro punto problemático en el proceso de relevamiento de datos realizado por el CMS, en tanto hubo varias instancias en las que se tuvo que aclarar a qué nos referimos cuando hablamos de externación y que la inclusión aislada de una persona internada en un taller bajo ningún punto puede concebirse como un proceso de externación. Cuando se habla de este proceso se hace referencia a una estrategia planificada que apunte a la deconstrucción de lógicas manicomiales arraigadas en los sujetos y a la construcción de redes con el contexto comunitario: el afuera al que va a arribar la persona externada. Ese afuera debe concebirse constituido por los apoyos que cada persona va a necesitar: contención vincular, inclusión en dispositivos comunitarios alternativos al manicomio, garantía de la medicación necesaria para el sostenimiento de un tratamiento ambulatorio si así lo requiere, acceso a subsidios becas u otros programas que ayuden al sustento económico.

Gráfico 2. Egresos de los hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, según motivo, 2019 (valores porcentuales).



Fuente: CPM en base a información proporcionada por los hospitales monovalentes. Base: 1.886 egresos.

Estas son las posibles vías de salida de un monovalente público: la externación, la derivación o el abandono de tratamiento que adquieren características particulares al interior de cada hospital.

Tabla 2. Externaciones, abandono de tratamiento, derivaciones a otras instituciones y total de egresos, por hospital, 2019 (valores porcentuales)

Egreso	Cabred	Estévez	Taraborelli	Korn	Total
Externación	33%	79%	68%	76%	55%
Abandono de tratamiento	62%	17%	21%	16%	39%
Derivación	5%	4%	11%	9%	6%

Fuente: CPM en base a información proporcionada por los hospitales monovalentes. Total egresos: 1.886.

Del total de egresos de los cuatro hospitales durante 2019, el 55% (1.040) fue a través de externaciones. Ese porcentaje varía al interior de cada uno, por ejemplo, en el Cabred solamente el 33% fue externado, ya que la mayoría (62%) egresó por abandonar el tratamiento. En el informe anual anterior se expusieron las serias deficiencias del servicio de rehabilitación y externación asistida de este hospital, donde la falta de recursos humanos era un indicio de que no se priorizaba la externación en el monovalente más grande de la Provincia.

Otra de las dimensiones relevadas desde el CMS fue la inclusión de usuarios y usuarias en dispositivos de externación siendo beneficiarios/as de subsidios, becas u otros programas que son fundamentales en ese momento.

Tabla 3. Cantidad de usuarios y usuarias según estado de situación por cada hospital, año 2019.

	Cabred	Esteves	Taraborelli	Korn	Total	% sobre total de usuarios
Incluidos/as en dispositivos de externación	200	105	0	113	508	29%
En lista de espera para incorporarse a dispositivos de externación	29	31	0	48	108	6%
Con beneficio SUPEBA	69	38	5	69	181	10%
En condiciones de recibir beneficio SUPEBA pero al momento no lo reciben	1	72	20	50	143	8%
Becas, programas u otros ingresos	271	0	24	0	295	17%

Fuente: CPM en base a información remitida por los hospitales monovalentes al CMS del ORL de la provincia de Buenos Aires.

Del total de usuarios internados hasta junio de 2019, solo el 29% se encontraba incluido en un dispositivo de externación, un porcentaje bajo si se piensa que el objetivo debería ser la externación.

Es muy bajo el porcentaje de personas internadas que reciben el beneficio SUPEBA⁵ o algún otro tipo de ingreso, fundamentales para el sostenimiento de la externación y que la persona tenga condiciones de vida dignas. Llamaron la atención los datos del hospital Taraborelli informando que ningún usuario está incluido en dispositivos de externación, y el hospital Esteves que informó que ninguna usuaria recibe becas, programas u otros ingresos.

A un año de haberse cumplido el plazo establecido por la ley y el decreto reglamentario para la transformación, sustitución y cierre de los monovalentes, hay nuevamente una gran falencia en términos de externaciones. Si bien cada hospital tiene una política institucional propia, no se evidencia una política pública general en salud mental que priorice las dimensiones necesarias para cumplir con este plazo. No sólo no se han fortalecido los dispositivos alternativos existentes y prácticamente no se han creado nuevos, sino que además hay una inacción con respecto a la población internada por razones sociales o de vivienda que constituye un porcentaje significativo de la población que podría ser des institucionalizada. Según se relevó en el CMS, hay un 17% de usuarios y usuarias que se encuentran en los hospitales por falta de recursos económicos para afrontar la externación y casi el 70% de la población internada carece de vivienda en el afuera.

No es posible pensar en la transformación, sustitución y cierre de los manicomios y en garantizar los derechos de las personas con padecimiento mental sin un Estado comprometido a priorizar el tema y tomar decisiones estructurales, más allá de lo discursivo, sosteniendo el cambio de paradigma mediante políticas públicas, saberes y prácticas (Zaldúa y otras, 2011).

1.4. Muertes en el marco de internaciones por razones de salud mental

En los últimos informes anuales se expusieron las cifras de usuarios y usuarias fallecidas en el marco de la internación, y se denunció el incumplimiento de la normativa que insta a la investigación de esas muertes y regula la forma de registrarlas. Otra deuda pendiente en relación a la construcción de información: el Ministerio de Salud bonaerense sigue desconociendo u ocultando la cantidad de personas que mueren cada año en las instituciones tercerizadas de salud mental.

Al igual que los últimos años, se obtiene información del registro de la Subsecretaría de Derechos Humanos de la SCJBA a partir de las notificaciones que recibe de los juzgados intervinientes en la internación de las personas fallecidas, tanto del ámbito público como privado. Complementariamente se solicita información a los hospitales públicos y se combinan ambas fuentes para obtener una cifra de las muertes producidas en ambos subsectores. Se analizan estos datos destacando, una vez más, la gravedad que reviste la ausencia de cifras oficiales.

Se contabilizaron 150 personas fallecidas en el marco de internaciones por razones de salud mental, en 2019. Esta es una cifra preliminar ya que -debido a la demora con la que se reciben las notificaciones de la SCJBA- se siguen sumando muertes (por ejemplo en el informe anterior se informó un total de 176 fallecimientos ocurridos en 2018 y desde entonces hasta la fecha se sumaron otros 35). Esta situación dificulta la comparación de cifras anuales.

Sin embargo, más allá de la comparación de cifras, es preocupante la falta de avance en este tema. Sigue sin darse cumplimiento a la resolución 15/2014⁶ del ORL nacional que insta a que

5 Subsidio en el marco del Subprograma de externación de salud mental bonaerense asistida, creado en 2016.

6 La resolución 15/2014 fue aprobada por el Órgano de Revisión Nacional conjuntamente con el documento anexo denominado Muertes en instituciones monovalente de salud mental.

cada muerte se investigue en plazos razonables e introduciendo el factor encierro como potencial determinante del fallecimiento. Dicha resolución también insta a que se indaguen las acciones y omisiones vinculadas a las condiciones de internación según el Protocolo de Estambul de la ONU. Para iniciar con el análisis, del total de muertes contabilizadas el 59% fueron hombres y el 41% mujeres. Con respecto a la edad, más de la mitad tenía entre 40 y 69 años. Si comparamos los datos correspondientes a los años 2017, 2018 y 2019 en términos porcentuales vemos que la incidencia del rango 50-59 presenta un descenso continuo mientras que el rango 60-69 hace lo contrario, sube año a año. Se observa la misma tendencia en el caso de los rangos 70-79 y 90 o más. Es decir que habría aumentado la incidencia de las muertes de personas de mayor edad⁷.

Tabla 4. Personas fallecidas en el marco de internaciones por razones de salud mental según rango etario, provincia de Buenos Aires, 2019

Rango etario	Cantidad	Porcentaje
19-29	6	4,1%
30-39	7	4,8%
40-49	13	8,9%
50-59	22	15,1%
60-69	43	29,5%
70-79	33	22,6%
80-89	13	8,9%
90 o más	9	6,1%
Total	146	100%

Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Base: 146 casos con dato de edad (97% del total).

Si analizamos la distribución de las muertes según el tipo de institución en el que se produjeron, se desprende que el 59% se produjeron en instituciones del sector público y el 39% en el subsector privado⁸. La mayor cantidad se concentra en los hospitales públicos monovalentes y especializados, representando el 51%.

⁷ Hay que tener en cuenta que entre las notificaciones recibidas se encuentran las muertes de adultos mayores institucionalizados en geriátricos de la provincia. Por lo cual el porcentaje de rangos etarios altos disminuye si se excluye del cálculo a este tipo de instituciones.

⁸ En tres casos se desconoce el lugar de fallecimiento. Es esperable que se incremente la proporción de muertes en ámbitos privados a medida que se remitan las notificaciones de la SCJBA, considerando la demora de cada año.

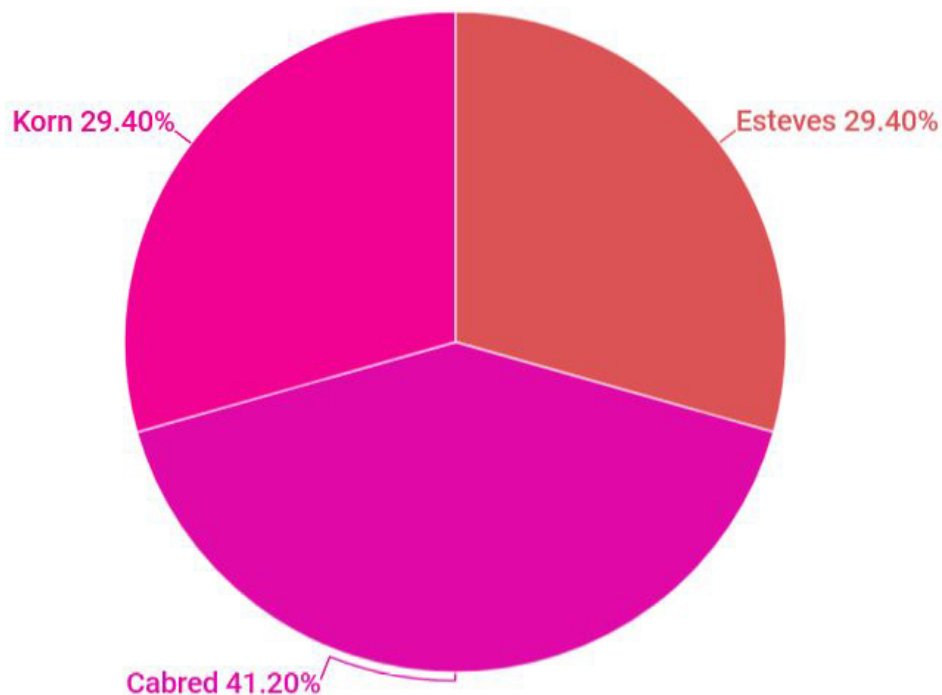
Tabla 5. Personas fallecidas en el marco de internaciones por razones de salud mental según tipo de institución, provincia de Buenos Aires, 2019

Tipo de institución	Cantidad	Porcentaje
Monovalente público	75	51%
Monovalente privado	32	22%
Geriátrico privado	22	15%
Polivalente privado	4	3%
Geriátrico público	5	3%
Especializado público nacional	8	5%
Comunidad terapéutica privada	1	1%
Total	147	100%

Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Base: 147 casos. Base: 147 casos con dato de lugar de muerte. La categoría “monovalente público” incluye hospitales monovalentes y especializados.

Desagregando los cuatro monovalentes provinciales se contabilizan 68 fallecimientos, que representan el 45% del total. Murieron 39 hombres y 29 mujeres y el 34% era menor a 60 años. El gráfico muestra la distribución en tres de los monovalentes ya que en el hospital Taraborelli no se registraron fallecimientos y se destaca que, al igual que en el 2018, el hospital Cabred es el que registra mayor cantidad de muertes.

Gráfico 3. Personas fallecidas en el marco de internaciones por razones de salud mental, según lugar de internación, provincia de Buenos Aires, 2019 (valores absolutos y porcentuales).



Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Base: 68 casos.

Este año se adicionaron como dimensión de análisis las regiones sanitarias de origen de las personas internadas y aquellas regiones en las que se produjo la muerte. Se observa que el 39% se produjo en la región VII, seguida por la XI con el 23% de los casos y luego la VI con el 18%. Este dato es fundamental cuando hablamos de abordaje comunitario: el objetivo es analizar si las personas deben internarse y en el peor de los casos morir lejos de su comunidad, o directamente en otra región sanitaria, por la falta de dispositivos en la propia zona de origen.

Tabla 6. Personas fallecidas en el marco de internaciones por razones de salud mental según región sanitaria de la institución, provincia de Buenos Aires, 2019

Región Sanitaria	Cantidad	Porcentaje
Región VII	57	39%
Región XI	33	23%
Región VI	27	18%
Región V	17	12%
Región IV	6	4%
Región III	2	1%
Región XII	2	1%
Región II	1	1%
Región X	1	1%
Total	146	100%

Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Base: 146 casos en los que se conoce el lugar de muerte.

La causa de muerte sigue siendo una falencia en los registros. Tal como se expresó en informes anteriores, en términos generales se incumple con lo normado por la resolución 1825 del Ministerio de Salud respecto a la confección de certificados de defunción. Esta normativa apunta a regular la confección con un criterio uniforme a través de un manual que responde al modelo internacional promovido por la OMS, indicando que debe iniciarse por la causa inmediata, a continuación las intermedias y en último lugar la causa inicial o fundamental (causa originaria de la cadena causal). Sin embargo, en las instancias compartidas con las autoridades de los monovalentes desde el CMS, se constató que cada hospital tiene un registro propio. Se decidió ampliar la solicitud de información con respecto a este punto con el objetivo de conocer el proceso que se da una vez producida la muerte.

Está suficientemente difundido que no deben registrarse como causas a los modos de morir que son inespecíficos en tanto no dicen nada sobre las causas del fallecimiento (ejemplo: paro cardio-respiratorio); sin embargo, se reitera esta irregularidad. En el 36% de los fallecimientos se registraron este tipo de causas y en un 7,3% directamente no hay datos sobre la causa de muerte.

Tabla 7. Personas fallecidas en el marco de internaciones por razones de salud mental, según causa de muerte, provincia de Buenos Aires, 2019

Causa de muerte	Cantidad	Porcentaje
Problemas de salud	77	51%
Sin especificar ⁹	54	36%
Sin dato ¹⁰	11	7%
Bronco aspiración	4	3%
Otra	4	3%
Total	150	100%

Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Base: 150 casos. En “otra” se considera accidente en la vía pública e incendio.

Esta falencia es mayor en los fallecimientos ocurridos en establecimientos privados (62), de los cuales en el 60% de los casos no se especifica la causa de muerte.

Tabla 8. Causa de muerte informada de las personas fallecidas en el marco de internación por razones de salud mental, según tipo de institución, provincia de Buenos Aires, 2019 (valores nominales y porcentuales).

Causa de muerte	Sector público	Sector privado	Total
Problemas de salud	54	23	77
	61%	37%	
Sin especificar	17	37	54
	19%	60%	
Sin dato	9	2	11
	10%	3%	
Bronco aspiración	4	0	4
	5%	0%	
Otras	4	0	4
	5%	0%	
Total	88	62	150

Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Base: 150 casos.

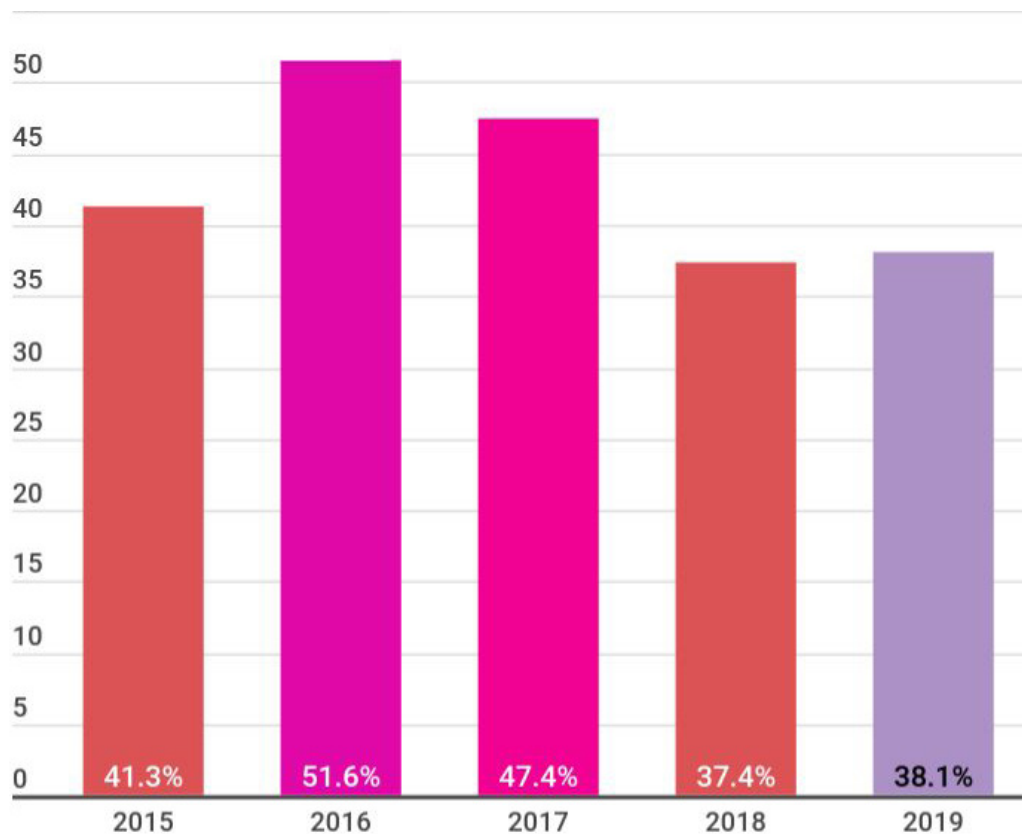
Una lectura horizontal de este cruce de variables muestra que el 70 % de las muertes por problemas

9 Se consigna “sin especificar” cuando la fuente refiere a las causas inmediatas de la muerte, paro cardio-respiratorio, muerte súbita, etc.

10 “Sin dato” se utiliza cuando no existe comunicación oficial sobre la causa de muerte.

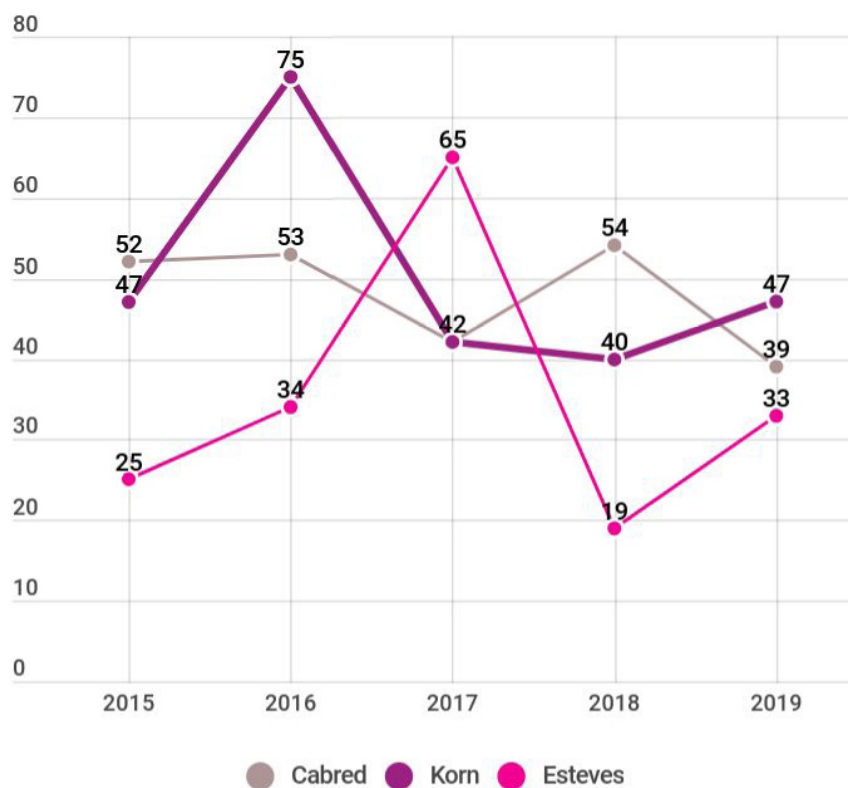
de salud (cuadros clínicos que se agravan o son desatendidos y llevan a la muerte) ocurren en el sector público. Cada año es una constante la falta de información relativa al subsector privado y el 2019 no fue la excepción. En el proceso de relevamiento de información del CMS se registraron los fallecimientos ocurridos en los monovalentes provinciales. Este fue otro punto problemático que llevó a una ampliación de la solicitud de información, en tanto se encontraron registros de causas de muerte totalmente irregulares (por ejemplo, se informó como causa de muerte “hipotiroidismo”). El registro de las causas de muerte es fundamental para la investigación de cada fallecimiento. Sería uno de los elementos a tener en cuenta para ponderar la incidencia de determinados factores institucionales vinculados a condiciones materiales de internación, modalidad de abordaje, régimen de vida, falta de atención médica, entre otros.

Gráfico 4. Tasa de muerte en los 4 hospitales monovalentes de salud mental, provincia de Buenos Aires 2015-2019 (cada mil personas internadas).



Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires.

Gráfico 5. Tasas comparadas de muertes en tres hospitales monovalentes de salud mental, provincia de Buenos Aires, 2015-2019 (cada mil personas internadas).



Fuente: CPM en base a datos proporcionados por la SCJBA y hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires.

Vemos que hay una variación significativa respecto de las tasas de muerte en cada hospital (excepto en el Taraborelli): de un año a otro la cantidad de personas fallecidas aumenta o disminuye de manera extrema. No se puede analizar esta intermitencia aisladamente: es fundamental considerar la muerte en un monovalente como el final de un proceso en el que tienen clara incidencia las condiciones materiales e higiénicas de alojamiento, la desatención de cuadro clínicos (sea por falta de personal, de recursos o por descreer de la palabra del usuario o usuaria cuando comunica síntomas), el régimen de vida, entre otras dimensiones que hacen a la vida adentro del manicomio.



2. Monitoreo de hospitales monovalentes

A 10 años de la sanción de la LNSM, no se implementaron políticas públicas que contemplen un plan provincial de salud mental adecuado a los estándares nacionales e internacionales en materia de derechos humanos.

Durante 2019 se inspeccionaron los hospitales monovalentes José Esteves de Temperley, y José Ingenieros y Ramos Mejía, ubicados en Melchor Romero, a la vez que se ha dado continuidad a la tarea sostenida en la mesa judicial propiciada por acción judicial en el hospital Alejandro Korn de Romero.

En cuanto al hospital Esteves, desde el año 2014 se encuentra abierta una causa judicial donde se denuncian diferentes situaciones de violaciones de derechos humanos relevadas. Como ya se han informado en publicaciones anteriores los avances y retrocesos surgidos a partir de este seguimiento, se destacan dos aspectos centrales denunciadas en 2019: las condiciones materiales de internación y su adaptación a la reglamentación específica para la población que aloja, y la muerte de una usuaria enmarcada en la ausencia de profesionales y políticas anti-siniestros.

En el año 2019 monitoreamos el hospital y propusimos y acompañamos la realización de pericias en seguridad e higiene. La CPM requirió que se supervisen las condiciones materiales y que sean adaptadas a las características particulares de la población que aloja y a las necesidades propias de cada sala (incluidos recursos humanos).

En junio se produjo la muerte de una usuaria que se encontraba internada en la sala Ayerza del hospital. La muerte está siendo investigada por la UFI 8 de Lomas de Zamora y se produjo en el marco de una autoagresión de la usuaria. La enfermera de turno intentó sacarla pero no pudo, estaba sola y debió elegir entre socorrer al resto de las usuarias que también estaban en la sala. Esta situación pone en evidencia dos cuestiones: las condiciones y necesidades de apoyo que necesitan las usuarias en las salas, y la intervención del Poder Judicial posterior a la muerte. La primera cuestión: es pertinente enunciar las necesidades y recursos que deben existir en salas donde las mujeres están atravesando un proceso agudo del cuadro de salud mental. Cuando se genera el hecho, sólo había una enfermera para 26 mujeres. Esto imposibilita que en una situación extrema el personal pueda ocuparse de todas a la vez. En este sentido, se considera fundamental frente al siniestro no sólo la presencia de colchones ignífugos y matafuegos sino también la correcta capacitación a usuarias y personal sobre su uso, y el número adecuado de profesionales y personal

que pueda hacer frente a la situación de crisis.

En cuanto a la segunda cuestión, la justicia intervino caratulando el hecho como averiguación de causales de muerte. La CPM realizó una presentación a la fiscalía interviniente para que se considere un hecho de violencia estatal, en tanto la institución no había cumplido con el deber de cuidado y las medidas tendientes a preservar la vida de las usuarias internadas a su disposición. No se trata de hechos aislados sino de las condiciones de habitabilidad que, sumadas a la escasez de profesionales para el número de usuarias, son determinantes para producir este tipo de fallecimientos.

Por otra parte, se solicitó que se entreviste a las usuarias presentes, testimonios que muchas veces no son tenidos en cuenta precisamente por el prejuicio y desvalorización de su palabra a causa de su padecimiento mental. En este aspecto, sugerimos la implementación de protocolos acordes que permitan a las mujeres dar testimonio a partir del acompañamiento y apoyo de un equipo adecuado. Si bien la causa continúa en investigación, estos dos ejes ponen en escena la centralidad de las condiciones materiales y de apoyo en los lugares de internación. No obstante durante la gestión anterior las salas del hospital Esteves tuvieron ciertas mejoras edilicias, y consecuentes mejoras en las condiciones de vida, se siguió registrando la falta de dispositivos sustentables de externación. Entendemos que las dos cuestiones deben ser parte de un plan provincial que contemple el mejoramiento de las condiciones y el respeto de los derechos de las y los usuarios/as durante las internaciones, pero también apuntalar un sistema comunitario como eslabón central para impedir nuevas internaciones.

En 2019 también se monitorearon los hospitales especializados en problemas ligados a la discapacidad Ramos Mejía e Ingenieros; el primero aloja mujeres a partir de 18 años y el segundo varones desde los 18 años. En ambos lugares el promedio de internación de las personas supera ampliamente los 10 años. Generalmente, las instituciones para la población que necesita apoyo total o moderado adoptan una forma asilar donde la externación deja de ser un objetivo por la falta de dispositivos en el afuera, por la ausencia de recursos humanos o referentes familiares y la falta de dispositivos de contención y cuidado. Con dicha población suelen realizarse abordaje bajo dos lógicas: la infantilización y el abandono basado en la no mejoría del cuadro.

Esto imposibilita pensar estrategias de autonomía graduales que tengan como horizonte la externación. A su vez, resulta difícil encontrar instituciones de apoyo, comunitarias o de medio camino que incluyan a esta población, quedando así relegados a la institucionalización y la trans-institucionalización. Generalmente, se trata de usuarios/as que pasan desde instituciones de niñez a otras de adultos. Las personas alojadas en estos ámbitos no reciben una atención adecuada para la mejora de sus condiciones de vida, y padecen violaciones a sus derechos humanos durante toda la vida.



3. Inadecuación del sistema penal a la ley de salud mental

En el presente apartado daremos cuenta de la situación de las personas con padecimiento mental que han entrado en conflicto con la ley penal. Pese al tiempo de dictado de la ley 26.657, resulta notoria aún la falta de adecuación de la normativa penal al espíritu y naturaleza de la misma, priorizando criterios de seguridad por sobre los de salud. En este marco, advertimos la nula aplicación de la ley por parte de los operadores del Poder Judicial, lo que conlleva a una grave vulneración de derechos. La población en cuestión permanece alojada mayoritariamente en las cárceles de la provincia de Buenos Aires, aunque también encontramos casos en hospitales monovalentes y comunidades terapéuticas. Desde el programa, se realiza el monitoreo y relevamiento de información sobre los dos principales lugares de encierro punitivo de la provincia: la Unidad 34 y la Unidad 45 de Melchor Romero, dependientes del Servicio Penitenciario Bonaerense.

Estas cárceles mal llamadas psiquiátricas son espacios en los que no se respetan los principios fundamentales de la LNSM, y se relevaron prácticas de tortura vinculadas al aislamiento, sobre medicación, falta de seguimiento en los tratamientos farmacológicos, ausencia de estrategias interdisciplinarias de abordaje, entre otras. Al igual que en el resto de las cárceles, el acceso a la salud es mediado por el Servicio Penitenciario, y la atención es realizada por profesionales que escasamente respetan la ley de derechos del paciente y de salud mental. Estos espacios no se encuentran preparados para abordar cuadros agudos ni para sostener tratamientos de personas con padecimientos crónicos.

A continuación daremos cuenta de la falta de adecuación normativa, detallaremos específicamente la situación judicial de la Unidad 34 y desarrollaremos uno de los casos emblemáticos relevados que muestra todos los postulados descriptos.

3.1. Medidas de seguridad

Los hospitales monovalentes, comunidades terapéuticas y otros dispositivos están vinculados a un tipo de privación de libertad que no encuentra su fundamento en la infracción a una norma contenida en una ley penal, sino que se funda —al menos debería fundarse— en un eminente criterio de salud, y con fines protectorios y terapéuticos.

Ahora bien, existe otro instituto legal que habilita la privación de libertad ambulatoria con motivo, por

lo general, de un padecimiento subjetivo del orden de la salud mental: las medidas de seguridad previstas por el art. 34 del Código Penal. Como primera aproximación, puede afirmarse que tampoco se imponen en términos de responsabilidad ante la infracción del mandato o la prohibición de contenidos en una norma de naturaleza penal, pero sí como su consecuencia. Esto es así pues, sin perjuicio de la comisión de la acción ilícita y antijurídica, no resulta atribuible a la persona por resultar ésta incapaz de culpabilidad como consecuencia del padecimiento mental¹¹ porque ha impedido la comprensión de la criminalidad de sus acciones, o bien la ha imposibilitado a motivar su conducta en esa comprensión. En consecuencia -he aquí lo relevante- el legislador que en el año 1921 sancionara el Código Penal facultó en esos supuestos al tribunal a ordenar la reclusión de la persona en un “establecimiento adecuado” hasta que se comprobase la desaparición de las condiciones que lo hicieran “peligroso”.

En la doctrina jurídico penal y desde un enfoque tradicional, Sebastián Soler explica que ante la existencia de sujetos hasta los cuales la amenaza penal no puede alcanzar porque carecen de un mínimo de capacidad de comprensión y ante la necesidad de corregir esas deficiencias individuales o inocuizar al sujeto en particular, existiendo peligrosidad en el sujeto inimputable, con un fin de prevención especial corresponde someterlo a determinadas medidas que a la par que curativas tengan la función de asegurar el bienestar social (Soler, 1987: 462 y ss.).

Por su parte, Carlos Creus sostiene que las medidas de seguridad son procedimientos sustitutivos de la pena que, si bien reconocen otros mecanismos de asignación (ya que el mecanismo de retribución basado en la culpabilidad queda descartado), tienden también a cumplir fines de prevención especial, aplicables a determinado círculo de autores que tiende a impedir que el sujeto vuelva a adoptar conductas semejantes (Creus, 1996: 12 y ss.).

Ambos explican la existencia de un *sistema dual* en donde la aplicación de medidas de seguridad responde a una lógica distinta a la imposición de la pena, persigue fines distintos y tiene un contenido diferenciado. De conformidad a esta doctrina

...las medidas de seguridad se apoyan en la peligrosidad y no en la culpabilidad, por cuya razón se mantiene la distinción con la pena, aspecto que significa la aplicación del sistema dualista: en principio, las medidas de seguridad se aplican sobre la base de la peligrosidad a quienes jurídicamente están incapacitados para ser receptores de la pena precisamente porque faltan en ellos los requisitos de la culpabilidad, con lo cual el delito deja de ser la razón de la imposición para convertirse en su circunstancia ocasional de fijación (Gouvert, 2012: 758 y ss.).

Se basa en un pronóstico, es decir, en un juicio futuro y no en un juicio hacia el pasado.

Desde una postura evidentemente distinta, Zaffaroni, Alagia y Slokar anticipan su posición y llaman a las pretendidas medidas de seguridad “las penas por no delitos”. Sostienen que como el poder punitivo no tiene límites aplica penas también a los sujetos que no han cometido ningún delito: “ante todo los locos y lunáticos, por su comportamiento imprevisible que deben ser recluidos en una prisión especial para ellos, los manicomios”. Denuncian la vigencia del conocido “fraude de etiquetas”, según el cual se nombra eufemísticamente de un modo distinto a un instituto que en realidad no es más que lo mismo o peor que la aplicación pura y dura de una pena privativa de libertad tratando de disfrazar su carácter. Y concluyen que:

...las llamadas medidas de seguridad para las personas incapaces de delito que protagonizan

¹¹ El art. 34 refiere a la insuficiencia de facultades, las alteraciones morbosas y los estados de inconsciencia.

un conflicto criminalizado implican una privación de libertad por tiempo indeterminado que no difiere de una pena más que en su carencia de límite máximo y, por ende, por la total desproporción con la magnitud de la lesión jurídica causada (Zaffaroni, Alagia y Slokar, 2005: 51 y ss.).

En suma, el artículo 34 del Código Penal habilita al juez a ordenar la reclusión sin un plazo determinado durante el cual, en principio, la persona no saldrá del lugar de detención hasta que pueda constatarse la desaparición del peligro de daño a sí mismo o a terceros.

3.2. Jurisprudencia de la CSJN

La tensión constitucional que genera el pretendido sistema dual en el marco de un Estado de derecho ha sido examinada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en ocasión de pronunciar sentencia en casos en los que ha sido cuestionada, fijando pautas interpretativas que prevén límites y aclaran supuestos de difícil adecuación. Para comenzar, y siguiendo la jurisprudencia internacional, se ha manifestado en contra del ejercicio del poder punitivo del Estado en base a la consideración de la mera peligrosidad de las personas. Partiendo de la jurisprudencia de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en el caso *Fermín Ramírez vs. Guatemala*:

...la valoración de la peligrosidad del agente implica la apreciación del juzgador acerca de las probabilidades de que el imputado cometa hechos delictuosos en el futuro, es decir, agrega a la imputación por los hechos realizados, la previsión de hechos futuros que probablemente ocurrirán... Sobra ponderar las implicaciones, que son evidentes, de este retorno al pasado, absolutamente inaceptable, desde la perspectiva de los derechos humanos... (CIDH Serie C N° 126).

En un Estado que se proclama de derecho y tiene como premisa el principio republicano de gobierno:

...la Constitución no puede admitir que el propio Estado se arrogue la potestad —sobre humana— de juzgar la existencia misma de la persona, su proyecto de vida y la realización del mismo, sin que importe a través de qué mecanismos pretenda hacerlo, sea por la vía del reproche de la culpabilidad o de la neutralización de la peligrosidad, o si se prefiere mediante la pena o a través de una medida de seguridad (ver fallos 328:4343, 329:3680, 332:1963)¹².

Con mayor precisión, se impone destacar la doctrina emanada de los precedentes *T.R.A. s/ Internación*” (fallos 328:4832), sentencia del 27 de diciembre de 2005, y *R.M.J. s/Insania* (fallos 331:211) del 19 de febrero de 2008. En el primero se fijaron los alcances de la garantía judicial del debido proceso, estableciendo que es esencial en resguardo de los derechos fundamentales de las personas sometidas a una internación psiquiátrica involuntaria, en virtud del estado de vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y abandono en el cual se encuentran frecuentemente quienes son sometidos a tratamientos de esta índole, erigiéndose como esencial el control por parte de los magistrados de las condiciones en que se desarrolla.

Se destaca, particularmente en este último aspecto, el rol esencial que la CSJN asigna al control por parte de los magistrados de las condiciones de internación cuando se fundan con motivo de un padecimiento del orden de la salud mental, por la especial vulnerabilidad en que se encuentra la

¹² Es importante destacar que, si bien en los casos citados las medidas de seguridad cuestionadas no se vinculaban al art. 34 del C.P. sino a otro tipo de medidas de seguridad previstas en el ordenamiento jurídico, la doctrina emitida en relación al criterio de “peligrosidad” como fundamento de su aplicación, resulta plenamente aplicable a aquellas.

persona. Ello lleva a la Corte a zanjar la recurrente cuestión de competencia que surge entre el juez que resuelve sobre la capacidad civil en el proceso de su determinación y el juez con competencia para controlar la internación, cuando los ámbitos territoriales no coinciden, a favor de este último magistrado, fundando tal decisión en el deber de control directo y personal del órgano judicial. El segundo destaca por el particular estatus constitucional que reconoce al colectivo de personas con padecimiento mental privadas de su libertad al establecer que:

...la debilidad jurídica estructural que sufren las personas con padecimientos mentales -de por sí vulnerable a los abusos- crea verdaderos “grupos de riesgo” en cuanto al pleno y libre goce de los derechos fundamentales, situación que genera la necesidad de establecer una protección normativa eficaz, tendiente a la rehabilitación y reinserción del paciente en el medio familiar y social en tanto hoy nadie niega que las internaciones psiquiátricas que se prolongan innecesariamente son dañosas y conllevan, en muchos casos, marginación, exclusión y maltrato y no es infrecuente que conduzcan a un “hospitalismo” evitable.

Este pronunciamiento de la CSJN, dictado con carácter previo a la sanción de la LNSM (2010), se anticipó al cambio de paradigma la ley ha fijado con carácter general. En este caso la Corte (si bien con carácter de *obiter dicta*) con alcance general sostuvo que:

...los pacientes institucionalizados, especialmente cuando son reclusos coactivamente -sin distinción por la razón que motivó su internación-, son titulares de un conjunto de derechos fundamentales, como el derecho a la vida y a la salud, a la defensa y al respeto de la dignidad, a la libertad, al debido proceso, entre tantos otros, sin embargo, deviene innegable que tales personas poseen un estatus particular, a partir de que son sujetos titulares de derechos fundamentales con ciertas limitaciones derivadas de su situación de reclusión. Frente a tal circunstancia desigual, la regla debe ser el reconocimiento, ejercicio y salvaguardia especial de esos derechos de los que se derivan los deberes legales del sujeto pasivo —sea el Estado o los particulares— y que permiten, a su vez, promover su cumplimiento.

Con relación a la justificación de una internación, se alejó del criterio de peligrosidad como sostén jurídico y promovió la aplicación del estándar de riesgo de peligro de daño en los siguientes términos:

Toda internación involuntaria en los distintos supuestos en que un juez puede disponer un encierro forzoso debe, a la luz de la normativa vigente, sustentarse exclusivamente en el padecimiento de una afección mental susceptible de internación en tanto, en un contexto terapéutico, represente la posibilidad de evitar que se concreten actos dañosos graves, inmediatos o inminentes para esa persona o para terceros (Principios de Salud Mental, 16.1.a) o bien que la terapéutica requiera ineludiblemente el aislamiento del paciente durante algún tiempo; de este modo, la razonabilidad de la internación depende de su legitimación. (...) Los principios de legalidad, razonabilidad, proporcionalidad, igualdad y tutela judicial de las condiciones de encierro forzoso —sea por penas, medidas de seguridad o meras internaciones preventivas y cautelares de personas sin conductas delictivas con fundamentos muchas veces en la peligrosidad presunta y como una instancia del tratamiento— actualmente se ven fortalecidos y consolidados en la Constitución Nacional (arts. 16, 17, 19, 33, 41, 43 y 75, inc. 22 y 23), instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional y otros convenios en vigor para el Estado Nacional.

Este pronunciamiento mantiene una vigencia inusitada luego de más de diez años de su dictado. Y sus postulados claman por su inmediata y adecuada aplicación. Es lamentable corroborar que

la claridad y contundencia de los preceptos construidos por la Corte, intérprete última de nuestra Constitución, no hayan logrado permear las decisiones que adoptan a diario los juzgados de ejecución bonaerenses (a cargo del control de ejecución de las medidas de seguridad en el ámbito local) desconociendo los estándares jurídicos debidos, con referencias dogmáticas genéricas y sustentados en informes criminológicos que obstinados insisten legitimando la aplicación de la categoría de “peligrosidad”.

En conclusión, puede afirmarse que la CSJN, no obstante haber confirmado la constitucionalidad de las medidas de seguridad, al establecer esta serie de principios en su jurisprudencia dota al instituto de un alcance razonable y aporta pautas para la interpretación que debieran servir de guía para las decisiones de los jueces, en tanto incorpora una lectura de los principios y postulados del derecho internacional de los derechos humanos.

3.3. La situación en la provincia de Buenos Aires

Casi quince años después del referido precedente “T.R.A. s/Internación”, la Suprema Corte de Justicia provincial (SCJBA) dictó sentencia en la causa P.126.897, caratulada G.J.F.A. s/Recurso extraordinario de inaplicabilidad de ley en causa N° 69.983 del Tribunal de Casación Penal, Sala IV, el 17 de abril de 2019, expidiéndose por primera vez sobre el modo en que deben aplicarse los principios de proporcionalidad y razonabilidad al régimen de medidas de seguridad; afirmando que es necesario que éstas tengan un tope máximo de duración; y fijando pautas interpretativas posibles para ello, apartándose de la literalidad del art. 34 del Código Penal en cuanto prevé para el cese de la medida de seguridad el estándar de desaparición del peligro y examina el caso a la luz de lo resuelto por la Corte nacional en los fallos “R.M.J.” y “T.R.A.” (Pérez Duhalde, 2019).

En esta importante sentencia que, en principio, fijaría la doctrina legal de la SCJBA en la materia (con la relevancia que ello conlleva en nuestro derecho local) destaca el voto minoritario de la jueza Hilda Kogan, particularmente en una propuesta de tinte exhortativo que propuso al acuerdo ordenar a la Subsecretaría de Derechos Humanos de las Personas Privadas de la Libertad la elaboración de un protocolo para llevar a cabo el control de las medidas de seguridad y, lo que resulta más importante, compatibilizar su ejecución con la LNSM. En esta porción de su voto, después de fundar su criterio sobre por qué en el caso no había existido un adecuado control de la ejecución de la medida de seguridad, propuso que:

...a los fines de compatibilizar la ejecución de las medidas de seguridad del art. 34 del Código Penal con los nuevos parámetros fijados por la ley 26.657, corresponde a esta Corte, a través de la Subsecretaría de Derechos Humanos de las Personas Privadas de la Libertad, elaborar un protocolo para llevar a cabo el control de este tipo de medidas, en particular, en lo que se refiere al efectivo cumplimiento de los derechos mínimos previstos en el art. 7 de la citada ley.

Recordemos que el artículo 7 de la ley 26.657 enumera en una larga lista de 17 incisos los derechos reconocidos por el Estado a las personas con padecimiento mental.

Esta propuesta de fijar como criterio de ejecución de la medida de seguridad los estándares emanados de la LNSM (independientemente de que ello resulte exigible por imperio del principio de supremacía constitucional) traza una proyección estratégica de cara a unificar el criterio de los jueces de instancia que deciden sobre la suerte de la inmensa mayoría de casos de medidas de seguridad. No solo a nivel de asistencia y tratamiento en los sitios de privación de la libertad, sino

particularmente para evaluar los límites de sostenimiento en el tiempo estrictamente vinculados a la categoría de riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros dictaminados por un equipo interdisciplinario e imparcial y con carácter periódico.

Si bien lo propuesto por Kogan no recibió favorable acogida por el resto del Tribunal, con fecha 30 de octubre de 2019 se dictó en el ámbito de superintendencia de la SCJBA la resolución 2914-19 que aprueba el texto del *Protocolo de actuación para supuestos de personas incapaces de culpabilidad en conflicto con la ley penal. Fijación de tope máximo de duración de las medidas de seguridad. Ámbito de competencia de los fueros de familia y penal*. Este protocolo implica un avance positivo en la materia porque fija pautas de evaluación y disposiciones comunes para las así llamadas “internaciones” previstas en el Código Procesal Penal de la Provincia, a tenor de lo previsto por el artículo 34 del CP. Se destaca que, cuando fija las pautas para el control (punto II), refiere sólo a las normas del Código Procesal Penal y de la ley de ejecución penal, sin hacer mención al artículo 7 de la LNSM. La única referencia a esta última la encontramos en su inciso 4, en cuanto manda notificar de lo actuado al ORL. Fija las pautas para establecer el tope máximo de duración de las medidas de seguridad y su cese, establece como criterio la existencia de riesgo cierto e inminente de daño para sí para terceros, y finalmente, pauta la intervención del fuero de Familia ante el agotamiento del plazo y continuación del riesgo.

El contenido de la sentencia y este protocolo resultan auspiciosos ante la confusión y arbitrariedad que reinan en la definición de los criterios interpretativos a aplicar en el control y cese de las medidas de seguridad. No obstante, debe destacarse que, si bien el protocolo refiere al estándar de riesgo cierto e inminente previsto por la LNSM, repite una y otra vez el concepto de “peligrosidad” generando confusión e incluso contradicción. Era necesario dejar debida constancia de la obligación de aplicar los estándares legales, jurídicos y de derechos humanos fijados por la LNSM en el marco de la ejecución y cese de las medidas de seguridad. Si bien esto se impone por estar contenido en la Constitución nacional y las leyes vigentes, la Provincia aún debe adaptar sus prácticas institucionales y, sobre todo, sus pronunciamientos jurisdiccionales al debido acatamiento y recepción de dicho paradigma. Lo referido es inoportuno por tardío: la SCJBA demoró 15 años para resolver por aproximación lo que la CSJN había resuelto en 2005. Por otro lado, demoró nueve años desde la sanción de la LNSM para dictar un pronunciamiento medianamente acorde a sus postulados.

3.4. Experiencias, relevamientos y dificultades

3.4.1. Establecimientos (in)adecuados

Sin ánimo de reiterar aquí lo dicho oportunamente en relación al monitoreo de las Unidades 34 y 45 del SPB, resulta importante destacar que según lo previsto por el art. 34 del Código Penal las personas sujetas a medidas de seguridad debieran ser alojadas en “establecimientos adecuados”. La ley 12.256 de ejecución penal bonaerense regula la materia en sus artículos 79 y 154. Cuando regula el régimen penitenciario correspondiente a las personas procesadas, el 79 establece que serán internados en el “instituto neuropsiquiátrico de seguridad” los imputados que se encuentren presuntamente comprendidos en el art. 34 inc. 1 del Código Penal cuya internación haya sido ordenada por el juez para verificar la existencia de una enfermedad mental. El art. 154 establece que “los condenados que presenten “trastornos mentales graves” serán internados en secciones separadas especializadas del Servicio Penitenciario, donde en condiciones de seguridad apropiada

se desarrollará el programa asistencial que requiera cada caso; si de la tarea diagnóstica surge la existencia de una patología que exigiera una cobertura de mayor complejidad, se dispondrá el alojamiento en el “instituto neuropsiquiátrico de seguridad”.

En los hechos, el SPB aloja a las personas con padecimientos mentales independientemente de su situación procesal; en la Unidad 34 (varones) y en el anexo psiquiátrico de la Unidad 45 (mujeres). En general, nada diferencia a estas unidades de cualquier otra cárcel del SPB, salvo algunas prácticas de crueldad particular. Estos establecimientos no resultan adecuados para el alojamiento de personas con padecimientos de salud mental por el simple hecho de que las prácticas institucionales no se ajustan a los requerimientos de un ámbito asistencial o de salud, sino que replican las mismas lógicas constatadas en el resto de las unidades carcelarias y que provocan graves violaciones de derechos humanos. Sin perjuicio de ello, debe destacarse que la mera existencia de un “instituto neuropsiquiátrico de seguridad” se opondría frontalmente a lo normado por el art. 27 del decreto reglamentario 603/2013, en cuanto prevé la sustitución definitiva de dispositivos monovalentes de acuerdo con el Consenso de Panamá adoptado por la conferencia regional de salud mental convocado por la Organización Panamericana de la Salud y su adecuación o sustitución por dispositivos comunitarios.

3.4.2. “Incapacidad sobreviniente” e internación provisoria

De conformidad a las normas que rigen la materia (particularmente lo previsto en los artículos 1, 25 inc. 6 y 517 del Código Procesal Penal), para ser impuestas las medidas de seguridad requieren la previa observancia de las normas relativas al juicio y, una vez impuestas, su control se encuentra a cargo del juez de ejecución penal.

En primer lugar, se advierte que la modificación introducida al art. 1 del CPP por la ley 14.296 crea ciertas dificultades interpretativas. En sus fundamentos, se afirma que el fin de la incorporación de este instituto fue “fortalecer la jurisdiccionalidad y el derecho de defensa, así como la garantía del juicio previo, [por lo que] se excluye expresamente la posibilidad de imponer medidas de seguridad sin previamente cumplir con los recaudos del juicio”.

Ahora bien, el juego de los artículos 63 (prevé la suspensión de la tramitación de la causa ante la “incapacidad mental” sobreviniente) y el 168 (prevé la internación provisoria dispuesta por el juzgado de garantías en un establecimiento asistencial al constatar la grave alteración o insuficiencia de sus facultades mentales, que lo tornan peligroso para sí o para los demás) dan cuenta de una evidente contradicción con el requerimiento previsto en el art. 1, o al menos de la grave carencia de claridad del sistema creado. Con la grave dificultad de que en este último instituto la persona que es sujeta a una internación provisoria se encontraría impedida de pedir el control del “tope máximo” de conformidad a “G.J.F.”, por no haber sido sometida a las formas del juicio; o quizás sí, pero es evidentemente muy confuso. ¿Podría una persona sujeta a una internación provisoria, ante la merma del peligro de daño, solicitar la incorporación al régimen de externaciones transitorias o altas a prueba? ¿Podría solicitar el cese de la medida sin verse compelida a enfrentar el juicio? ¿Qué magistrado controla la ejecución de la medida de internación provisoria? Varias de estas dificultades han sido constatadas con los más variados resultados en la labor de monitoreo.

Resulta necesario que una futura reforma regule un régimen armónico en el que prime el criterio adoptado por el art. 1, que aparece como más respetuoso de la doctrina fijada por la CSJN reconociendo el derecho al debido proceso.

3.4.3. Revisión periódica y en audiencia de la medida de seguridad

Otra de las reformas introducidas por la ley 14.256 es haber dado carácter obligatorio a la revisión periódica en audiencia oral de las medidas de seguridad. Esto según surge de los fundamentos de la propia ley:

...en tanto y en cuanto revisten un evidente carácter punitivo análogo a la pena, pero con el agravante que resultan indeterminadas en cuanto a su duración, de modo tal que aparece como sustancial propender a un seguimiento y control jurisdiccional intenso destinado a evaluar con debida periodicidad la subsistencia de los extremos de peligrosidad que dan base a la medida.

Con esos argumentos se reformó el art. 3 de la ley de ejecución, que ahora prevé expresamente que las decisiones del juez de ejecución, cuando se trate del cese provisorio o definitivo de las medidas de seguridad, se adoptarán oralmente, previa audiencia pública y contradictoria con la participación del imputado, su defensa y el fiscal, y se labrará un acta.

Del mismo modo se reformó el art. 24 estableciendo que el juez de ejecución debe revisar la pertinencia de mantener la medida de seguridad con una periodicidad no mayor a 6 meses, a cuyo efecto regirán las disposiciones del art. 3. Si se determinase que ha cesado la peligrosidad a que se refiere el artículo 34 inc. 1 del Código Penal, deberá disponerse la libertad inmediata del detenido. Asimismo, previo informe que justifique y fundamente que ha disminuido la peligrosidad de absueltos y sobreseídos, podrá disponerse su inclusión en un régimen terapéutico de externaciones transitorias o altas a prueba, o la continuidad del tratamiento específico en otros establecimientos especializados y/o su egreso con el alta definitiva. Esto conlleva un problema más estructural que aún arrastra una debida implementación del acusatorio en el proceso penal bonaerense, a tenor de lo normado por el art. 105 del Código en cuanto prevé que cuando el juez o tribunal deba resolver planteos o peticiones que tengan que ser debatidos o requieran la producción de pruebas se podrá convocar a una audiencia para que las partes formulen sus alegatos oralmente, debiendo adoptar las resoluciones judiciales de la misma forma dentro del término legal correspondiente. Esta disposición tiende a profundizar la oralidad y la inmediación en el proceso penal, pero resulta de difícil aplicación.

La complejidad del art. 3 de la ley de ejecución es que no establece una facultad para el juez o la jueza sino un deber de celebrar la audiencia pública y contradictoria. Este artículo es incumplido en forma sistemática por los jueces de ejecución que, en muchos casos, directamente no conocen personalmente a las personas detenidas a su disposición, y no las reciben en comparendo ni en audiencia aun cuando sea de carácter obligatorio según la norma procesal. El incumplimiento se traduce en una clara vulneración de derechos y una violación a la garantía de acceso a la justicia. El magistrado que adopta la decisión lo hace sin escuchar ni dar la posibilidad de explicar puntos de relevancia, ni ejercer su defensa personal. Esto, en casos en los que los informes criminológicos no son contundentes o son contradictorios, resulta una gravísima falta para aproximarse a la mejor solución del caso.

Otro tanto debe decirse de las enormes dificultades para tramitar la revisión de las medidas de seguridad, proceso en el que intervienen las defensorías de ejecución penal, las fiscalías, el asesor de incapaces y la curaduría, con sus vistas y traslados. Considerando los plazos que insumen los traslados a las sedes penitenciarias o asesorías periciales departamentales para las entrevistas con los profesionales que dictaminan sobre la situación particular, si los turnos que se otorgan

coinciden o no con los días en que las unidades penitenciarias realizan los traslados y si hay móviles disponibles, los informes de evaluación criminológica de los grupos de admisión y seguimiento y los informes de Salud Penitenciaria es muy común que las decisiones se demoren más de un año y que además a la hora de fundarse remitan a unos u otros dictámenes que suelen ser contradictorios e imprecisos. El control sobre el mérito de las conclusiones no puede ser sostenido en una audiencia pública y contradictoria porque los jueces no las celebran, todo lo cual parece justificar la adopción de un protocolo como el propuesto por la SCJBA, aun cuando no parece solucionar estos problemas. A esto se suma una particular dificultad: la carencia en la formación de los funcionarios judiciales y los empleados en aspectos vinculados al campo de la salud mental. Este desconocimiento de los principios que deben regir la materia se potencia con el desconocimiento de las instituciones que intervienen en la gestión pública.

Por eso se celebran iniciativas como la de la Defensoría General de Lomas de Zamora que ha creado una secretaría de inimputables encargada de la defensa técnica de las personas sujetas a medidas de seguridad, y cuenta con un mayor grado de conocimiento de los principios e instituciones específicas que regulan la materia.

3.5. La situación judicial en la Unidad 34 de Melchor Romero: clausura de los pabellones de aislamiento

En abril de 2018, a partir de una de las inspecciones a la Unidad 34, se interpuso una acción de habeas corpus ante el Juzgado de Garantías 5 de La Plata, a cargo de Marcela Garmendia, debido al notable agravamiento de las condiciones de detención, particularmente de los pabellones de separación del área de convivencia y de sanidad. En la acción se solicitaron, entre otras medidas de prueba, la evaluación interdisciplinaria de las personas en los pabellones indicados en función de los parámetros que establece la LNSM, la aplicación del Protocolo de Estambul y la inmediata clausura de las celdas de aislamiento. Dos días después, el juzgado rechazó la acción basándose únicamente en la información proporcionada por el SPB y omitiendo dar cumplimiento a aspectos sustanciales de la presentación, como la producción de prueba y la celebración de la audiencia prevista en el procedimiento (CPM, 2019: 248-252). Lo alarmante fue que Garmendia se constituyó en la Unidad y afirmó “no haber constatado las anomalías expuestas en la presentación original”. Notificados de la resolución, interpusimos un recurso de apelación que recayó en la Sala II de la Cámara de Apelación y Garantías; en agosto de 2018 se resolvió hacer lugar al recurso interpuesto revocando lo resuelto por el juzgado. Los camaristas consideraron que la naturaleza y entidad de lo expuesto tornaba ineludible la celebración de la audiencia prevista por el CPP. Del mismo modo, entendió que los aspectos denunciados no permitían ser corroborados mediante una visita y la revisión de la nómina de internos sino que ameritaban la adopción de medidas de prueba que permitieran constatar o comprobar la entidad de las condiciones denunciadas. En tal sentido, la Cámara revocó la resolución, indicando al juzgado que cumpla con la audiencia prevista por la normativa y produzca la prueba oportunamente ofrecida.

En mayo de 2019, transcurridos más de 8 meses de la resolución de la Cámara y sin cumplimiento alguno de las medidas ordenadas, la CPM requirió al juzgado que con urgencia fijara fecha de audiencia. En junio se solicitó un pronto despacho ante la ausencia de respuesta. En lugar de proveer lo requerido, el juzgado solicitó al Ministerio de Justicia información respecto a la recomendación

de clausura de las salas de aislamiento de la Unidad 34 realizada por el ORL en la resolución 3/18. Indicó que luego de esta diligencia tendría presente la solicitud de audiencia efectuada. Sin embargo, Garmendia interpondría numerosas dilaciones para, en definitiva, no cumplir con lo ordenado por la Cámara.

Durante todo el período de dilación, la CPM realizó numerosas inspecciones en la Unidad 34, constatando en cada una de ellas la continuidad de las vulneraciones denunciadas oportunamente. En septiembre de 2019 se desarrolló una inspección minuciosa: se recorrió el pabellón SAC entrevistando a cada una de las personas alojadas; se tomaron fotografías y se realizaron mediciones de las dimensiones del lugar; se recorrió la sala de sanidad; se revisaron historias clínicas y se mantuvieron entrevistas con los profesionales presentes. Se confeccionó una nueva acción, detallando punto por punto los agravamientos verificados y requiriendo una vez más al juzgado el cumplimiento efectivo de los ordenamientos de la Cámara. Como consecuencia, Garmendia realizó una nueva inspección ocular, luego de la cual dispuso la clausura provisoria de los sectores de aislamiento y finalmente designó fecha para la celebración de la audiencia. Debió transcurrir más de un año y medio para que la jueza dé cumplimiento efectivo a la presentación primigenia de abril de 2018. Esto infringe con el trámite previsto por la Constitución provincial y el Código Procesal Penal, una dilación indebida motivo de gravedad institucional.

Fue así que recién el 30 de octubre de 2019 se celebró la audiencia en la que participaron integrantes de este programa, el director provincial de Asuntos Contenciosos de la Subsecretaría de Política Penitenciaria del Ministerio de Justicia, la secretaria del complejo penitenciario Melchor Romero, el director de la Unidad 34, la directora de Salud Mental y Adicciones de la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria y una integrante del Gabinete Psiquiátrico Forense. En primer lugar, la titular del juzgado puso a disposición el expediente de la causa 86.470 caratulada “Detenidos alojados en la Unidad Penal Nro. 34 de Melchor Romero, s/Habeas Corpus Colectivo”, acción que había sido interpuesta en 2017 ante la Sala III del Tribunal de Casación Penal por un grupo de detenidos de la Unidad 34, petición luego acompañada por el defensor de Casación Penal Mario Coriolano. En líneas generales, en la acción se planteaba que la privación de libertad transitada por los internos alojados en la Unidad 34 no cumplía con la normativa vigente en salud mental, implicando un agravamiento en sus condiciones de detención. Garmendia entendió que, si bien la acción presentaba un objeto más amplio, se había avanzado en cuestiones centrales como el aislamiento, situación que a la luz de nuestras inspecciones y de la propia visita de la jueza no habían encontrado resolución.

Las partes expusieron su posición y se hizo especial foco en lo que representantes del SPB e incluso profesionales de la salud denominaron como “alojamientos en solitario por voluntad propia”, lo que para ellos justificaba la práctica de aislamiento. Argumentaron que, al presumirse la capacidad de toda persona hasta que una sentencia determine lo contrario, ellos debían “respetar” la voluntad de los detenidos. Esto fue desechado por la CPM. De las entrevistas mantenidas con las personas alojadas en el pabellón SAC (muchas llevaban meses e incluso años), surge que la solicitud de permanecer aisladas era parte del propio padecimiento mental e indicador de que el tratamiento brindado no resultaba adecuado. Se insistió en la prohibición expresa de este tipo de prácticas y en que la persistencia de las mismas constituía concretos actos de tortura contra las personas con padecimiento mental.

Finalmente, el 6 de diciembre de 2019 el juzgado resolvió la clausura del pabellón SAC de forma definitiva (solo podrá volver a utilizarse una vez que sea readecuado ediliciamente para otra

función), y de las salas de aislamiento dentro del pabellón de sanidad. En este lineamiento, se instó a la implementación de las medidas pendientes y conducentes al cese todo tipo de prácticas de aislamiento de personas con padecimientos mentales en la Unidad 34, ya sea como tratamiento, sanción o resguardo de cualquier tipo, sin distinguir su situación procesal. Finalmente, se dispuso la creación de mesas de trabajo entre el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud y la CPM, a los fines de canalizar las acciones pendientes.

Si bien esta clausura es un gran avance para el reconocimiento de los derechos de las personas alojadas en la Unidad 34, preocupa la implementación de estas medidas. Es imperioso que la sentencia pase a una etapa de control judicial, por lo que hemos requerido a la jueza que la misma se acumule al legajo de ejecución 18168 que tramita ante el Juzgado de Ejecución 1 de La Plata, encargado de controlar la sentencia del Tribunal de Casación. Hasta el momento de la confección de este informe, no recibimos resolución alguna.

3.6. Salud mental y encierro carcelario: el caso de Maximiliano Ávalos Vázquez

El caso de Maximiliano Ávalos Vázquez es emblemático en lo que respecta a salud mental y encierro punitivo en la provincia de Buenos Aires. Es un claro indicador de los elementos hasta aquí descriptos: falta de adecuación del sistema penal a la normativa de salud mental, sostenimiento del criterio de peligrosidad, ineficacia de cualquier tratamiento en salud mental dentro de la órbita del SPB, y ausencia de dispositivos acordes para las personas que egresan del ámbito carcelario con medidas alternativas.

3.6.1. Incursión de Maximiliano al sistema penal. Primeros diagnósticos y tratamientos

Maximiliano, actualmente de 38 años, evidenció desde temprana edad problemas de salud mental: comenzó en su infancia-adolescencia a consumir sustancias psicoactivas (cannabis y cocaína), situación que se conformó en un consumo crónico, y tuvo numerosas internaciones en hospitales monovalentes, comunidades terapéuticas y clínicas privadas de la provincia de Buenos Aires.

Este escenario de consumo conllevaría la comisión de diversos hechos ilícitos y la posterior incursión en causas penales. En 2014 su situación cambiaría drásticamente, al imputársele la figura de homicidio agravado, delito por el que sería condenado por el Tribunal Oral Criminal 7 de San Isidro a la pena de 18 años de prisión. En la misma época, Maximiliano atravesaba otro procedimiento penal ante el Tribunal Oral Criminal 3 de San Isidro, en el cual fue declarado inimputable y sobreseído, dándose intervención al fuero de familia para la evaluación de su capacidad jurídica. De haber sido evaluado bajo los mismos parámetros, el Tribunal 7 debería haber sobreseído al joven y ordenado su inmediata internación en base a las consideraciones médicas.

Recientemente, al tener acceso a su expediente judicial, advertimos numerosas irregularidades en la prueba producida en la etapa de investigación y utilizada luego en el debate oral, observando evaluaciones psiquiátricas contradictorias en las que en todo momento se utilizó el criterio de peligrosidad como sustento. No obstante esto, todas eran coincidentes en un diagnóstico: Maximiliano atravesaba un cuadro psicótico agudo, lo que hacía presumir su incapacidad de comprender la ilicitud de los hechos cometidos.

Sin embargo, una vez más, la falta de adecuación del sistema penal al paradigma de salud mental implicó que la condena impuesta comenzara a ejecutarse inmediatamente en el peor de los

escenarios posibles: la Unidad 34 de Melchor Romero.

A partir de esto, la CPM comenzó a intervenir ante el Juzgado de Ejecución Penal 1 de San Isidro, encargado del control de la sentencia. La intervención se centralizó en la falta de abordaje integral pese al complejo cuadro de salud que presentaba el joven, lo que fue denunciado sistemáticamente por su madre y corroborado por la CPM en las inspecciones efectuadas a la unidad. A la afección de salud mental, se agregaron problemas físicos de gran entidad, como el diagnóstico de VIH en 2015, lo que generó un deterioro notable en su estado general.

Se realizaron numerosas acciones judiciales, en las cuales se reflejaba enfáticamente la ausencia de cualquier dispositivo de salud mental en la Unidad, lo que se agravaba por las deplorables condiciones de alojamiento. Maximiliano permaneció al menos tres años consecutivos bajo un aislamiento extremo en el pabellón SAC denunciado en el habeas corpus colectivo (ver apartado 3.5).

3.6.2. El abordaje jurídico y la obtención del arresto domiciliario

El abordaje jurídico del caso presentó una complejidad considerable desde sus inicios. Como se mencionó, Maximiliano fue condenado y, pese a las evaluaciones en salud mental que deban cuenta de su cuadro, no se le aplicó una medida de seguridad. En consecuencia, el SPB no deba evaluar ni informar con periodicidad al juez sobre su estado, como tampoco el resto de las disposiciones contempladas en la normativa.

Durante el transcurso de 2019 se evaluaron diversas estrategias de intervención que consideraban principalmente el deterioro en la salud, puesto que a un adelgazamiento extremo se agregaron episodios convulsivos que incluso motivaron su internación extramuros, con un cuadro agudo con producción psicótica. Esto evidenciaba el fracaso de cualquier tratamiento recibido en la Unidad, lo que permitió entrever que, de continuar en idénticas condiciones, su expectativa de vida era exigua. Se requirió la intervención del ORL que, en enero de 2019, realizó una evaluación contundente sobre Maximiliano determinando que no se encontraba recibiendo un tratamiento acorde a su padecimiento mental: la historia clínica no cumplía con los parámetros legales, había escasas anotaciones de profesionales de psiquiatría y psicología, y una ausencia absoluta de abordaje interdisciplinario. De esta forma, concluyó que el tratamiento era puramente farmacológico, sin fines terapéuticos y recomendó con urgencia un tratamiento en un dispositivo específico de salud que permitiera, en primera instancia, estabilizar el cuadro.

Sin embargo, la situación de Maximiliano continuó igual. En mayo del mismo año se presentó un informe al juzgado, dando cuenta de la situación atravesada por Maximiliano desde su ingreso a la Unidad 34: los años en aislamiento, la sobre medicación, la falta de tratamiento, el deterioro en su salud física. Asimismo, se solicitó la celebración de una audiencia a fin de dar cuenta de la urgente necesidad de que el joven sea abordado en un dispositivo de salud acorde, por el riesgo que corría su vida. Este requerimiento no se concretaría hasta el mes de noviembre y luego de nuevas presentaciones.

En el transcurso de ese tiempo entrevistamos en reiteradas ocasiones a Maximiliano, revisamos su historia clínica y entrevistamos a los profesionales del sector de sanidad, recolectando mayores insumos. Intentamos comunicarnos con su defensa, quien nunca tomó intervención en el caso frente a las situaciones denunciadas por su madre.

El cambio significativo en el caso se motivó precisamente en la resolución dictada en octubre por

el Juzgado de Garantías 5 de La Plata, que dispuso la clausura del pabellón SAC. Esto implicó el realojamiento de todas las personas que permanecían en el pabellón, entre ellas Maximiliano. El 25 de octubre interpusimos de forma urgente un habeas corpus ante el Juzgado, a fin de que haga lugar a los requerimientos que veníamos realizando desde mayo. Mientras la acción era resuelta, mantuvimos contacto diario con la Directora de Salud Mental de la dirección provincial de Salud Penitenciaria y con el equipo tratante en la Unidad, quienes nos informaban el tratamiento brindado, aunque coincidían en la imposibilidad de garantizarlo en un plazo extenso. Asimismo, anticipándonos al resolutorio, nos comunicamos con representantes del Ministerio de Salud a fin de evaluar un posible lugar de internación.

Pese a la inmediatez que supone la acción, la audiencia se celebró recién el 20 de noviembre, luego de insistentes solicitudes. Participaron la defensoría, el fiscal, la asesora de incapaces y la CPM: una vez más, pese a las características de la acción, no se consideró necesaria la presencia de Maximiliano. Luego de que cada una de las partes expusiera su postura (todas coincidentes en las particularidades del caso y el riesgo en la salud del joven), el Juzgado resolvió concederle arresto domiciliario a cumplirse en un hospital psiquiátrico.

En ese momento comenzaron las dificultades en la gestión de un lugar que contara con los requisitos adecuados y que a su vez aceptara un caso de estas características. Finalmente, Maximiliano ingresó al hospital Ramón Carrillo de Malvinas Argentinas, especializado en salud mental. En la actualidad, se encuentra en buenas condiciones de salud y su cuadro ha mejorado sensiblemente.



4. Niñez y juventud en el encierro manicomial

Desde los programas de la CPM abocados a estos temas, hemos monitoreado comunidades terapéuticas que alojan niños/as y jóvenes con padecimiento en salud mental. Se trata de un campo que debiera ser prioritario en términos de políticas públicas y donde se ponen en juego las mayores vulneraciones hacia ambos grupos poblacionales. Los lugares monitoreados son comunidades terapéuticas y centros no estatales sino privados, tercerizados por el Organismo Provincial de Niñez y Adolescencia (OPNyA) y con la fiscalización del Ministerio de Salud.

Nos interesa destacar que “en la infancia los diagnósticos de salud mental se escriben con lápiz” (Untoiglich, 2013), lo que supone no pensarlos como diagnósticos definitivos, etiquetas que marcarán a las personas, sino como momentos de la vida en que requieren un abordaje de su salud mental. Por otro lado, entendemos que las problemáticas de salud mental en la niñez y la juventud se encuentran atravesadas por discursos y prácticas moralizantes sobre lo que deberían ser y cómo deberían ajustarse a las pretensiones institucionales en mayor medida adulto-céntricas.

En el campo de la niñez y juventud, como en el de salud mental, nos encontramos con marcos legislativos de avanzada pero con escasas políticas públicas y presupuesto que les den anclaje; eso genera que dichos principios resulten obsoletos y ganen espacio prácticas privadas con nulo o poco ajuste a la legislación vigente.

4.1. El rol del Ministerio de Salud, autoridad de aplicación de la LNSM

Desde la CPM, en conjunto con las demás instituciones que conforman el plenario del ORL de la provincia de Buenos Aires, se recomendó al Ministerio de Salud la conformación de un área/dirección específica de salud mental infanto-juvenil que implemente el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas públicas y privadas en el tema, delineando un protocolo que contemple la articulación entre el OPNyA, el propio Ministerio y otras carteras ministeriales. Se propuso además que dicha área se ocupe de la sistematización y unificación de datos referentes a internaciones y tratamientos, y de la construcción de un registro de la red de dispositivos de atención en salud mental infanto-juvenil¹³. En la recomendación se le informó a la autoridad de aplicación que se detectó la falta de un registro unificado y sistematizado de internaciones involuntarias, como asimismo la ausencia

¹³ Resolución 01/19 del Órgano de Revisión Local de Salud Mental de la provincia de Buenos Aires.

de fiscalización de la red de recursos privados conveniados con el OPNyA (clínicas psiquiátricas, comunidades terapéuticas, hogares especializados).

Frente a la inexistente articulación entre el Ministerio de Salud y el OPNyA, se planteó que la promoción y el abordaje de la salud mental infanto-juvenil no es una competencia exclusiva de los servicios de salud sino que es intersectorial y multidisciplinar, y que necesita la implicación de los dispositivos de niñez (servicios zonales y locales) y de las regiones sanitarias, dispositivos de salud mental y adicciones.

Se acompañó en dicha resolución un diagnóstico de los principales problemas relevados: los programas y servicios de atención ambulatoria tienen un carácter centralizado, por lo tanto son poco accesibles y no contemplan las dificultades de todos los barrios; las clínicas conveniadas con el OPNyA no se adaptan a cada situación particular, exigiendo que los jóvenes y sus familias se adapten a las instituciones, y ubican a los NNyA en otras localidades sin respetar su centro de vida. En este sentido, el servicio de salud mental del hospital Sor María Ludovica de La Plata señaló, en una nota cursada al ORL, la falta de políticas de articulación entre el Ministerio de Salud y el Organismo de Niñez, dando cuenta de su preocupación por la cantidad de niños, niñas y adolescentes que se encuentran cursando medidas protectorias (alojados en hogares y casas de convivencia) que sufren de algún padecimiento mental, y señalando las dificultades y límites que encuentran para el abordaje de dichos casos. Especialmente, expresaron que no cuentan con las herramientas necesarias para lograr la correcta externación de los usuarios, lo cual genera situaciones de prolongación de internaciones por cuestiones sociales.

4.2. Acceso a la justicia de niñas, niños y adolescentes internadas/os

Los programas de Salud Mental y de Niñez de la CPM participan de la comisión de niñez y adolescencia del ORL, desde la cual se informó a la SCJBA que a la falta de estrategias de articulación entre el Ministerio de Salud y el OPNyA se le suma la de los juzgados intervinientes. Se ha detectado que hay niñas, niños y adolescentes sujetas/os a medidas de protección integral de derechos (art. 35 bis de la ley 13.298 y sus pares provinciales) y/o internaciones por motivos de salud mental (art. 26 de la ley 26.657), alojadas/os en dispositivos asilares situados a gran distancia del lugar de su residencia habitual.

En estos casos, los juzgados que intervienen con una medida de protección y/o la causa de internación no trabajan de manera articulada, puesto que no se cruzan las dos leyes que contemplan sus derechos. Por esta razón se le pidió a la Corte provincial que los juzgados trabajen bajo la perspectiva de un sujeto integral y que atravesase las dos leyes. El cuadro situacional evidencia un déficit en la vigencia de los paradigmas receptados por la legislación argentina, la falta de operatividad de los mecanismos de concertación previstos a nivel local e inter-jurisdiccional, y la obstrucción del respeto a la garantía del debido proceso por entorpecimiento a los principios procesales de inmediación, celeridad, contradicción y economía procesal, además de vulnerar, en general, lo previsto en los arts. 1 a 7 de la ley 13.634.

Los jueces competentes para intervenir por caso, en las determinaciones de la capacidad civil o en los incidentes de internación a tenor de las normativas protectorias aludidas, en muchas ocasiones pertenecen a departamentos judiciales diferentes a los sitios en donde se encuentran establecidos los dispositivos de alojamiento. Este punto ha generado una innumerable cantidad de planteos

vinculados a la competencia territorial entre órganos jurisdiccionales y contiendas negativas de competencia, así como la multiplicación de órganos intervinientes en diferentes aspectos de los mismos casos, con el consabido riesgo de contradicción. Es evidente que esta complejidad atenta contra los principios procesales de celeridad y economía procesal.

Todo lo dicho se agrava cuando la distancia no es ya entre localidades de la Provincia sino que involucra a jóvenes pertenecientes otras provincias, es decir, de inter-jurisdicción federal. En estos casos, los niños de otras provincias que son alojados en dispositivos inadecuados sitios en el territorio de la provincia de Buenos Aires o niños con centro de vida en la provincia de Buenos Aires alojados en dispositivos inadecuados sitios en otras provincias ven aún más comprometido su interés superior ante la virtual inexistencia de fiscalización y/o control de su privación de libertad.

En este sentido, del *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas* elaborado por Paulo Sérgio Pinheiro, experto independiente 'designado por el secretario general de las Naciones Unidas, surge que el alto riesgo de sufrir violencia que tienen los niños y niñas en las instituciones de protección procede de una variedad de fuentes: diversos tipos de violencia por parte del personal, el descuido o negligencia y la violencia entre pares. Por otro lado, algunas formas de tratamiento practicadas en muchas instituciones constituyen en sí mismas una forma de violencia. El informe plantea que todas las instituciones deben ser inspeccionadas y monitoreadas con pleno acceso y libertad para entrevistar a niñas/os y a funcionarios en privado, y con autoridad y capacidad para monitorear las condiciones de internación e investigar cualquier denuncia de violencia de manera oportuna. Hemos detectado la permanencia de niños, niñas y adolescentes provenientes de otras provincias en hospitales, comunidades terapéuticas, hogares con centro de día y demás dispositivos sin ningún tipo de control jurisdiccional sobre su situación de internación.

4.3. Comunidad terapéutica Casa del Sur: premios y castigos como abordaje

El 24 de mayo de 2019 la CPM inspeccionó esta comunidad terapéutica ubicada en Monte Grande, a raíz de una denuncia establecida por la Fiscalía General de Lomas de Zamora. En dicha denuncia se ponían en evidencia que sometidos niños y jóvenes, eran sometidos a prácticas basadas en el castigo y el aislamiento, como también que convivían niños menores de edad con mayores.

En dicho lugar ingresan niños derivados, en gran medida, por juzgados de familia o servicios de promoción de derechos, como también de juzgados de responsabilidad penal juvenil. En todos los casos se trata de derivaciones realizadas frente a situaciones de consumo problemático junto con algún otro padecimiento de salud mental en algunos casos puntuales. Advertimos con preocupación condiciones materiales inadecuadas para el alojamiento. A partir de entrevistas al equipo de profesionales presentes y a la totalidad de las personas alojadas, consideramos que los tratamientos y abordajes terapéuticos no se enmarcan en lo establecido por la normativa actual de salud mental, ni con estándares básicos de niñez. Observamos falencias en la documentación de la institución, no sólo en lo relativo al establecimiento sino a la información disponible respecto a los niños y jóvenes que aloja.

No se nos remitió información en relación a los ingresos y derivaciones, lo que resulta preocupante atento a que muchas derivaciones se originaban en otras provincias, como Mendoza o Entre Ríos. No resulta clara la modalidad de ingreso: ni la organización de los traslados y los convenios hasta restricciones para aceptar algunos niños y jóvenes.

En función de lo relevado, se desprende que no existe una instancia de evaluación de riesgo cierto e inminente para determinar el ingreso y las medidas de internación. Por lo tanto, dichas medidas no son utilizadas como último recurso ni tienen carácter excepcional. No se encontró en las historias clínicas ningún registro de consentimiento informado sobre su tratamiento por parte de los usuarios. La modalidad de abordaje se caracteriza por un programa estructurado en fases, con objetivos específicos a ser alcanzados en cada una de ellas. La institución ofrece un tratamiento estandarizado al que los usuarios deben adaptarse. A medida que avanzan de fase, se les asignan responsabilidades incluyendo el acompañamiento a usuarios de fases iniciales (se denomina el rol de “hermano mayor”), y cumplen tareas de “guía” e “incorporación de las normas y pautas de convivencia”. Se observa un claro encuadre de disciplinamiento y control. La institución se rige por normas estrictas, y su lema principal es la prohibición de drogas, sexo y violencia. A esto deben agregarse normas internas que son obedecidas por los niños y jóvenes sin ningún tipo de cuestionamiento, incluso repetidas de memoria. En tal sentido, es importante señalar que la legislación en la materia ordena que a las personas con consumo problemático se les deben ofrecer tratamientos personalizados que se adecúen a las necesidades terapéuticas particulares, y que deben estar a cargo de equipos profesionales interdisciplinarios. Por eso señalamos con preocupación la delegación de aspectos tratamentales en usuarios más avanzados y la homogeneidad de la modalidad de abordaje. También emergieron otras cuestiones problemáticas. Los propios usuarios son los encargados de realizar la comida y la limpieza, y la institución no cuenta con personal destinado a ello. Había restricciones a la vinculación con familiares cuando ingresan por un periodo mayor a un mes, sin estar fundamentadas en las historias clínicas como manda la ley 26.657. Por último, surgió de las entrevistas que al ingresar no pueden dormir en las habitaciones sino en colchones en el comedor. La estandarización de la modalidad de abordaje colisiona con las normas jurídicas que regulan la atención de los padecimientos mentales, y las internaciones no tenían el carácter de brevedad ni excepcionalidad que ordena el marco jurídico; al contrario, en general eran de larga estancia y no estaban basadas en planificaciones tratamentales. La ley 26.934 establece que se deben priorizar los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona, y considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo que sólo deberá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.



5. Consideraciones finales

Este capítulo sintetiza los problemas centrales en términos de la atención de salud mental en los espacios de encierro, tanto de personas adultas como niñas/os y jóvenes. Se ha puesto énfasis en las dificultades centrales a diez años de la sanción de la LNSM, que son los nudos centrales para abordar por parte de la nueva gestión provincial. Sin políticas integrales de abordaje comunitario y de apoyo al cuidado será muy difícil propiciar la externación sustentable de los espacios de encierro. No pueden de dejar de reconocerse prácticas respetuosas de los derechos y experiencias de desmanicomialización, aunque continúan teniendo el carácter marginal, artesanal y autogestivo de hace décadas. No existió, en estos últimos años, una sola política pública financiada para dotarlas de recursos y ampliarlas (CPM, 2019: 237-242), salvo el otorgamiento de un subsidio mínimo para apoyar su externación de pocos usuarios¹⁴.

Se destacan, principalmente en los monovalentes públicos, mejoras en condiciones materiales de cierta envergadura, en gran medida ordenadas por los magistrados que tienen a cargo las presentaciones colectivas realizadas por la CPM, pero son sumamente insuficientes ante la prolongación de las internaciones por razones sociales o de vivienda.

Asimismo, evidenciamos avances en la construcción de instrumentos administrativos actualizados con respecto a la garantía de la libre circulación de personas internadas sin criterio de riesgo cierto e inminente, o el consentimiento libre e informado de las prácticas que conforman los tratamientos en salud mental. Se destaca, en este sentido, la receptividad de algunas instituciones monovalentes para incorporar las recomendaciones de diversos organismos de control y de DDHH, entre ellos la CPM, y avanzar en la implementación de dichos instrumentos, lo que debería ser aplicado por las autoridades a cargo del Ministerio de Salud para todos los espacios de encierro de salud mental de la Provincia.

No obstante, es grave que la autoridad de aplicación de la ley 14.580 no haya dado pasos decididos para avanzar en garantizarle a los ciudadanos bonaerenses vivir en una provincia libre de espacios de encierro manicomial en 2020. Tampoco se pudieron constatar planes o lineamientos generales dotados de presupuesto con el objetivo de mejorar y ampliar el sistema sanitario para:

...asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno

¹⁴ Subsidio en el marco del subprograma de Externación de salud mental bonaerense asistida, creado en el año 2016 por el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires.

goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional (ley 26.657, art. 2).

La forma más eficiente que tiene el Estado provincial para prevenir la tortura y los malos tratos, inhumanos o degradantes hacia las personas con padecimiento mental es dar cumplimiento efectivo a la ley 14.580, y transformar, sustituir o cerrar todos los espacios de encierro manicomial públicos y privados donde persisten con carácter sistemático dichas prácticas.