



**POLÍTICAS
DE SALUD MENTAL**

INTRODUCCIÓN

El 27 de noviembre de 2013, el poder legislativo de la Provincia de Buenos Aires sancionó la ley 14.580 de adhesión a la ley 26.657 (LNSM) que regula el derecho a la protección de la salud mental. En su artículo 3 la ley preveía un plazo de 36 meses para que el Ministerio de Salud provincial implementara las reformas necesarias para cumplir los objetivos establecidos a nivel nacional. No obstante, la efectiva puesta en funcionamiento del proceso de adecuación de los institutos asilares neuropsiquiátricos se demoró más allá de lo planificado y se puso efectivamente en marcha durante esta gestión de gobierno.

Los cuatro hospitales neuropsiquiátricos monovalentes¹ presentaron planes de adecuación recién durante 2021, y se encuentran en pleno proceso de readecuación a la LNSM. Las gestiones anteriores al frente del Ministerio de Salud no priorizaron al cumplimiento de dicha ley, que indicaba para 2020 la efectiva sustitución y cierre de los hospitales. En tal sentido, actualmente se ha constatado el cierre de varias salas de internación así como el sostenido descenso de la población alojada en dichos dispositivos: 2.225 en 2015 y aproximadamente 1.300 en 2021, una disminución de 42% en seis años². También se ha reducido la cantidad de fallecimientos: 92 en 2015 y 54 en 2021³.

A su vez, en diciembre de 2021 se presentó en forma preliminar el denominado *Plan Provincial Sexagenal de Salud Mental 2021-2027. Hacia un sistema solidario e integrado* de la Subsecretaría de Salud Mental y Consumo Problemático del Ministerio de Salud provincial. El plan enuncia distintos ejes transversales y temáticos, y fija objetivos y líneas de acción

1 Cabred (Open Door), Korn (Melchor Romero), Esteves (Temperley) y Taraborelli (Necochea).

2 Más información en <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/salud-mental/poblacion-internada/hospitales-monovalentes/>

3 Más información en <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/salud-mental/muertes/muertes-en-hospitales-monovalentes/>

para la transformación del abordaje. Fue puesto en conocimiento de la comunidad en general, a la cual se le requirió la formulación de aportes para su consolidación y enunciación definitiva. El proceso se encuentra en pleno desarrollo.

Asimismo, se valora la *Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental*, presentada por el Ministerio de Salud de la Nación el pasado 25 de abril de 2022⁴. El plan apunta a fortalecer la atención en salud mental en todas las jurisdicciones, a través de medidas como la duplicación del presupuesto, la formación de recursos humanos, la habilitación de una línea telefónica específica y gratuita, la creación de guardias interdisciplinarias de 24 horas en los hospitales generales, o la construcción de viviendas de medio camino para concretar la desinstitucionalización.

Un punto negativo de estas iniciativas es la exclusión de las dos unidades penitenciarias (UP 34 y anexo femenino de la UP 45) que hacen las veces de institutos neuropsiquiátricos de seguridad. A diferencia de lo ocurrido con los hospitales y, en menor medida, con las instituciones del ámbito privado, las dos cárceles no fueron contempladas dentro de los planes de adecuación ni del Plan Provincial Sexagenal. Estos espacios de encierro deberían concentrar la prioridad de la agenda interministerial porque son lugares adonde se constata periódicamente la vulneración de los derechos humanos más elementales. Cabe aclarar que su gestión depende del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, la cartera que dirige al Servicio Penitenciario Bonaerense.

Es necesario remarcar la histórica falencia del Estado provincial en cuanto al registro y fiscalización de las instituciones privadas habilitadas que alojan personas con padecimiento mental (comunidades terapéuticas, clínicas, geriátricos, entre otras), por eso se desconoce también la cantidad total de personas internadas por razones de salud mental en la Provincia, un dato básico, primario e indispensable para evaluar y planificar políticas públicas en la materia. En el plenario del ORL realizado en diciembre de 2021, la CPM propuso la creación de un registro diario y centralizado de las personas internadas en todas las instituciones públicas y privadas de la Provincia.

4 Ver <https://www.argentina.gob.ar/noticias/presentacion-de-la-estrategia-federal-de-abordaje-integral-de-la-salud-mental>

Se sabe que a fines de 2021 había aproximadamente 1.300 personas internadas en los cuatro hospitales monovalentes, 194 en los cuatro hospitales especializados y 518 en las dos cárceles neuropsiquiátricas, un subtotal de 2.000 que representa una mínima porción del total provincial. De acuerdo a una cifra estimativa informada por la Subsecretaría de Derechos Humanos de Personas Privadas de la Libertad de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, para el año 2016 la cantidad de personas privadas de libertad por razones de salud mental a disposición de organismos judiciales (fueros Civil y Comercial, de Familia y de Paz) superaba las 12.000.

En 2013 se firmó un convenio entre la Suprema Corte, la Procuración General y el Ministerio de Salud provinciales para la creación del Registro de personas con padecimientos mentales bajo el control de legalidad del Poder Judicial⁵. Este Registro fue puesto en funcionamiento recién en 2016 mediante el Acuerdo 3824/16 y desde entonces no ha hecho público ningún dato fiable. La última información que recibió la CPM de la Subsecretaría de DDHH de la SCJBA fue una comunicación el 08/04/2019 donde reconocía que la demora de los juzgados en la carga de los datos impedía conocer la cantidad total de personas internadas bajo control judicial.

En los capítulos 1 a 3 de la presente sección se plantea un diagnóstico de la situación actual en hospitales monovalentes, cárceles y comunidades terapéuticas. Cada una de estas instituciones presenta realidades diversas en relación al cumplimiento de la ley nacional de salud mental. En el capítulo 4 se actualizan los datos del Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental⁶.

5 Ver <https://www.scba.gov.ar/institucional/nota.asp?expre=Acuerdan%20la%20creaci%F3n%20de%20un%20Registro%20de%20Personas%20internadas%20por%20padecimientos%20mentales>

6 Más información en <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/salud-mental/muertes/muertes-en-la-provincia/>

1. HOSPITALES MONOVALENTES

1.1. Datos generales

En la provincia de Buenos Aires existen cuatro hospitales monovalentes: el hospital interzonal especializado neuropsiquiátrico Colonia Domingo Cabred (Open Door), el hospital interzonal especializado neuropsiquiátrico José Esteves (Temperley), el hospital interzonal especializado de agudos y crónicos Alejandro Korn (Melchor Romero) y el hospital subzonal especializado neuropsiquiátrico Domingo Taraborelli (Necochea)⁷. En ellos se alojaban alrededor de 1.300 personas en diciembre de 2021.

De acuerdo a información recolectada por el Órgano de Revisión Local de la provincia de Buenos Aires (ORL)⁸, la distribución por género se presenta en partes iguales entre varones (52%) y mujeres (48%). La baja frecuencia de trans abre la pregunta acerca del efectivo cumplimiento de la ley 26.743 de identidad de género por parte de los hospitales al momento de registrar este dato en los ingresos. Cabe aclarar que el ORL sistematiza datos a año vencido, de modo que en este análisis se toma lo relevado al 31 de diciembre de 2020.

7 En adelante serán mencionados como hospitales Cabred, Esteves, Korn y Taraborelli, respectivamente.

8 El ORL está presidido por la Defensoría del Pueblo provincial e integrado por la CPM, el Colegio de Psicólogos de la provincia, el Observatorio Social Legislativo y el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR). Más información en <https://www.defensorba.org.ar/micrositios/Organo/>

Tabla 1. Usuarios/as en los cuatro hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, según género atribuido por la fuente, 31 de diciembre de 2020

Género	Cantidad	Porcentaje
Varón	754	51,8%
Mujer	699	48,0%
Trans-travesti	2	0,1%
Total	1.455	100%

Fuente: CPM en base a relevamiento realizado por el ORL.

Por otro lado, las personas internadas se distribuyen de forma pareja en los rangos etarios, aunque tres de ellos concentran la mayoría: dos de cada tres usuarios/as (68%) tienen entre 40 y 69 años.

Tabla 2. Usuarios/as en los cuatro hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, según rango etario, 31 de diciembre de 2020

Rango etario	Cantidad	Porcentaje
18 a 29	69	5%
30 a 39	179	12%
40 a 49	318	22%
50 a 59	326	22%
60 a 69	345	24%
70 o más	216	15%
Total	1.453	100%

Fuente: CPM en base a relevamiento realizado por el ORL. **Nota:** 1.453 casos con dato (99,9% del total).

El 78% de usuarios/as tienen domicilio en municipios cercanos a los hospitales. En la Región Sanitaria XI (23%) se asienta el hospital Korn, en la Región

VI (22%) el hospital Esteves, en la Región VII (16%) el hospital Cabred y la Región V (17%) es cercana a este último. Para 2020 había un 9% de usuarios/as con domicilio radicado en el hospital o con domicilio desconocido.

Tabla 3. Usuarios/as en los cuatro hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, según región sanitaria de su domicilio, 31 de diciembre de 2020

Región Sanitaria	Cantidad	Porcentaje
Región Sanitaria I	3	0,2%
Región Sanitaria II	3	0,2%
Región Sanitaria III	1	0,1%
Región Sanitaria IV	13	0,9%
Región Sanitaria V	243	16,7%
Región Sanitaria VI	317	21,8%
Región Sanitaria VII	232	15,9%
Región Sanitaria VIII	44	3,0%
Región Sanitaria IX	4	0,3%
Región Sanitaria X	6	0,4%
Región Sanitaria XI	341	23,4%
Región Sanitaria XII	111	7,6%
CABA	10	0,7%
Sin dato	127	8,7%
Total	1.455	100,0%

Fuente: CPM en base a relevamiento realizado por el ORL.

Por último, se relevó que 9 de cada 10 personas se encuentran encerradas de manera involuntaria en el marco de internaciones controladas por órganos judiciales.

Tabla 4. Usuarios/as en los cuatro hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, según tipo de internación, 31 de diciembre de 2020

Tipo de internación	Cantidad	Porcentaje
Voluntaria	134	10%
Involuntaria	1.200	90%
Total	1.334	100%

Fuente: CPM en base a relevamiento realizado por el ORL. **Nota:** 1.334 casos con dato (91,7% del total).

1.2. Planes de adecuación a la LNSM

Durante el año 2021 la CPM sostuvo el monitoreo de los hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, a la luz del plan de adecuación a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10 (en adelante LNSM) presentado por cada hospital en el mes de octubre de 2020 al Ministerio de Salud de la provincia. Un compromiso atravesado por el segundo año de la pandemia de Covid-19, lo que inscribió sus propias particularidades en la realidad de cada hospital. No obstante, dichas particularidades no podían significar la ausencia de avances en materia de adecuación de estas instituciones a la LNSM, sino un desafío que las autoridades competentes debían sortear para cumplir su función, que luego de 11 años de promulgada la LNSM se convirtió en una gran deuda en materia de políticas públicas de salud mental y, en consecuencia, en la vulneración de derechos de las y los bonaerenses.

Se llevaron a cabo inspecciones en el Hospital Cabred (unidad de evaluación, admisión y tratamiento y pabellón 1), en el Hospital Esteves (sala de admisión de agudos y sala Ayerza) y en el Hospital Taraborelli (servicio de agudos). En cada uno se realizaron entrevistas confidenciales con las personas internadas, con las autoridades de cada hospital y con el equipo de profesionales presentes a cargo de las salas, así como la revisión de historias clínicas y condiciones materiales; se cotejó lo observado con lo que establecido en cada plan de adecuación.

En el trabajo de campo y posterior análisis de situación, se relevaron avances en relación al proceso de adecuación a la LNSM. En diálogo con las autoridades, se observó un posicionamiento institucional que persigue el cierre del *manicomio* y el cese de todas las prácticas y discursos que sostienen el hospital como institución total. Cada directivo/a entrevistado/a mencionó la articulación y acompañamiento sostenido desde el Ministerio de Salud. En la misma línea, los objetivos principales del plan de adecuación aparecen en el discurso de los y las trabajadoras/es: nociones básicas sobre interdisciplina, redes comunitarias de contención y cambios en la manera de abordar las situaciones que se viven cotidianamente en cada servicio. Se trata del inicio del proceso que implica un compromiso sostenido en materia de política pública para dar cumplimiento a la LNSM. Como ejemplo, en los hospitales Cabred y Esteves se dio paso al cierre de históricos pabellones donde se internaban sin criterio personas que, en consecuencia, estaban apartadas de la sociedad durante décadas por transitar un padecimiento mental. A partir de estos cierres, los equipos interdisciplinarios trabajaron para restablecer los lazos con referentes afectivos de cara a la externación, lazos que se vieron afectados por los largos periodos de institucionalización. Cabe mencionar los datos relevados por el ORL: del total de usuarios/as en los cuatro hospitales a fines de 2020, el 25% llevaba más de 20 años de internación y otro 36% llevaba entre 6 y 20 años. Esto refleja falencias estructurales en los mecanismos vigentes de externación y, consecuentemente, una tendencia a la cronificación de las internaciones.

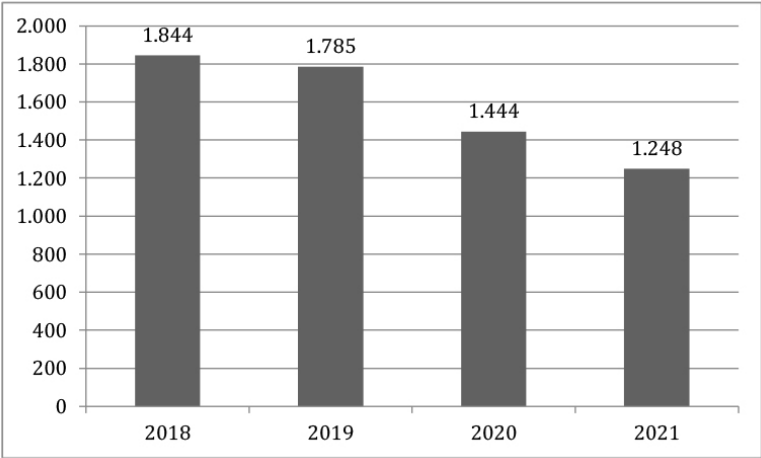
Tabla 5. Usuarios/as en los cuatro hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, según tiempo de internación, al 31 de diciembre de 2020

Tiempo de internación	Cantidad	Porcentaje
Menos de 1 mes	52	4%
1 a 12 meses	186	13%
1 a 5 años	343	24%
6 a 10 años	228	16%
11 a 20 años	284	20%
Más de 20 años	356	25%
Total	1.449	100%

Fuente: CPM en base a relevamiento realizado por el ORL. Nota: 1.449 casos con dato (99,6% del total).

Al finalizar el año 2021, había 1.248 personas internadas en tres de los cuatro hospitales monovalentes: Cabred, Esteves y Korn. El hospital Taraborelli, al momento de la escritura del presente informe, no había respondido a las reiteradas solicitudes de información realizadas por la CPM. Teniendo en cuenta ello, la población internada en 2021 ha disminuido un 14% con respecto a 2020, lo cual continúa el decrecimiento registrado desde 2018.

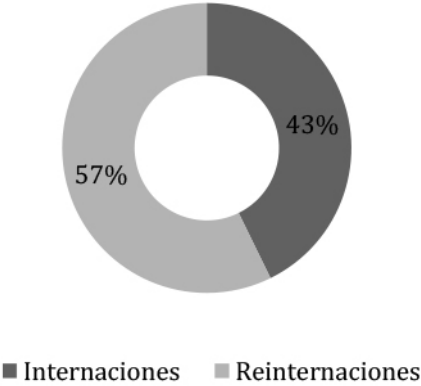
Gráfico 1. Población internada en hospitales monovalentes, provincia de Buenos Aires, 2018-2021



Fuente: CPM en base a información de los hospitales monovalentes.

Pese a ello, resulta importante destacar como problema transversal y persistente en la realidad de los hospitales el gran número de reinternaciones, lo cual denota que parte de las externaciones que se llevan a cabo no resultan sustentables. Durante 2021 se produjeron 812 ingresos, de los cuales el 57% (465) constituyeron reinternaciones.

Gráfico 2. Ingresos a hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, según tipo, 2021



Fuente: CPM en base a información de los hospitales monovalentes.

Esto se corrobora al entrevistar a los/as mismos/as profesionales de salud mental, que identifican como el principal obstáculo la falta de dispositivos intermedios en la comunidad para el sostenimiento de un tratamiento ambulatorio y, en el caso de que existan los dispositivos, no hay recursos humanos y materiales suficientes. La falta de políticas públicas integrales que potencien la construcción, el fortalecimiento y la continuidad de dispositivos en la comunidad para personas con padecimiento mental conduce al fracaso de los procesos de externación. De acuerdo a lo relevado por el ORL, de 2019 a 2020 disminuyó un 50% la reinternación de personas que habían sido externadas; sin embargo el 37% de los/as usuarios/as en condición de reinternados/as⁹ a fines de 2020 habían pasado menos de un año externado/as.

⁹ A los efectos de este relevamiento, se consideró “reinternación” al reingreso de una persona que se había externado desde un dispositivo de externación o luego del trabajo con un equipo de seguimiento y referentes familiares, excluyendo aquellas personas que reingresaron luego de haber egresado por el SAC, haberse fugado o haber abandonado el tratamiento.

Durante abril de 2022, visitó la Argentina el Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT) de la ONU, y se hizo presente en instituciones de salud mental. El problema de las externaciones ya había sido señalado en su informe al Estado argentino luego de la visita realizada en 2012:

Preocupa al SPT la ausencia de centros intermedios de atención social progresiva hasta el alta definitiva. Esto hace que la estancia de muchos pacientes en los hospitales psiquiátricos no obedezca a motivos terapéuticos, sino que los hospitales funcionan en buena medida como refugios de atención social para personas sin recursos ni apoyo familiar. (...) El SPT recomienda la adopción de medidas encaminadas a evitar la permanencia en los hospitales psiquiátricos de pacientes por razones socio-económicas y no médicas, tales como la creación de “casas de medio camino” (Puntos 97 y 98 del Informe sobre la visita a Argentina del Subcomité para la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, publicado en el año 2013)¹⁰.

En este sentido, resulta necesario reforzar las estrategias interinstitucionales e intersectoriales para la conformación y sostenimiento en el largo plazo de circuitos que favorezcan externaciones sustentables, que no queden incompletas, y se garanticen abordajes y articulaciones comunitarias que contemplen la singularidad e intereses específicos de cada persona en relación a su situación particular y trayectoria de vida. Se requiere el diseño e implementación de un modelo de atención basado en una red de dispositivos que brinden atención comunitaria en todas las regiones sanitarias de la Provincia, así como equipos profesionales interdisciplinarios que apoyen a las personas en su medio de referencia. La Tabla 3 alerta sobre la concentración de la atención pública en ciudadanos/as pertenecientes a las regiones sanitarias donde se asientan los cuatro hospitales.

Desde fecha reciente se viene trabajando en la constitución de ese entramado que descentralice los servicios concentrados en los hospitales monovalentes. En tal sentido, debe valorarse positivamente la puesta en funcionamiento de la Comisión provincial interministerial de salud mental y consumos problemáticos, en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de

10 Disponible en <https://www.cels.org.ar/common/documentos/Informe%20SPT%20sobre%20Argentina%20visita%202012.pdf>

Ministros, cuyo objeto principal consiste en planificar, diseñar y coordinar políticas públicas de prevención, asistencia y cuidados en salud mental y consumos problemáticos. La Comisión fue creada el 26 de enero de 2021 mediante el decreto 2021-10 y tienen participación los ministerios de Desarrollo de la Comunidad, de Trabajo, de Producción, Ciencia e Innovación Tecnológica, de Cultura y Educación entre otros, lo que presenta un ámbito propicio para el desarrollo de políticas públicas que impacten definitivamente en la materia.

La mayor dificultad que enfrenta el Estado provincial radica en brindar solución habitacional a los usuarios que encuentran enormes dificultades para generar recursos suficientes para solventar el acceso a una vivienda digna. De acuerdo al relevamiento del ORL, en 2019 el 79% de los/as usuarios/as no tenían una vivienda (propia o en condiciones mínimas de habitabilidad) donde vivir una vez externadas/os; y a fines de 2020 el 43% estaban internadas/os “por falta de recursos económicos para afrontar la externación”.

Consideramos oportuno que desde la comisión interministerial se desplieguen medidas para ampliar la cobertura de seguridad social como instrumento que abonará al proceso de reestructuración de la institución y los procesos de externación sustentable. De la información brindada por los hospitales monovalentes al ORL se desprende que uno de cada tres usuarios/as no tenía ningún tipo de cobertura social a fines de 2020. De quienes sí tenían, la mayoría correspondía al programa federal Incluir Salud, seguido por PAMI y por una baja incidencia de IOMA. Se observan algunos cambios entre 2019 y 2020: un leve incremento de las obras sociales IOMA y PAMI, en paralelo a una disminución absoluta y relativa de Incluir Salud y un incremento de las personas sin cobertura. Según los dichos de los propios trabajadores, el programa federal Incluir Salud no cuenta con la cobertura mínima necesaria para el sostenimiento de un tratamiento en el exterior.

Tabla 6. Usuarios/as en los cuatro hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, según cobertura social, al 31 de diciembre de 2019 y 2020

Cobertura Social	2019		2020	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
IOMA	45	3%	62	4%
Incluir Salud	802	51%	617	43%
PAMI	223	14%	240	17%
Otra	30	2%	3	0%
Ninguna	479	30%	522	36%
Sin dato	11	-	11	-
Total	1.590	100%	1.455	100%

Fuente: CPM en base a relevamiento realizado por el ORL.

También se registró que un gran número de personas no perciben pensiones no contributivas (53% en 2020) o becas, ni acceden a programas y/o planes de apoyo como el Subprograma de Externación de Salud Mental Bonaerense Asistida (SUPEBA), que registraba 164 usuarios/as en los cuatro hospitales a fines de 2020.

1.3. Persistencia de lógicas manicomiales

Sin dejar de considerar al plan de adecuación como un proceso, no podemos soslayar ciertos indicadores que dan cuenta de que, a pesar de que la LNSM se encuentra en vigencia desde hace una década, la lógica manicomial sigue presente en la vida de las personas con padecimiento mental.

Según la ley, el abordaje del padecimiento mental debe ser realizado por

un equipo interdisciplinario: psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. Hemos observado que la modalidad de abordaje actual en los hospitales monovalentes no cumple en parte con lo establecido, ya que es insuficiente la cantidad de personal de planta disponible y no hay variedad de disciplinas y saberes.

Los hospitales informaron al ORL la distribución de su personal de acuerdo a la especialidad o función que cumplen, lo que se muestra en la Tabla 7. En primer lugar, es importante resaltar que —en conjunto— el personal se incrementó un 49% entre 2019 y 2020, pasando de 1.000 a 1.487 trabajadores. Luego, de su distribución se desprenden varias lecturas posibles: la mitad del personal corresponde a enfermería, un 20% a tareas de funcionamiento (cocina, limpieza), un 3% a personal médico, y las cinco especialidades relacionadas específicamente con el abordaje de la salud mental suman el 26%. Este último valor resulta escaso considerando la especialidad de estos hospitales. También surge un déficit de trabajo interdisciplinario porque los hospitales tienen la mitad de trabajadoras/es sociales que de psicólogas/os o psiquiatras. Se observa una baja incidencia de personal especializado en trabajo social y ausencia de profesionales de terapia ocupacional, esenciales para un tratamiento integral en pos de un proceso de externación adecuado¹¹.

11 Un estado de situación que frecuentemente busca ser compensado con la presencia de profesionales residentes de trabajo social, psiquiatría, psicología y terapia ocupacional, que permanecen en los distintos servicios establecidos para su formación académica.

Tabla 7. Personal de los cuatro hospitales monovalentes de la Provincia de Buenos Aires, según especialidad, al 31 de diciembre de 2020

Especialidad	Cantidad	Porcentaje	1 operador/a cada X usuarios/as
Abogadas/os	7	0,5%	208
Acompañantes terapéuticas/os	47	3,2%	31
Agentes de cocina	113	7,6%	13
Agentes de limpieza	179	12,0%	8
Cardiólogas/os	3	0,2%	485
Dermatólogos/as	1	0,1%	1.455
Enfermeras/os	748	50,3%	2
Ginecólogos/as	3	0,2%	485
Hematólogas/os	1	0,1%	1.455
Infectólogos/as	1	0,1%	1.455
Médicos/as clínicos/as	29	2,0%	50
Neumonólogas/os	0	-	-
Neurólogas/os	4	0,3%	364
Odontólogos/as	5	0,3%	291
Psicólogas/os	130	8,7%	11
Psiquiatras	120	8,1%	12
Terapistas ocupacionales	27	1,8%	54
Trabajadoras/es sociales	66	4,4%	22
Traumatólogos/as	2	0,1%	728
Urólogas/os	1	0,1%	1.455
Otros/as	0	-	-
Total	1.487	100,0%	1

Fuente: CPM en base a relevamiento realizado por el ORL.

Esto afecta inevitablemente la atención de las personas internadas: la frecuencia en la atención y las franjas horarias en las que reciben acompañamiento de manera integral no resultan acordes a las situaciones de salud mental que se encuentran atravesando, como tampoco para implementar estrategias tendientes a afrontar el proceso de externación de una manera sustentable. Si se relaciona la cantidad de profesionales con la de usuarios/as, emergen datos preocupantes particularmente en las funciones más vinculadas a la externación: 1 trabajador/a social cada 22 usuarios/as¹², 1 acompañante terapéutico/o cada 31 usuarios/as, 1 terapeuta ocupacional cada 54 usuarios/as¹³.

Otra práctica preocupante tiene que ver con la administración de psicofármacos. La mayor parte de las personas entrevistadas durante 2021 no tenía conocimiento de la composición del plan farmacológico que les administraban cada día (nombre, cantidad, efectos adversos). Se ha relevado que, tanto en la unidad de evaluación, admisión y tratamiento del hospital Cabred como en el servicio de agudos del hospital Taraborelli, la medicación se suministra molida, por lo que tampoco tienen referencia de cuántos comprimidos toman por día y menos aun identificarlos. La situación descrita vulnera el derecho de las personas a ser informadas de manera adecuada en todo lo inherente a su salud y tratamiento, tal como plantea la LNSM (Art. 7 inc. j). Resulta preocupante que dentro del tratamiento continúen desplegándose prácticas no consentidas.

También es necesario abordar la ausencia de actividades de recreación y/o terapéuticas grupales. En los servicios de internación inspeccionados se evidenció un malestar generalizado. La mayoría de las personas entrevistadas identificaron que no hay más actividad que “fumar cigarrillos, tomar mate y sentarse a charlar” entre ellas. Los días se desarrollan de manera rutinaria sin nada que los motive. La falta de ofertas de actividades recreativas para elegir de acuerdo a sus intereses y capacidades resulta preocupante, teniendo en cuenta las restricciones que padecen en su dinámica cotidiana; por ejemplo, gran parte de las salas monitoreadas se constituyen como sectores aislados no solo con el exterior sino dentro de la propia institución: las personas tienen prohibido circular por el predio y quedan encerradas las 24 hs del día sin acceder a espacios verdes.

12 Resulta preocupante el dato que respecta al Hospital Esteves, ya que según lo informado al ORL, al 31 de diciembre del 2020 tenían una total de 11 trabajadoras/es sociales, es decir, 1 profesional cada 46 usuarios/as aproximadamente.

13 Esto se calcula sin considerar el régimen horario del personal.

Las/os usuarias/os también se ven afectadas/os por la interrupción abrupta del vínculo y la comunicación con sus familiares y referentes afectivos, y resulta estructural una restricción que debería ser excepcional sólo cuando se considere necesario por razones terapéuticas debidamente fundadas por el equipo de salud. En las entrevistas realizadas surgió que no reciben visitas y que no se les permite realizar llamadas libremente, sino que les asignan días y horarios específicos. Sumado a ello, en ningún caso poseen espacios para establecer la comunicación telefónica en privacidad. Esto se retroalimenta con un problema estructural que fue relevado por el ORL: a fines de 2020 una importante proporción de las/os internados/as no contaba con apoyo familiar o era irregular: 64% en Esteves, 78% en Cabred y 84% en Taraborelli¹⁴.

El resguardo a la intimidad y privacidad es un derecho vulnerado también en los espacios que habitan. Las habitaciones son compartidas por varias personas y no tienen mobiliario para el guardado de sus pertenencias. Hemos conocido las estrategias que implementan para evitar faltantes, como llevar consigo las pertenencias todo el tiempo, vestirse con todas sus prendas (por ejemplo buzos o camperas pese a altas temperaturas), dormir con zapatillas puestas, guardar sus pertenencias bajo el colchón o en alguna mochila/bolsa que acarrear todo el día.

El hospital Esteves es el único que cuenta con lockers donde las mujeres pueden guardar sus pertenencias, sin embargo están ubicados dentro de la habitación donde duermen, que se encuentra cerrada durante la mañana y luego del horario de la siesta. Las mujeres refieren que desconocen el motivo de dicha medida y se muestran descontentas, ya que en muchas oportunidades quieren acostarse luego de tomar la medicación a la mañana o necesitan alguna pertenencia y no pueden acceder a la habitación.

Las restricciones relatadas reproducen lógicas manicomiales que no sólo repercuten negativamente en el estado anímico sino también en el proceso de externación, ya que se interrumpe de manera abrupta el vínculo con el exterior y su cotidianidad.

14 El dato global de los cuatro hospitales no se pudo calcular para 2020 porque uno de ellos no informó esta variable, pero para diciembre de 2019 el 58% de las/os internados/as no tenía apoyo familiar o éste era irregular.

1.3.1. La sujeción mecánica

Resulta necesario abordar la sujeción mecánica, práctica recurrente dentro de las instituciones de salud mental y enmarcada en las medidas restrictivas, tanto en lo que respecta a la autonomía como a la libertad de la persona. En ese sentido, existen *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*¹⁵, donde el principio 11 sobre consentimiento sobre el tratamiento, en su punto 11 expresa que:

No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder (Resolución 46/119 de la ONU, 1991).

Puede considerarse una medida terapéutica de urgencia que debe utilizarse como último recurso, después de que hayan fracasado otras medidas alternativas menos invasivas y restrictivas de la libertad de la persona. Como toda medida terapéutica, su aplicación debe estar justificada por la evaluación de un equipo de salud que concluya que es necesaria para impedir un daño inmediato o inminente a la misma persona o terceros, y tanto la indicación como sus motivos, control, cuidado y duración deben registrarse en la historia clínica. Se debe realizar en condiciones dignas, bajo el cuidado y supervisión inmediata y regular del personal calificado. Actualmente no existe normativa nacional y/o provincial que regule y protocolice específicamente la utilización de las contenciones físicas y/o mecánicas, lo que habilita su libre interpretación y uso por parte de pro-

¹⁵ Adoptado por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 46/119 en 1991.

fesionales, cuidadores y organizaciones, lo que puede vulnerar derechos fundamentales de la persona y pasar de ser una medida terapéutica a una práctica de tortura. Durante 2021 observamos situaciones preocupantes en los tres hospitales monovalentes monitoreados.

En el **hospital Taraborelli** la práctica es llevada a cabo por quienes cumplen la función de vigilancia y con material no acorde, denominado por el propio personal como “tiras de algodón”¹⁶. En la entrevista mantenida con personal de enfermería solicitamos el protocolo correspondiente que no fue localizado; explicaron que “antes había un protocolo de sujeción en un folio colgado en una de las paredes” pero que no sabían dónde se encontraba. Según expresaron, la sujeción se implementa del siguiente modo: el médico la indica, los vigiladores la realizan, los enfermeros inyectan a la persona y es trasladada a la oficina de enfermería quedando sujeta a la camilla para su observación. Los controles de signos vitales e hidratación se hacen una vez en cada turno de enfermería, cada 6 horas, lo que da cuenta de la duración de la práctica de sujeción. Una de las personas internadas definió que para iniciar la práctica “te taclea”, dando cuenta del uso de violencia física. También se relevó que la sujeción suele ser utilizada como amenaza para disuadir y/o para que obedezcan órdenes, por ejemplo, ante la negativa de uno de los usuarios a afeitarse.

Al momento de la inspección, en la habitación contigua a la oficina del staff de enfermería había una persona sujeta mecánicamente a una camilla. Se constató que la institución no cuenta con recursos materiales adecuados para realizar la contención de los pacientes. Se utilizan contenciones de tela tipo sábana que no son de ajuste rápido, no son confortables, ni permiten fácil acceso a puntos de fijación. Cabe destacar que la habitación no cuenta con colchón ignífugo, no permite la libre circulación de los profesionales de manera completa alrededor de la cama (que se encuentra contra una de las paredes) y la cabecera de la cama no se encuentra elevada.

El registro de la práctica en la historia clínica se limita a mencionar que se procede a contener al paciente, no detalla la actualización de signos vitales, no asientan las medidas a tener en cuenta como el ángulo de la cabecera, pautas de supervisión de lesiones o el chequeo de vías de alimentación/hidratación complementarias si el paciente no pudiera hacer uso de la vía

16 Inspección realizada el 23 de noviembre del 2021.

oral. No hay registro que constate que se ha hecho una nueva evaluación para volver a considerar la necesidad de la medida. En una historia clínica analizada observamos que, al momento en que la persona requiere ir al baño se la acompaña; el registro afirma que permanece tranquila y vuelve a la cama donde se realiza nuevamente la contención mecánica, lo que podría relacionarse a la ausencia de indicadores de riesgo que justifiquen dicha intervención, ya que esta práctica no puede ser indicada como preventiva sino que debe ser reactiva a una situación de riesgo. Tampoco puede sostenerse para suplir la ausencia de acompañamiento profesional, como es el caso relevado en donde se vinculaba la sujeción a “intentos de fuga”.

En el **hospital Esteves** se evidenciaron diversos discursos y situaciones¹⁷. En una de las salas monitoreadas -según fuera referido por las mujeres internadas- se utiliza esta práctica frente a conflictos, gritos o peleas, saltando estrategias previas. El equipo profesional informó que se lleva a cabo en la propia cama de la persona, lo que la deja expuesta frente a sus compañeras y no garantiza el cuidado constante de parte del personal, o en el espacio individual que se encuentra frente al office de enfermería. Observamos que el material es acorde y se encuentra disponible bajo llave en la enfermería. En otra sala una profesional refiere que la sujeción se realiza en aquellos casos en que no hubo respuesta satisfactoria a la contención verbal o farmacológica; sin embargo dice no tener conocimiento suficiente de dicha práctica ya que la decisión se toma desde psiquiatría o enfermería, y son los/as enfermeros/as quienes la llevan adelante en la cama de la persona. Esta situación permite interrogarse acerca del trabajo interdisciplinario al momento de la toma de decisiones terapéuticas.

En el **hospital Cabred** la práctica de sujeción mecánica se encuentra protocolizada y hay material acorde al protocolo¹⁸. Sin embargo, también tenían a disposición -y fue reconocido por el equipo durante la entrevista- material “no acorde” al protocolo y que les resulta “más eficaz” a pesar de ser “más dañino”. Al corroborar el registro en las historias clínicas, la práctica de sujeción no estaba detallada como corresponde: faltaban los controles de signos vitales y el horario en que había cesado la sujeción.

Vista la diversidad de situaciones relevadas en los tres hospitales, sería

17 Inspección realizada el 7 de diciembre del 2021.

18 Inspección realizada el 27 de octubre del 2021.

necesario crear una normativa local que retome los principios planteados a nivel internacional para que no se reproduzcan violaciones a los derechos fundamentales de las personas con padecimiento mental.

1.3.2. Protocolos de actuación

Las instituciones de salud deben contar con instrumentos que protocolicen acciones a seguir ante situaciones de gravedad como el abuso sexual. Es importante que las intervenciones frente a estos hechos no queden a discrecionalidad de cada institución y/o sus trabajadores, sino que se desprendan de una línea común planteada desde el Ministerio de Salud como autoridad de aplicación de la LNSM.

En el hospital Taraborelli relevamos el modo de abordaje ante un hecho de abuso sexual por un compañero de sala en el contexto de internación. La profesional a cargo de la sala en aquel momento basó su intervención en una serie de medidas contrarias a la garantía de derechos. En primer lugar, se aisló a la persona señalada como autora del hecho, sin contacto humano significativo. Lo mismo ocurrió con la persona que denunció el hecho: fue aislada y se tomó la decisión de bañarla. Se retrasó su evaluación por un equipo de salud idóneo que lleve adelante el protocolo de profilaxis por la posibilidad de infecciones de transmisión sexual, se le tomen las muestras para las pericias necesarias, y se le obtuvo la posibilidad de estar en contacto con sus referentes afectivos. Se refirió que, transcurridas 24 horas de esta situación, se le dio aviso a la dirección del hospital, que realizó la denuncia penal correspondiente, y se notificó a la familia del usuario, para luego iniciar el acompañamiento a la familia y al joven.

Considerando este caso y lo relevado respecto a las prácticas de sujeción mecánica, se reitera la necesidad de implementar protocolos institucionales en el marco de los lineamientos que deben proponerse desde el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires; se trata de normalizar y dar encuadre a la intervención ante situaciones complejas, por el riesgo que pueden imprimir para la salud integral de las personas internadas y para cumplir efectivamente sus garantías individuales desde una perspectiva de derechos humanos.

2. CÁRCELES

En la provincia de Buenos Aires existen dos unidades penitenciarias que hacen las veces de “institutos neuropsiquiátricos de seguridad” a tenor de lo previsto por el art. 79 de la ley 12.256 de ejecución penal bonaerense: la UP 34 que aloja hombres y el anexo de la UP 45 que aloja mujeres, ambas en la localidad de Melchor Romero, La Plata. La gestión de estas unidades no depende del Ministerio de Salud sino de la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria (DPSP) del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, desconectada del resto del sistema público de salud y de las políticas adoptadas en la materia.

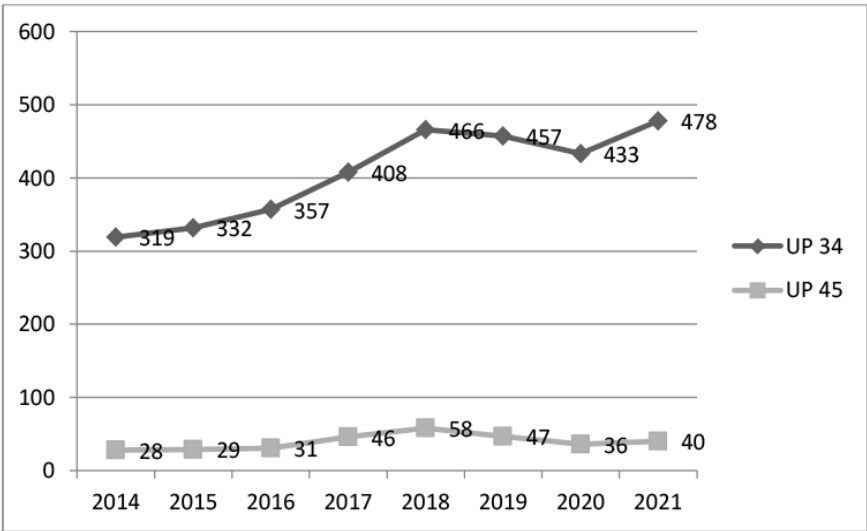
Las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos de la ONU (Reglas Mandela) establecen que “no deberán permanecer en prisión las personas a quienes no se considere penalmente responsables o a quienes se diagnostique una discapacidad o enfermedad mental grave, cuyo estado pudiera agravarse en prisión, y se procurará trasladar a esas personas a centro de salud mental lo antes posible” (regla 109). Por su parte, el Órgano de Revisión Local (ORL) recomienda a los/as operadores judiciales y ejecutivos realizar una interpretación de la normativa local que permita adecuar sus prácticas a los estándares, arbitrando medidas para que las personas con discapacidad psicosocial no se alojen en lugares de encierro punitivo, siendo las instituciones bajo la órbita del Ministerio de Salud las adecuadas para estos supuestos (Acordada 4/18).

Como Mecanismo Local de Prevención de la Tortura (MLPT), la CPM a través de su programa de Salud mental realizó, durante 2021, el seguimiento de casos particulares en dichas cárceles, entrevistas confidenciales e inspecciones en profundidad en el anexo femenino de la UP 45.

2.1. Especificidad institucional y abordaje integral de la salud

Al finalizar el año 2021, la UP 34 y el anexo femenino de la UP 45 alojaban a 518 personas (478 varones y 40 mujeres, respectivamente). Entre 2014 y 2021, la UP 34 ha alojado en promedio 406 personas por año, población que ha ido en aumento como se observa en el Gráfico 1, en concordancia con la suba de la población detenida total del SPB. Para el mismo periodo, la UP 45 ha alojado en promedio 39 mujeres.

Gráfico 1. Personas detenidas en la UP 34 y en el anexo femenino de la UP 45, provincia de Buenos Aires, 2014-2021



Fuente: CPM en base a datos de población detenida provistos por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires.

En las tareas de monitoreo en estas unidades, se releva desconocimiento de la Ley nacional de salud mental 26.657 (LNSM) y de la Ley nacional de derechos del paciente 26.529, lo que trae como consecuencia su no aplicación e incumplimiento sistemático. Esto se evidenció en las personas entrevistadas (lo que impide que puedan reclamar y ejercer sus derechos), así como en el personal penitenciario y en los equipos de profesionales de la salud, que son quienes deben trabajar de forma interdisciplinaria para el abordaje y tratamiento.

Estas leyes deben regir cada ámbito de la vida de las personas que atraviesan algún padecimiento de su salud mental y no debería haber diferentes abordajes entre aquellas que están privadas de su libertad en el ámbito carcelario y aquellas que están internadas en instituciones de salud públicas o privadas (como hospitales, comunidades terapéuticas, clínicas). Sin embargo, se ha relevado la poca o nula injerencia del Ministerio de Salud dentro de las unidades penales; los cuatro hospitales monovalentes de la Provincia presentaron un plan de adecuación a la LNSM y están atravesando ese proceso con reuniones y visitas pautadas por el Ministerio y, en el ámbito privado, ocurre algo similar¹⁹, pero esto no sucede ni es exigido a las dos cárceles consideradas neuropsiquiátricas. El conjunto de vulneraciones de derechos y violencias registradas por la CPM en las inspecciones dan cuenta de que en estas instituciones prima el criterio de seguridad por sobre el de salud integral. Esto se evidencia tanto en los discursos del SPB y de los equipos técnicos como en la lectura de las historias clínicas y los informes que presentan al poder judicial. Allí se releva el uso del concepto pseudocientífico de “peligrosidad” —y el consiguiente estigma de *loco/a peligroso/a*— en vez del criterio de “riesgo cierto e inminente de daño para sí y para terceros” previsto en la LNSM y su decreto regla-

19 El 7 de diciembre de 2021 por Resolución N° 2021-4750 fueron aprobadas las Normas de habilitación y el 15 de diciembre de 2021 se creó una Mesa de trabajo para que las instituciones existentes se adecuen a las normas mediante la Resolución N° 2021-8.

mentario (art. 20)²⁰. Además, las personas detenidas expresan que el SPB utiliza la frase “loco/a peligroso/a” para dirigirse directamente a ellas.

Durante el mes de abril de 2022 visitó Argentina el Subcomité para la Prevención de la Tortura (SPT) de la ONU, ocasión en la que se hizo presente en instituciones de salud mental. La falta de especificidad de estas unidades penitenciarias ya había sido señalada en su informe al Estado argentino luego de la visita realizada en 2012:

El SPT recomienda que el Estado realice una investigación sobre el trato dispensado a los detenidos bajo tratamiento psiquiátrico por parte del personal penitenciario. El Estado debe igualmente velar por que este personal reciba una capacitación apropiada a su trabajo con este tipo de detenidos (Punto 102 del Informe sobre la visita a Argentina del Subcomité para la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, publicado en el año 2013).

Se advierte en estas unidades la primacía de una perspectiva de vigilancia y seguridad por sobre la de atención sanitaria. Los/as pacientes no son abordados/os en su cuadro de salud por equipos interdisciplinarios. En todo caso, los escasos exámenes se formulan con hegemonía del criterio psiquiátrico y sin continuidad ante requerimientos particulares formulados por los/as jueces/zas que controlan la ejecución. No se trabaja para generar condiciones de autonomía en la dimensión comunitaria ni en la re-vinculación con redes familiares o afectivas.

Durante 2021 se relevó que el acceso a la evaluación y al tratamiento era

20 Dicho artículo establece: “La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar: a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera”.

deficiente, y que este último se basaba exclusivamente en intervenciones farmacológicas, sin ningún fin terapéutico. El acceso a la información sobre tratamientos, riesgos, alternativas era obstaculizado y negado a las personas detenidas y sus referentes afectivos. Se observó en las historias clínicas una esporádica atención de profesionales en psicología, psiquiatría y trabajo social, confirmando la inexistencia de un trabajo interdisciplinario. Tampoco se detectó en dichos registros el trabajo en pos de la externación, que debería ser realizado desde el primer día que la persona ingresa.

Las personas entrevistadas durante 2021 no tenían registro del personal profesional de salud mental que debería conformar el gabinete de salud de la UP ni podían identificar el tratamiento que recibían. Sí tenían claro que tomaban medicación, pero sin saber de qué tipo, qué cantidad, con qué fin y/o las consecuencias adversas que podía tener. Tampoco conocían la existencia de documentación obligatoria exigida por ley, como la historia clínica²¹ y el consentimiento informado²², elementos que el equipo profesional debería trabajar para garantizar un tratamiento interdisciplinario acorde a su singularidad. Varias personas no fueron evaluadas inmediatamente al ingresar a la unidad, sino que pasaron días hasta que un/a profesional determinó que había criterio de permanencia en la unidad e indicó un tratamiento de ser necesario. Esta demora provocó descompensaciones en los cuadros que requerían de medicación psiquiátrica. Además, los controles de la medicación (efectos, estabilización, evolución) no se realizaban con la regularidad necesaria.

Se identificaron también personas detenidas sin criterio de permanencia. Esto fue manifestado por las mismas personas constatado en sus historias clínicas, y reconocido por las autoridades de las UP como un problema recurrente. En la entrevista realizada el 30 de noviembre de 2021, autoridades de la UP 45 afirmaron que en el sector SPA había tres mujeres

21 El art. 12 de la LNSM establece que la historia clínica es el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

22 El art. 5 de la LNSMA decreta que el consentimiento informado es la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada. En ese sentido, el art. 7 establece que en las internaciones el consentimiento será por escrito y debidamente suscrito.

alojadas que “supuestamente vienen para tratamiento, pero no tienen criterio de internación, están con pedido de traslado para reubicación”: el pedido de traslado la única estrategia adoptada por la UP para hacer cesar la irregularidad.

2.2. Sobre-medicación, sujeción mecánica y aislamiento

A partir de las tareas de monitoreo registrada durante 2021, pudimos constatar que las personas alojadas en las unidades neuropsiquiátricas son víctimas de torturas y malos tratos de manera sistemática. Si bien esto ocurre con el resto de la población detenida en el SPB, hay determinadas prácticas específicas que provocan un impacto diferencial en personas con padecimientos de salud mental: la sobremedicación, la sujeción mecánica y el aislamiento.

En estas unidades se relevó que el uso de psicofármacos era el tratamiento exclusivo de los cuadros de salud mental, sin alternativas tales como actividades educativas, recreativas o salidas terapéuticas para posibilitar procesos de externación. A su vez, se registró falta de control sobre el consumo y/o las consecuencias de su interrupción. Esto se vincula con que la medicación no es utilizada con fines terapéuticos sino a modo de disciplinamiento y control de la población. En las entrevistas se pudo observar a personas padeciendo salivación excesiva, falta de ubicación espacio-temporal, enlentecimiento en el habla, rigidez corporal, somnolencia, entre otros signos de sobremedicación.

El acceso a la atención de profesionales se encuentra mediado por el SPB, como en todas las cárceles bonaerenses²³. El personal penitenciario decide si la persona requiere asistencia médica o si ellos/as pueden “calmar la situación”, lo que en el lenguaje interno se conoce como “plancha”. Se han relevado casos donde, frente a episodios de descompensación del cuadro,

23 Para más información sobre la atención sanitaria en el SPB, ver capítulo 2 de la sección Políticas Penitencias.

la respuesta fue sobremedicar a través de inyectables y sujetar mecánicamente a la persona. Dicha práctica se realiza sin protocolo durante largos periodos y con materiales no acordes (esposas, correas, vendas, etc.), sin uso de alternativas terapéuticas previas o diálogo. Es decir, la sujeción mecánica no se utiliza como último recurso y respetando la dignidad de la persona sino como práctica habitual. Algunas descompensaciones que podrían haberse abordado con recursos terapéuticos menos invasivos (un espacio de contención interdisciplinario o un ajuste en el plan farmacológico) se convirtieron en situaciones más graves que empeoraron el cuadro.

La sobremedicación y la sujeción mecánica se combinan regularmente con el aislamiento, un tipo de tortura que se registra sistemáticamente en todas las cárceles bonaerenses²⁴. Someter a aislamiento a personas con padecimiento mental es una práctica prohibida por normativas nacionales e internacionales, porque agrava considerablemente el cuadro y pone en riesgo la vida.

El relator especial sobre tortura de la ONU, en su informe de 2013, concluyó que la imposición de regímenes de aislamiento “cualquiera sea su duración, a personas que padecen discapacidad mental constituye un trato cruel, inhumano o degradante” y recomendó que se aplique una prohibición absoluta de este tipo de medidas. El ORL, mediante la resolución 3/18, instó a los organismos competentes del poder ejecutivo provincial a realizar todas las gestiones necesarias a fin de dar cumplimiento a lo establecido en el art. 14 del decreto 603/13 (reglamentario de la LNSM) respecto a la prohibición de alojar personas que presenten algún padecimiento mental en las denominadas salas de aislamiento. Pese a esto, se han encontrado personas aisladas en estas cárceles durante extensos periodos de tiempo, incomunicadas con cualquier vínculo humano significativo dentro de la unidad o con sus referentes familiares, sin acceso a patio o duchas, a salida recreativa o a compartir espacios en común con otras personas detenidas. La permanencia en condición de aislamiento provoca deterioro en la salud psicofísica, descompensaciones, agravamiento de los cuadros y en ocasiones la muerte²⁵. Dada la prohibición, estos aislamien-

24 Para un análisis de la práctica de aislamiento en el SPB, puede consultarse el siguiente informe especial: <https://www.comisionporlamemoria.org/project/el-aislamiento-en-las-carceles-bonaerenses/>

25 Las muertes ocurridas en el marco de internaciones por salud mental son analizadas en el capítulo 4 de la presente sección.

tos son oficialmente registrados y justificados como “por propia voluntad” sin que se intenten estrategias alternativas. Este consentimiento no sólo no lo torna legalmente válido sino que además las personas entrevistadas contradicen esto, informando que son obligadas a firmar dichos papeles bajo amenaza de ser agredidas físicamente.

En el anexo femenino²⁶ de la UP 45 las mujeres se encontraban bajo régimen de aislamiento extremo, en precarias condiciones materiales y sin recibir asistencia sanitaria integral²⁷. En los pabellones SOE (sala de observación y evaluación) y SPA (sala de pacientes agudas) permanecían 23 horas encerradas en la celda sin mantener contacto humano significativo. Les permitían tener pocas pertenencias y no podían realizar ningún tipo de actividad. Sólo podían salir una hora al día, después del mediodía. Una mujer relató que le resultaba difícil saber la hora del día en la que estaba, ya que “no veo el sol”. Otra expresó “no puedo respirar, me ahogo”, debido a la falta de aire en la celda; debía colocar el colchón en el piso, contra el chapón de la celda, para mantener su rostro a la altura del pasaplatos y tomar más aire.

En los pabellones 1, 2 y 3 también eran sometidas a aislamiento: todos los días desde las 17:00 hasta las 9:00 (16 horas) el SPB las *engomaba* en las celdas, impidiéndoles salir al patio, cocinar o cualquier otra tarea cotidiana, y además les quitaban los teléfonos celulares. Según dijeron, esto había sido ordenado directamente por el psiquiatra de la unidad sin darles ninguna explicación o fundamento. Una de las mujeres describió que ese momento era “depresivo” por no tener nada para entretenerse y pasar el tiempo. La discrecionalidad penitenciaria en la prohibición temporal del uso de celulares refleja también una práctica violenta en términos de género, ya que ha sido registrada en dicho anexo y no en la UP 34 de varones.

El aislamiento en solitario, incluso de poca duración, puede provocar formaciones sintomáticas nuevas o profundizar las existentes y, en determi-

26 Para más información sobre los anexos femeninos, ver el capítulo “Control punitivo y disciplinamiento patriarcal” de la sección Políticas penitenciarias.

27 Inspección realizada en noviembre de 2021. Incluyó entrevistas con autoridades y miembros del equipo técnico presentes en los pabellones SPA (Sala de pacientes agudas), SOE (Sala de observación y evaluación), N° 1, N° 2 y N° 3, y con el equipo de profesionales del Sector de Sanidad. A su vez, se llevó a cabo un relevamiento de condiciones materiales de dichos sectores, entrevistas confidenciales con las detenidas y revisión de historias clínicas.

nados casos, volverlas irreversibles. Con esta medida se le sustrae a la persona toda posibilidad de hacer uso de sus facultades físicas y psíquicas, y se la condena a una inmovilidad sufriente.

2.3. Medidas de seguridad

Estas cárceles, en 2021 y también durante el periodo 2014-2021, alojaron personas que se encontraban detenidas estando sobreseídas en su proceso judicial. En 2021 había 105 en la UP 34, 4 en el anexo femenino de la UP 45 y 1 en la UP 10 (también ubicada en Melchor Romero). Esto indica que el 22% de los varones detenidos en la UP 34 estaban sobreseídos. Entre 2014 y 2021, esta cárcel alojó en promedio 115 personas sobreseídas por año, lo que representa el 30% de la totalidad de su población.

El Código Penal establece que no es punible

...el que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. (...) En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás. (...) el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso” (CPA, art. 34, inc. 1).

En estos casos se asume que la persona no es culpable porque no comprende la criminalidad del acto y, en vez de aplicarse una pena, se dispone una medida de seguridad, considerada “curativa” y “asegurativa”. Acreditada la materialidad del hecho y la autoría de la persona, el derecho penal determina que la persona debe permanecer en un establecimiento adecuado que,

en la mayoría de los casos, en el ámbito provincial son las UP 34 y 45.

Según el fallo R., M. J. s/ Insanía de la CSJN (2008), la duración de las medidas de seguridad debe cuantificarse utilizando como parámetro el tope máximo de pena; cuando se cumpla, dejará de intervenir el juzgado de Ejecución Penal y pasará a intervenir un juzgado de Familia, si subsiste un riesgo cierto e inminente según la LNSM.

En 2010 la LNSM vino a modificar los fundamentos de las medidas de seguridad, ya que se busca la protección de la persona, que acceda a su derecho a la salud respetando su dignidad, y que la internación involuntaria tenga el control de legalidad necesario. En la LNSM se cuenta con que el juzgado civil, el equipo interdisciplinario y el ORL efectúen un triple control del tratamiento coactivo e involuntario, para que cese cuando deje de existir un riesgo cierto e inminente. El principio rector es que la salud debe estar por encima del criterio de seguridad. Esto indica la existencia de un doble estándar dentro del derecho argentino, que debería resolverse ajustando la normativa penal a la LNSM. Los derechos establecidos por esta ley constituyen el estándar mínimo de las personas privadas de libertad sometidas a proceso penal que tienen un padecimiento mental, reconocido por el propio sistema penal al declararlas inimputables. En cambio, la redacción vigente del Código Penal utiliza términos vetustos como “enajenación”, “enfermo” y “manicomio”, y establece el uso del criterio de peligrosidad ya deslegitimado desde los más autorizados ámbitos académicos por su trasfondo teórico ideológico y la falta de rigor científico. Además, en los fundamentos de la ley 14.296 —que reforma el Código Procesal Penal de la provincia de Buenos Aires— se enuncia como eje esencial de la reforma la revisión semestral obligatoria y en audiencia oral de la continuidad de las medidas de seguridad. Por esto mismo, el art. 517 y siguientes del CPP establece que el juzgado de Ejecución Penal vigilará la ejecución definitiva de una medida de seguridad, para lo cual deberá ser informado acerca del estado de la persona sometida a la medida o sobre cualquier circunstancia de interés, en un plazo que no podrá ser superior a los 6 meses. Es adecuada la fijación expresa de un plazo (antes no lo había) para que el Juzgado disponga de información actual y periódica sobre el estado, evolución y necesidades de la persona.

A propósito de esto, en el ya citado fallo de la CSJN se establece que

...la medida de privación de la libertad del paciente debe ser re-

visada judicialmente mediante procedimientos simples, expeditivos, dotados de la mayor celeridad y, si correspondiera prolongarla por razones terapéuticas, ello debe ser objeto de un minucioso control periódico jurisdiccional obligatorio de los motivos de la internación, a los efectos de estudiar si las condiciones que determinaron su reclusión se mantienen o se modificaron en el tiempo, y siempre en el marco de los principios y garantías constitucionales mencionados. De no ser así, la internación se convierte en los hechos en una pena privativa de la libertad sin límite de duración. En esa inteligencia, resulta imperioso insistir en que apenas hayan cesado las causas que determinaron la internación, el paciente tiene derecho al egreso, sin que ello implique dar por terminado el tratamiento ya que él mismo puede optar por continuarlo, conforme es su derecho (CSJN, R., M. J. s/ Insanía, fallos 331:211).

Los juzgados, entonces, deben revisar la medida de seguridad impuesta a toda persona detenida, mediante una evaluación de riesgo cierto e inminente realizada por un equipo interdisciplinario que dé su opinión sobre la necesidad de mantener una medida que implica una restricción de la libertad, y sobre la posibilidad de tratamientos o medidas alternativas igualmente idóneas pero menos restrictivas. Pese a esto, la CPM ha identificado:

- medidas de seguridad que se extienden a lo largo de los años;
- incumplimientos de las revisiones semestrales;
- utilización del criterio de peligrosidad en los informes criminológicos elaborados por personal penitenciario y de asesorías periciales;
- rechazo de pedidos de cese de medidas sin la audiencia previa obligatoria (lo que impide el derecho de la persona a ser escuchada);
- remisión incompleta de informes desde las UP a los juzgados;

- demora judicial en la cuantificación del tiempo de la medida (lo que genera incertidumbre tanto en la persona como en su círculo afectivo)²⁸;
- reticencia judicial a autorizar traslados desde UP a dispositivos de salud, o exigirles a éstos medidas de seguridad que se encuentran prohibidas por la LNSM.

Estas situaciones marcan una contradicción palpable entre cómo se llevan adelante y el fin perseguido por las medidas de seguridad, que sería el resguardo temporal y el mejoramiento del estado de salud para su posterior reincorporación a un ambiente comunitario. Es necesario que se garantice una revisión periódica del poder judicial en conjunto con el Ministerio de Salud, bajo el criterio establecido por la LNSM que implica revisar las causas por las cuales las personas fueron encerradas, tal como está sucediendo con el proceso de desmanicomialización en los hospitales monovalentes.

Durante 2021, ocho personas permanecieron privadas ilegítimamente de su libertad en la UP 34, por falta de recursos económicos y contención familiar. En estos casos, las medidas de seguridad cesaron o vencieron al cumplirse la cuantificación establecida, las personas dejaron de estar a disposición del fuero penal y pasaron a la órbita de juzgados de Familia, momento desde el cual su detención en la UP 34 se convirtió en ilegal. Se trata de personas detenidas alegando “razones sociales”, que no egresan o bien vuelven a ingresar debido a la falta de acompañamiento de otras áreas del Estado. “No existe solución estatal”, expresaron las autoridades de la UP, en una entrevista mantenida durante 2021, en referencia a la falta de estrategias para garantizar externaciones o egresos sustentables.

En una audiencia judicial el 16 de diciembre de 2021 ante el Juzgado de Ejecución Penal 1 de La Plata²⁹, se trataron las medidas de seguridad vencidas (incidente de ejecución 18.168). Los representantes del Ministerio de Salud y del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos manifestaron que se realizarían reuniones en la UP 34 y que se estaba trabajando con la Dirección Provincial de Hospitales para poder brindar alternativas de

28 En un caso extremo, L. C. llevaba detenido más de 9 años sin tener cuantificada su medida de seguridad cuando el 8 de abril de 2021 fue entrevistado por la CPM. Por esta persona se solicitó la revisión de su medida de seguridad, la que no cuenta con resolución hasta la fecha de publicación del presente Informe.

29 Subrogado por José Nicolás Villafañe.

alojamiento. El Defensor General expresó que, cuando se acudió al Ministerio de Desarrollo de la Comunidad, se recibió por respuesta que no tenían presupuesto para tal fin y que similar situación se presentó con el Patronato de Liberados.

Por todo lo expuesto, resulta necesario que los establecimientos neuropsiquiátricos penitenciarios se adecúen a la LSNM y sean gestionados por el Ministerio de Salud provincial, que es la autoridad de aplicación de la ley provincial 14.580. Su permanencia en la órbita del SPB profundiza la vulneración sistemática de derechos fundamentales. Y hasta tanto esto se concrete, es indispensable una articulación entre la Mesa interministerial de salud mental y los órganos judiciales competentes para la puesta en práctica de soluciones.

3. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS COMO ESPACIOS DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

El Estado es el responsable de garantizar el acceso a la salud, y debe habilitar y fiscalizar las instituciones de salud mental del ámbito privado a través del Ministerio de Salud. Pero, en general, delega en la gestión privada la atención de la salud mental y el abordaje de las personas con consumo problemático de sustancias y adicciones: las llamadas comunidades terapéuticas, las clínicas neuropsiquiátricas y todo dispositivo privado que aborde y/o que prive de la libertad a personas por razones de salud mental. El sector privado cubre el vacío estatal en materia de política pública sanitaria; esta ausencia origina una total discrecionalidad de las instituciones privadas en cuanto al abordaje, a lo que se suma el desconocimiento del Estado sobre cualquier tipo de información, incluso sobre la cantidad de instituciones que habilita. La falta de datos oficiales fehacientes es alarmante.

En el marco de las tareas como Mecanismo Local de Prevención de la Tortura (MLPT), el programa de Salud Mental ha relevado nuevamente una serie de situaciones violentas y vulneradoras de derechos que no deben ser consideradas de manera aislada y difusa, sino como transversales a las diferentes instituciones del ámbito privado cuyo objetivo es el tratamiento por adicciones³⁰. Es importante la aplicación de normas de habilitación que generen un encuadre en las comunidades terapéuticas, como instrumento para que los estándares de calidad de atención y respeto por los lineamientos normativos de la LNSM sean parte fundante de todas las intervenciones.

El Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación de la ley, debe involucrarse en el proceso de adecuación de instituciones que trabajan con personas que atraviesan un cuadro de salud mental. Para lograr este proceso de adecuación en toda la Provincia, es necesario constituir un registro actualizado de las instituciones privadas de salud con espacio de internación, y

30 Desde el Informe 2018, la CPM registra y denuncia dichas situaciones en diferentes comunidades terapéuticas de la provincia de Buenos Aires.

que el Ministerio pueda fiscalizarlas. Dicho registro institucional, entendido como instrumento de control de las comunidades terapéuticas, podrá abonar a procesos en los cuales se garantice el cese de las prácticas vulneratorias de derecho como incumbencia propia de la autoridad de aplicación.

A continuación, se expone lo relevado en cuatro comunidades terapéuticas de la Provincia en el marco de las tareas de monitoreo desarrolladas como MLPT. A partir de las inspecciones y entrevistas mantenidas con las víctimas, se da cuenta de las situaciones de vulneración de derechos y prácticas de tortura registradas. Las violencias que atraviesan a las comunidades terapéuticas, en tanto lugares de privación de libertad, se analizan en el último apartado.

3.1. Fundación Candil

A través del programa de Recepción de Denuncias de la CPM, el 14 de abril de 2021 se tomó conocimiento del caso de Laura, una joven alojada en esta comunidad ubicada en Pilar. El programa de Salud Mental contactó a sus familiares, quienes refirieron que en una visita y posterior videollamada la habían visto con fuertes signos de sobremedicación. Denunciaron que esto se debía a que en días anteriores, durante una pelea con otra usuaria, la joven había roto un vidrio, por ello querían que sea alojada en otra institución para que cesen las situaciones de maltrato. La situación de sobremedicación ya se había dado en otras oportunidades, evidenciando que no existía abordaje en salud, sino que la medicación era utilizada para disciplinar y controlar su cuerpo.

Relataron que existía una restricción a las visitas por “protocolo Covid-19”, no se permitía el contacto físico y sólo podían estar a 2 metros de distancia durante 20 minutos, en caso de que las visitas hubieran sido habilitadas; una situación que va en detrimento del sostenimiento de lazos sociales, familiares y/o comunitarios. Afirmaron que les suministraban comida en mal estado; la joven lo había denunciado y le prohibieron el ingreso a la cocina.

La familia de Laura denunció que desde Fundación Candil la había catalogado como “violenta”, lo que implicaba que sufriera aislamiento constante y no podían hablar con ella. Tampoco recibían ningún tipo de información respecto al tratamiento, medicación y abordaje de su situación en general.

Debido a la gravedad de los hechos, la CPM llevó a cabo una inspección en la comunidad Fundación Candil el 14 de abril de 2021. Al presentarse en el lugar un equipo del programa de Salud Mental -alrededor de las 11 hs-, quien se presentó como la directora de la institución, Lic. Graciela Ojeda, negó el ingreso obstaculizando la labor de monitoreo de este mecanismo pese a ser una facultad reconocida por ley nacional³¹. Se comunicaron los hechos a la UFI 4 de Pilar y se solicitó su intervención; la fiscalía respondió que el fiscal³² no tenía atribuciones para asistir en el momento y garantizar el acceso al lugar, pero que le daría curso si se presentaba una denuncia. A su vez, se interpuso acción de habeas corpus colectivo en el Juzgado de Garantías N° 7 de San Isidro con asiento en Pilar, solicitando que se apersonase el juez en la institución a efecto de constatar la situación denunciada y habilite el ingreso para el cumplimiento de las funciones de este MLPT. Aproximadamente a las 16 hs se presentó el juez de Garantías, Dr. Walter Saettone, con una orden de allanamiento que exigía el ingreso del equipo para cumplir con las funciones reconocidas por ley.

Así se accedió al lugar y se hizo el monitoreo. Se solicitó información y documentación (de la habilitación de la institución, de personas alojadas, del personal del lugar), se entrevistó confidencialmente a las mujeres alojadas, se revisaron historias clínicas y se inspeccionaron las condiciones materiales de alojamiento en la casa destinada a mujeres y en el sector de cocina y depósito. Todo el procedimiento fue registrado en el libro de actas de la institución. La coordinadora de la institución, Betina Vega, informó que contaban con un cupo para alojar a 30 personas (hombres y mujeres) en el marco de la pandemia, ya que previamente la capacidad era para 42 personas. Según la habilitación exhibida, dada por el Ministerio de Salud en 2010, se otorgó una ampliación a 45 camas. Informó que, al momento de la inspección, había alojadas 25 personas (12 varones y 13 mujeres). Esta información no coincidió con los datos proporcionados posteriormente, por ello se solicitó un listado

31 Los art. 35 inc. a y art. 36 inc. b de la Ley Nacional N° 26.827, que rige el funcionamiento del Sistema Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.

32 La fiscalía está integrada por los agentes fiscales Esteban Álvarez y Federico Mercader.

de todas las personas alojadas en el que figuraban 28 personas.

A partir de las entrevistas con las usuarias, se relevaron una serie prácticas opuestas a lo planteado por la LNSM con respecto al abordaje tratamental y que se constituían como violatorias de derechos de las personas alojadas. Se relevó la existencia de un régimen autoritario gestionado bajo la lógica de premios/castigos y la imposición del temor como control del lugar. La institución designaba roles jerárquicos entre las usuarias, que mediaban la comunicación con el personal responsable del cuidado delegando sus funciones, y había un sistema de notas como forma de realizar pedidos y/o reclamos que no garantizaba el abordaje de lo solicitado y dificultaba la comunicación con operadoras y coordinadoras.

Las usuarias expresaron que existía una práctica llamada “63 No”: 63 reglas con lo que no se podía hacer y que eran informadas a las personas a su ingreso. Si alguien incumplía alguna de esas reglas se aplicaban “medidas educativas”: realizar tareas de limpieza por varias horas sin descanso ni elementos necesarios, lavar ropa en un balde con agua fría, juntar todas las hojas caídas de los árboles del predio, o restringir las llamadas o visitas con la familia, entre otras. Dentro de las medidas de castigo, se registró la aplicación de una práctica a la que llamaban “confrontación”, que consistía en someter a la persona que violó la regla a maltratos verbales: debía colocarse al frente para ser “confrontada” por sus compañeras quienes, una por una, le gritaban en la cara “te confronto compañera por...”, y podían insultarla sin que la persona pudiera contestar y debía permanecer en silencio. Esta práctica también había sido denunciada por la familia de Laura. Otra medida adoptada por el equipo terapéutico, relatada por una usuaria, fue que después haber discutido con una compañera las dejaron en una habitación atadas de pies y manos: “nos dijeron que esta medida la discutieron en el equipo, como que era terapéutica”.

Además, las tareas domésticas eran consideradas como parte del tratamiento y como forma de castigo. El lugar no tenía personal de limpieza, es decir que el mantenimiento de las instalaciones estaba totalmente a cargo de las usuarias. La medicación psiquiátrica era utilizada como castigo, por conveniencia de terceros (es decir, no con fines terapéuticos sino para mantener “planchadas a las personas”) o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. Algunas usuarias re-

lataron que habían utilizado la medicación como respuesta a quejas hacia la institución o por haber expresado su deseo de abandonarla. Además, relataron que una de las reglas de la institución era “la medicación no se cuestiona”: preguntar qué psicofármaco se les estaba suministrando o por qué se lo muelen era razón para ser castigadas. La circulación de las personas por el predio estaba restringida: no se les permitía transitar libremente y debían encontrarse siempre acompañadas, incluso para ir al baño o bañarse, vulnerando su derecho a la privacidad y la intimidad.

Una vulneración que atravesó la mayoría de las entrevistas fue la afectación del vínculo familiar. En las comunicaciones telefónicas siempre estaba presente una operadora. Podían comunicarse tres días a la semana durante cinco minutos; si se extendían, les descontaban los minutos al siguiente llamado. Una medida de castigo era la suspensión del contacto familiar.

La institución no ofrecía acompañamiento terapéutico- psicológico individual diario, sino que el espacio terapéutico se limitaba a media hora por semana. Los grupos terapéuticos no estaban a cargo de profesionales de salud mental sino de operadoras de la institución. La atención médica era deficiente y en algunos casos, nula. La comunidad contaba con un médico clínico que asistía cada 15 días. Las usuarias manifestaron que todo malestar físico era tratado con analgésicos indicados por teléfono por el médico y administrados por las operadoras.

Las usuarias denunciaron mala alimentación y provisión de alimentos vencidos, hecho que se constató al acceder al sector de cocina y depósito. Al verificar la existencia de alimentos vencidos, se solicitó a la coordinadora su desecho inmediato. Las mujeres expresaron que la alimentación se basaba en harinas, fideos y arroz, pero se constató la presencia de un freezer lleno de cortes de carne.

Varias usuarias requirieron intervención para informarse o implicarse en su proceso judicial, realizar trámites para seguir cobrando pensiones, entre otras cuestiones que no eran garantizadas por la institución.

La institución contaba con una casa destinada al alojamiento de hombres y otra al de mujeres, y esta división por género se extendía a todas las actividades diarias. Se registró un tratamiento desigual y discriminatorio

desde la perspectiva de género: los sectores de habitaciones estaban diferenciados pero el comedor era un sector común donde solamente los varones podían permanecer durante el día. Además, tenían comodidades que las mujeres no: televisor con cable, equipo de música, la actividad de cocina habilitada exclusivamente a ellos, mayor tiempo disponible para los llamados telefónicos. No realizaban actividades mixtas y una de las reglas de la institución era “no cruzar miradas”, al punto que las mujeres debían agachar la cabeza o ponerse de espaldas cuando pasaba un varón por delante.

Se entrevistó en intimidad a Laura. Ella manifestó que, al ingresar a la institución, había permanecido aislada 14 días pudiendo circular sólo por dos espacios del predio. Durante el día sólo podía estar en el sector llamado “staff” y por la noche dormía en una habitación destinada al aislamiento. Se constató que esa habitación tenía dos camas cuchetas separadas por un panel de fibrofácil y madera. Allí era encerrada durante la noche, y le quitaban el picaporte a la puerta de acceso. Según la coordinadora, era el espacio utilizado para la aplicación del protocolo enviado por SEDRONAR respecto a la situación de pandemia. Informó que todas las personas que ingresaban debían cumplir con esos días de aislamiento, aun presentando un hisopado negativo. Laura relató que durante esos días le prohibieron hablar con otras personas. Desde ese momento, le comenzaron a dar lorazepam en “la toma de las 19 hs”, suministro habitual a todas las personas que ingresaban. Una vez alojada comenzó a ser sometido, al igual que el resto de las usuarias, al régimen de premios/castigos imperante en la institución. Manifestó que en una ocasión, luego de permanecer cinco días descompuesta sin recibir asistencia médica, la quisieron obligar a tomar sopa y ante su negativa fue maltratada verbalmente por el personal, lo que le provocó una crisis, rompió un vidrio y dijo querer irse del lugar. Ante ello, la operadora llamó a la policía y se presentaron agentes policiales en la institución que amenazaron a Laura: “hace las cosas bien porque te vamos a llevar al penal”. Esto le provocó un gran temor y declinó su actitud coaccionada por semejante amenaza. Luego de este hecho, fue obligada a quedarse sentada en un banco y una operadora llamó por teléfono al psiquiatra, quien ordenó un refuerzo de la medicación sin haber visto o escuchado a Laura. La operadora le dijo “ahora tenés que tomar en todas las tomas”, y le molió una pastilla en una cuchara sin informarle qué le estaba suministrando, con qué fin ni sus posibles efectos adversos. La *medida educativa* por este hecho consistió en obligarla a permanecer

sentada en ese banco a la vista de todas las personas, sin poder levantarse ni hablar con nadie. Las operadoras solamente le llevaban comida y la medicaban. La sometieron a esta práctica tortuosa, bajo los efectos de la sobremedicación, cinco días: sentada de 8 a 21 hs, padeciendo frío, en permanente estado de somnolencia y mareos, sin poder recostarse y sin hablar con nadie, a sus compañeras se lo prohibieron y las operadoras tampoco le dirigían la palabra. Expresó no haber tenido noción de lo que sucedía con su cuerpo, y llegó a orinarse encima sin darse cuenta. Tenía dificultades para reconstruir cada día por los efectos perjudiciales de las altas dosis de psicofármacos. La historia clínica de Laura contenía como primer registro una hoja suelta, con fecha 14 de abril –día de la inspección-, donde se consignó: “el día 10/4/21 la paciente sufre una crisis de excitación psicomotriz (rompe vidrios y amenaza a operadoras) motivo por el cual se refuerza medicación hasta nueva evaluación”. El psiquiatra de la institución confirmó que la indicación había sido dada por teléfono y que ello era una práctica habitual allí. Al momento de la entrevista, Laura presentaba signos de lentificación motora y verbal y angustia, y manifestó sentirse mejor luego de no ingerir más psicofármacos.

Por la gravedad de los hechos relevados, se interpuso acción de habeas corpus en el Tribunal Oral Criminal N° 2 de Mercedes³³ que entendía en su causa, comunicando los graves hechos de los que fuera víctima y solicitando que, en el marco de dar continuidad al abordaje por la situación de consumo, sea trasladada a un dispositivo que garantice un abordaje respetuoso de sus derechos. Asimismo, se realizó una denuncia penal en la UFI 4 de Pilar solicitando la investigación de los hechos en el marco de las graves violaciones de derechos constatadas en las prácticas de la comunidad terapéutica. Las situaciones denunciadas se dan en un contexto donde las instituciones privadas no se adecúan a la LNSM y no son foco de ningún tipo de fiscalización, sometiendo a situaciones de violencia y de vulneración de derechos a personas con padecimientos de salud mental. Por ello, también se dio intervención al Ministerio de Salud, como autoridad de aplicación de la LNSM, al Órgano de Revisión Local (ORL) y al SEDRONAR, como organismo conveniado con la institución denunciada.

A partir de la intervención de la CPM, Laura pudo continuar su tratamiento por motivos de salud mental en otra institución, donde el abordaje de

33 A cargo del juez Juan Miguel Tillet.

su situación se realiza respetando sus derechos y acompañada por su familia de manera constante.

3.2. San Antonio

En el año 2018 la CPM inspeccionó la comunidad terapéutica San Antonio de la localidad de Pilar; se relevaron gravísimas vulneraciones de derechos y situaciones de violencia que terminaron con la clausura del lugar a partir de las denuncias de la CPM³⁴. Sin embargo, la comunidad volvió a ser habilitada y nuevamente fue denunciada por un hecho de violencia ocurrido allí.

El 7 de julio de 2021 el programa de Salud Mental tomó conocimiento de un hecho violento: la persona que sería el dueño de la comunidad ingresó en estado de ebriedad, en actitud agresiva y en posesión de un arma de fuego; en ese estado había amenazado de muerte a algunos jóvenes alojados. Como consecuencia, varios se comunicaron con sus familiares y se retiraron de la comunidad por encontrarse en peligro su vida e integridad física. Por ello, se radicó una denuncia penal ante la UFI N° 3 de Pilar. Una semana más tarde se informó a la CPM sobre un nuevo hecho de violencia: el mismo hombre, en horas de la mañana y nuevamente alcoholizado, había amenazado con una cuchilla a uno de los jóvenes que aún permanecía dentro de la comunidad, y luego lo había echado del lugar. Asimismo, el periodista Pablo Galfré, que investigaba el tema, envió dos videos en los que se podía ver a una persona -sería el dueño de la institución- portando un arma de fuego, en aparente estado de intoxicación y en posesión de un chaleco antibalas perteneciente a la policía bonaerense. Se informó que esta persona tendría acceso a estos elementos por la presunta connivencia con dicha fuerza de seguridad. Dada la gravedad, se presentó un escrito ante la fiscalía interviniente informando los hechos denunciados y solicitando su urgente intervención en el marco de la investigación en curso con el objetivo de que aboque a la misma sin delegar su curso en el

34 Para más información sobre lo denunciado, ver Informe anual 2019 (CPM, 2019: 253).

accionar policial. Asimismo, se solicitó que se garanticen las medidas de cuidado al momento de tomar intervención teniendo en cuenta que las personas alojadas -incluso la persona denunciada- se encontraban atravesando situaciones complejas vinculadas a su salud mental, por lo que era fundamental que las medidas adoptadas se inscriban en un marco que garantice la integridad de todas. También se presentó un habeas corpus colectivo al Juzgado de Garantías N° 7 de Pilar, entendiendo la existencia de una situación de riesgo de todas las personas involucradas y alojadas en la institución.

Por las presentaciones realizadas, 9 de abril el juzgado informó a la CPM que se habían allanado las instalaciones de la comunidad terapéutica, se había detenido a dicha persona y se había encontrado un arma de fuego. En las actuaciones también habían participado el Ministerio de Salud y el comité de crisis municipal.

Por otro lado, desde la CPM se mantuvo contacto con algunas de las madres de los jóvenes alojados en la institución y sometidos a malos tratos y amenazas. En este marco se tomó conocimiento sobre la situación que atravesaban algunos de ellos quienes, luego de salir del lugar, se encontraban sin abordaje integral de su cuadro y con serias dificultades para acceder a tratamientos en su comunidad.

3.3. Cumelén

El 9 de agosto del 2021 el programa de Salud Mental inspeccionó la comunidad terapéutica Cumelén de Olavarría, que estaba habilitada por el Ministerio de Salud para su funcionamiento como establecimiento asistencial de deshabitación, desintoxicación, rehabilitación y reinserción de pacientes drogodependientes, con una capacidad para 31 personas. Allí se detectaron graves violaciones a los derechos humanos de los 26 jóvenes alojados de entre 14 y 18 años.

A partir de entrevistar a los jóvenes, se relevó que al momento de ingresar a la institución debían permanecer aislados durante aproximadamente 10 días en un espacio de tránsito. Durante ese periodo tenían prohibido comunicarse tanto con el afuera como con las personas de la comunidad, debían permanecer sentados en una silla y sólo accedían al baño autorizados por un operador. Este régimen en soledad, sin contacto humano significativo, se excusaba bajo el argumento de cuidado en el marco de la pandemia. Sin embargo, esto contradecía el hecho de que los jóvenes se encontraban en espacios de tránsito comunes y no les realizaban ningún tipo de revisión o test para conocer su situación clínica al respecto. Al ingreso, los usuarios no eran evaluados de manera interdisciplinaria como establece la LNSM, sino que eran sometidos a un mismo abordaje: impedimento absoluto de contacto con vínculos afectos, aislamiento y sobremedicación sin sustento terapéutico.

Los jóvenes entrevistados relataron que al ingresar les brindaban el consentimiento informado para que lo firmen; sin embargo, esto sucedía sin explicar qué implicaba y, en algunos casos, amenazándolos con que si se negaban a firmar se ampliaría su tiempo de permanencia en la comunidad, por lo cual varios de ellos firmaron coaccionados y/o en total desconocimiento. Esto resultaba alarmante, ya que se relevaron situaciones de jóvenes no alfabetizados que muestran falta de claridad respecto al método de adecuación, si es que existía, para la firma de dicho documento.

No había distinción entre usuarios mayores de edad y niños o adolescentes, todos estaban alojados juntos. Esa diferencia tampoco se manifestaba en abordajes personalizados y/o en vinculación con las trayectorias de vida de cada usuario y la posibilidad de trabajar en la realización de un proyecto de vida posterior al alojamiento en la comunidad. Al contrario, todos los jóvenes atravesaban el mismo mecanismo de intervención independientemente del grado de problema con el que ingresaron a la comunidad.

La mayoría de los niños estaban tomando cantidades abrumadoras de medicación: estaban adormecidos, les costaba hablar y moverse, salivaban de manera excesiva, y tenían temblores y bajas abruptas de presión. Muchos no sabían qué medicación se les suministraba, desconociendo sus posibles efectos secundarios y se les negaba el acceso a la información

sobre la posibilidad de otra estrategia acorde a su situación de salud mental. Un joven relató que pretendía que su plan farmacológico sea reducido debido a los efectos adversos, pero el director de la institución, Eduardo Vega, le dijo “es por tu bien”, y siguió sobremedicado contra su voluntad. A esto se sumaba que tomaban la medicación diluida en agua, sin reconocer de qué se trataba. Muchos jóvenes expresaron no saber si habían sido entrevistados por un psiquiatra, ni que se evaluara periódicamente la dosis. Todos dijeron que desconocían el motivo por el que se les brinda medicación en las cantidades suministradas y las consecuencias que podía tener. Todos los jóvenes medicados expresaron que no querían tomar la medicación, algunos porque no sabían el motivo y otros porque padecían serios malestares físicos al hacerlo. Si los jóvenes se negaban a tomar la medicación eran violentamente forzados: los operadores los *criqueaban* (se sujeta fuertemente de los brazos presionando en la espalda, lastimando e inmovilizando). La medicación no era utilizada con fines terapéuticos sino como castigo, para suplir la falta de personas cuidadoras y como una herramienta de sumisión frente a las vulneraciones de derechos que allí se cometían.

Los jóvenes expresaron ser víctimas de violencia por parte de los operadores de la comunidad. Muchos denunciaron que era una práctica constante que el subdirector los violente, amenace o insulte. Además, en ocasiones, les inyectaba de medicación forzosamente frente a conflictos y reclamos por lo cual su figura siempre despertaba temores. Un joven afirmó que “te pone una inyección de pidol o algo así”; esto evidencia que se aplican inyectables de haloperidol, práctica que debe ser evaluada y monitoreada por personal idóneo por los posibles efectos colaterales y cuya administración para objetivos que no sean exclusivamente terapéuticos se configura como delito. Sin embargo, según los relatos, luego de la aplicación de estos inyectables los jóvenes quedaban en el comedor y/o SUM, durmiendo solos sin ningún tipo de cuidado.

Los jóvenes expresaron que eran maltratados verbalmente por los operadores de manera constante, los insultaban y les decían frases como “acá no tenés derechos”, sumado a apodosos estigmatizantes como “pan triste” o “el medicado”. Ejercían discriminación con los niños y jóvenes por su físico, su cuadro de salud mental, su situación familiar o el delito a quienes provenían del sistema de responsabilidad penal juvenil. Esto último

generaba frustración en algunos jóvenes, quienes explicaron que quieren construir una nueva versión identitaria y sin embargo padecían el estigma constante. Algunos maestros agredían a los jóvenes cuando no entendían parte de la clase, humillándolos frente a sus compañeros. Si los jóvenes se enojaban y no querían realizar su tarea, les gritaban y los expulsaban del aula. Incluso los operadores incentivaban que algunos jóvenes agredieran a otros y/o eran cómplices de golpizas, por inacción frente a peleas que suceden a los gritos y en espacios visibles. Incluso, uno de ellos refirió que un joven había sido víctima de abuso sexual. Luego de un conflicto, fue medicado forzosamente y había quedado inmovilizado por lo excesivo de la medicación; sin control sobre su propio cuerpo, fue agredido por otro usuario. El joven recién fue atendido en un hospital a partir de una tentativa de suicidio.

Gran parte de los jóvenes entrevistados manifestaron haber tenido tentativas de suicidio y/o haber incurrido en autolesiones. Asimismo, la mayoría de los jóvenes atravesaban episodios de angustia, no pudiendo elaborarla, y sin visualizar una posibilidad de cambio debido a una gran frustración y tristeza por el casi nulo abordaje de su salud mental (basado sólo en una lógica rígida de premios y castigos) como también por la distancia con su familia y por la imposibilidad de tener espacios privados de conversación con sus referentes afectivos. Pese a la generalidad y evidencia del problema, no existía un abordaje de prevención claro y efectivo. Tampoco se había trabajado la posvención frente al suicidio de un niño de 13 años en la institución, ocurrido el 14 de julio de 2021, casi un mes antes de la inspección³⁵. Si bien las autoridades dijeron haber hecho asambleas con los jóvenes, ellos no hicieron ninguna referencia. Al contrario, notaron como efectos de este hecho el recorte del tiempo de las llamadas, el cambio de régimen y la imposibilidad de dormir en sus habitaciones ya que lo hacían todos en el SUM en contra de su voluntad y vulnerando su derecho a la intimidad. No se detectó un acompañamiento post traumático sino un nuevo mecanismo de castigo sobre los jóvenes, estructural y sistemático; la ausencia de abordaje adecuado y no violento y/o vulneratorio de derechos impidió tramitar el duelo por el compañero que se suicidó. Re-

35 Entre 2016 y 2021, se registraron 21 fallecimientos en comunidades terapéuticas privadas. Asimismo, el 46% del total de fallecimientos de personas internadas por razones de salud mental entre 2016 y 2021, se encontraba internada en instituciones privadas. Para más información sobre estos datos, ir a [Muertes Salud Mental - Datos Abiertos](#) y al capítulo 4 de la presente sección.

levamos también que cuando los jóvenes denunciaron haber tenido una tentativa de suicidio, o haber verbalizado esta posibilidad, los operadores comenzaron a hostigarlos, habilitando que esto sea objeto de burlas por parte de otros jóvenes. A un niño lo apodaron “pan triste” y lo insultaban permanentemente. Además, ante estas situaciones se aplicaban sanciones colectivas (como la prohibición de salir al patio); en venganza por la sanción los jóvenes que no tenían tentativas tomaban represalias físicas y verbales contra aquél que lo hacía.

A partir de este suicidio, la institución eliminó el sistema anterior de progresividad de fases, cuestionable por su matriz punitivista. No obstante, habían establecido un sistema de objetivos que debían cumplirse según el tiempo transcurrido en la institución, lo que agravaba la situación porque los jóvenes no conocían esos objetivos ni qué debían hacer para alcanzarlos. Entonces perdían toda noción de tiempo estimado de permanencia en la comunidad o cuáles eran las dimensiones del tratamiento que se esperaba de ellos.

El abordaje llevado adelante por la institución se basaba en la culpabilización y la lógica punitiva como práctica sistemática transversal al régimen de vida: una práctica colectivizada de malos tratos que sostenían el día a día. Desde el personal de la comunidad terapéutica se hostigaba permanentemente a los jóvenes por sus problemas de consumo, diciéndoles que nunca podrían salir de esa situación y que no volverían a ver a su familia. Los jóvenes expresaron que sabían que se realizaban informes sobre su desempeño pero no tenían acceso a los mismos, y muchos no sabían a qué instituciones se presentaban; los informes eran usados como objeto de amenazas por el personal. Era un régimen de vida extremadamente violento y punitivo.

Se puso en evidencia que no se llevaba a cabo un plan de externación a partir del tejido de redes territoriales intersectoriales y/o interinstitucionales como parte fundante del tratamiento por consumo problemático de sustancias. Tampoco se relevaron estrategias tendientes al sostenimiento de lazos familiares y/o con referentes afectivos territoriales o de otras instituciones transcurridas por los jóvenes, ni estrategias para la revinculación familiar. El vínculo de los jóvenes con sus familias no sólo era obstaculizado por la comunidad, también podía ser suspendido ya que

una de las sanciones consistía en prohibir llamados o visitas. Los jóvenes refirieron que se comunicaban con sus vínculos afectivos a través de llamadas de 5 minutos a la semana. Relataron que “antes algunos eran premiados” con la extensión a 15 minutos pero, al momento de la inspección, bajo la excusa de haber modificado el sistema de premios y castigos, los llamados eran de 5 minutos para todos. Los jóvenes no podían llamar a nadie, sino que debían ser sus familias las que realicen el llamado ese día. Además, las llamadas y videollamadas eran escuchadas y controladas por los operadores y la mayoría se realizaba en espacios comunes carentes de privacidad. Si el personal identificaba algo con lo que no se acordaba a nivel institucional, tenía la posibilidad de finalizar la llamada; obstrucción de contacto del joven con sus referentes afectivos, censura a los espacios de libre expresión y dificultad de las familias de saber cómo estaban o se sentían los jóvenes, y obturación eficiente la posibilidad de que los jóvenes pudieran dar cuenta del régimen violatorio de derechos. Por otro lado, lo dicho por los jóvenes en las llamadas se utilizaba para reforzar prácticas culpabilizantes: por ejemplo, uno de los jóvenes refirió que le dijeron “viste qué manipulador que sos” cuando lloró mientras mantenía una conversación telefónica pidiendo que su familia lo retire de la comunidad. Los jóvenes no tenían ningún otro tipo de contacto con el exterior porque estaba prohibido el uso de celulares y redes sociales. Hay que sumarle que la mayoría tenía su centro de vida en localidades distantes a la comunidad. En consecuencia, no recibían visitas porque sus familias no contaban con medios económicos ni eran proveídos por organismos intervinientes para garantizar el vínculo. Aquellos jóvenes que sí recibían visitas se encontraban con su familia y/o referente una vez por mes, momentos autorizados por la dirección de Cumelén sin criterios específicos que justifiquen esta decisión, solo basada en el sistema de premios y castigos mencionado. Las visitas duraban sólo una hora, con la presencia permanente de personas que vigilaban la conversación, independientemente de la distancia de procedencia y/o el tiempo transcurrido entre los encuentros y de la situación subjetiva en la que se encontraba el joven en su proceso de vinculación familiar.

La mayoría de los jóvenes desconocía datos de su proceso judicial. No sabían que tenían jueces/zas para controlar la legalidad de la internación ni la posibilidad de acudir a un abogado defensor para ejercer sus derechos. Los que conocían dicha información no podían comunicarse libremente con ellos: debían presentar una solicitud formal escrita a las autoridades, quie-

nes decidían si autorizaban o no la comunicación. Además, todas las comunicaciones con los operadores judiciales y administrativos también eran controladas por la autoridad de custodia de la comunidad terapéutica, violando el derecho a la intimidad y la privacidad. Como con la comunicación con las familias, también lo conversado en dichos llamados era usado por el personal como represalia y manipulación, coerción y violencia psicológica. Aquí se advierte que se replicaban prácticas propias del sistema penitenciario, que configuran la antítesis misma de lo que debiera ser una institución que aborda padecimientos de salud mental de niños y jóvenes.

Se observó también un deterioro edilicio en todas las instalaciones. Los espacios eran húmedos y fríos, incluso donde había un precario sistema de calefacción. Los jóvenes entrevistados relataron que la calefacción se apagaba luego de que se dormían, por lo cual la temperatura por la noche era muy baja. Los baños eran escasos en relación a la cantidad de jóvenes alojados, estaban averiados y carecían de la higiene adecuada. El agua caliente era insuficiente y los últimos jóvenes terminaban bañándose con agua fría. Las habitaciones tenían las puertas rotas y/o sin picaportes. Los jóvenes no tenían espacios de privacidad e intimidad para guardar sus pertenencias porque los roperos no tenían puertas. Tampoco podían tener pertenencias propias, como anotadores, que no revisara el personal de la institución.

Durante la inspección se observó que los jóvenes estaban vestidos con ropa rota, sucia e inadecuada para las bajas temperaturas propias de la época invernal. Muchos no tenían vestimenta propia sino ropa proveniente de una especie de ropero comunitario, por lo cual no era de su talla. Esta situación los afectaba por la imposibilidad de utilizar la vestimenta como eje de construcción identitaria en relación a su etapa subjetiva, obturando la heterogeneidad propia de cada joven. Había niños calzados con ojotas, y quienes tenían zapatillas no estaban autorizados a usar cordones como supuesta medida de prevención de suicidios, y caminaban incómodos.

La dieta alimentaria no era balanceada y no brindaba carne o frutas en cantidad suficiente. Muchos jóvenes refirieron pasar hambre y que no se les permitía acceder a una segunda ración de comida porque “están gordos”, según dichos de la nutricionista humillando y reforzando estereotipos. Un hecho de extrema gravedad es que se encontraron alimentos con fecha de vencimiento en 2019.

En lo que respecta al acceso a la salud: si los jóvenes tenían alguna patología previa que requería tratamiento, el abordaje se interrumpía al ingresar debido a que no les gestionaban los turnos médicos ni les proveían elementos para el seguimiento. En caso de que se sintieran mal debían indicarlo al subdirector y este les daba ibuprofeno sin revisión médica previa, incluso si tenían síntomas compatibles con Covid-19, en cuyo caso algunos jóvenes ni siquiera eran hisopados. La institución no contaba con personal médico regularmente. La médica clínica no concurría al establecimiento desde hacía “varios meses”; el argumento que se esgrimió es un supuesto cuidado por la emergencia sanitaria.

Para su educación los jóvenes asistían a clases en las llamadas *aulas de aceleración* en las instalaciones de la comunidad. Algunos jóvenes no sabían leer y escribir por lo que se perdían durante las clases; sin embargo, refirieron que no recibían el acompañamiento necesario para integrarse a los demás compañeros.

Los jóvenes sólo tenían acceso al patio los domingos, siempre y cuando no hubiera sanciones colectivas; tenían restringida la música y las películas ya que no les permitían ver o escuchar contenido que a criterio de los operadores fuera “apologético” (escenas de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, etc.). Realizaban todas las tareas cotidianas para el sostenimiento de la comunidad, desde el mantenimiento edilicio y la limpieza hasta la cocina y la seguridad. De hecho, en el marco de la inspección, una operadora interrumpió la entrevista con un joven para solicitarle que se encargara de cocinar la cena. Ningún joven obtenía remuneración por el trabajo realizado ni certificación de los contenidos aprendidos para poder validarlos en una futura inclusión laboral.

De las entrevistas se desprende la existencia de un régimen disciplinario restrictivo, ya que las sanciones se aplicaban arbitrariamente según criterios que ningún joven conocía. Las violencias padecidas dan cuenta de un régimen de vida semejante al penitenciario, contrario a la LNSM y violatorio de los derechos constitucionales de niños, niñas y adolescentes. Los jóvenes alojados en Cumelén padecían torturas constantes materializadas en vigilancia excesiva, sobremedicación, violencia física y verbal, estigmatización y condiciones inhumanas de alojamiento.

Teniendo en cuenta la gravedad de los hechos se presentó un habeas corpus colectivo ante la Cámara de Apelación y Garantías y se formuló la denuncia penal en la Fiscalía General, solicitando la clausura de la comunidad terapéutica; se dio intervención también al OPNyA, CNPT, el Ministerio de Salud y la Defensoría de NNyA. Debido a estas presentaciones, el 18 de marzo de 2022 desde el Ministerio de Salud informaron que la Dirección Provincial de Registro y Fiscalización Sanitaria había dispuesto la baja el establecimiento³⁶ y, por lo tanto, la institución dejaba de funcionar.

3.4. Proyecto Universo

El 22 de octubre de 2021 se realizó una inspección a la comunidad terapéutica Proyecto Universo, ubicada en la localidad de Villa Elisa, La Plata, que alojaba a dos mujeres y tres varones mayores de 18 años con consumo problemático de sustancias.

Se solicitó a la autoridad la copia de la habilitación municipal y provincial, pero no fue proporcionada alegando que la habían iniciado en los momentos más restrictivos del ASPO y todavía no tenían la documentación. Se solicitó una constancia de inicio del trámite que tampoco entregaron, por lo cual no se pudo constatar si la institución estaba habilitada al momento de la inspección.

En la entrevista, la autoridad de la institución, María Raquel Oviedo, señaló que desconocía la normativa a aplicar para el legal funcionamiento de una institución de salud, la LNSM y la Ley nacional de derechos del paciente 26.529. Su formación y su forma de abordaje -según sus propias palabras- eran desde “su voluntad y buena predisposición. Ese desconocimiento se traducía en el tipo de abordaje y tratamiento de los cuadros de salud mental registrados en la comunidad. Se relevó que la duración de la internación se establecía el día de ingreso utilizando un sistema de fases predeterminado para todos/as los/s usuarios/as, estimado en en-

36 El expediente 2900-69355/04 A2.

tre 8 meses y 1 año. Luego seguía un tratamiento ambulatorio bajo la modalidad de consultorios, hospital de día y/o de noche. A partir de los 3 meses de internación, los/s usuarios/as podían acceder a salidas supervisadas. Según lo relevado, los/as operadores consideraban que a los 5 ó 6 meses “comienzan a recuperarse”. Este sistema de fases aplicado por la comunidad es contrario a lo estipulado por la normativa y no se ajusta a la situación de salud mental de cada usuario/a. Así se eludía la consideración del carácter restrictivo que implica el tratamiento bajo modalidad de internación, que debe desarrollarse en el menor tiempo posible y en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios.

El espacio de abordaje psicológico estaba a cargo de una licenciada en Psicología que concurría al lugar cada 15 días. Además de la frecuencia, estos espacios eran estrictamente disciplinares y alejados de la normativa vigente. A partir de lo expresado por los/as usuario/a, por el personal de la institución entrevistado y lo constatado en historias clínicas, no existían evaluaciones interdisciplinarias (como establece el art. 8 de la LNSM) en el ingreso, para establecer si la persona cuenta con criterio de internación por motivos de salud mental, ni en el abordaje cotidiano.

En la entrevista realizada a la autoridad, se observó que la modalidad de abordaje estaba focalizada en consideraciones terapéuticas propias del modelo Minnesota³⁷ y de la psicología conductista, fuera de una perspectiva de derechos. Esto se traducía en irregularidades en las prácticas; por ejemplo, no asegurar a una de las usuarias un turno odontológico bajo el argumento de que la espera podría considerarse como un aprendizaje e incluso como modo de tratamiento: que en ese momento la usuaria debía “enfocarse en otras cosas”, en solucionar “su parte interior y no preocuparse por su aspecto físico”. Según lo manifestado por las personas internadas, el tratamiento ofrecido en la comunidad estaba basado en talleres grupales y obligatorios de escritura, coordinados por los/as operadores y sin la presencia de profesionales de la salud.

37 Dicho modelo es basado especialmente en la escritura, como espacio de reflexión y escritura (“Solo por hoy”, escriben los 12 pasos de narcóticos anónimos, van completando los 70 arrepentimientos, hablan sobre su historia de vida y “tocada de fondo”). Los talleres son obligatorios, donde deben describir “una situación” acompañado por el “pensamiento y sentimiento” que les produce, dicha reflexión deben compartirla con el resto de sus compañeros/as. No pueden trabajarse de manera individual o mantenerlos en la intimidad.

En la inspección también se relevaron las historias clínicas y se constató que ninguna cumplía con la normativa nacional exigida: no estaban completas, foliadas, ordenadas cronológicamente ni incluían el consentimiento informado completo. En ninguna constaba la evaluación interdisciplinaria para justificar la indicación de internación como recurso terapéutico³⁸ ni registro de las actividades realizadas dentro o fuera de la comunidad; tampoco, entrevistas con profesionales de la salud. Se observó que incluían un formulario titulado “consentimiento informado”, que tenía espacios a completar por el/la profesional tratante y por la autoridad de la institución. Sin embargo, en ninguna historias clínicas estaba completo, sólo estaba la firma de la persona que decidía voluntariamente internarse en un papel que no tenía ningún tipo de información. Dicho formulario explicitaba que el consentimiento debía ser “firmado por el paciente, si no pudiera, el pariente más cercano o persona autorizada”. Esto último incumple la normativa vigente, ya que si el/la paciente no pudiera prestar su consentimiento para su propia internación (en caso que así lo evalúe un equipo interdisciplinario) la internación debería concretarse como involuntaria. Sin embargo, todas las internaciones se presentaban allí como voluntarias, aun sin contar con el consentimiento informado de las personas internadas.

Otra irregularidad constatada fue la falta de notificación al poder judicial y al ORL de las internaciones voluntarias; según lo establecido por la LNSM, una vez transcurridos 60 días deben ser consideradas involuntarias y, por ende, debe intervenir la agencia judicial. Sin embargo, al día de la inspección, ninguna internación contaba con control de legalidad de la medida a pesar que una superaba el plazo pautado por la ley.

A partir de entrevistar a las personas alojadas, se observó que no tenían en claro qué era un consentimiento informado. Algunas manifestaron no recordar su contenido o haber firmado estando “muy perdido”, “en otra”, “con abstinencia”. Incluso algunas personas refirieron que había sido el/la familiar que las había acompañado quien había firmado el documento. Vale destacar que el consentimiento informado sólo debe ser considerado válido cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación; si esto no se produjera debe considerarse una internación

38 La normativa exige que dicha evaluación debe ser firmada por, al menos, dos profesionales, uno/a de los/as cuales debe ser necesariamente psicólogo/a o psiquiatra.

involuntaria con los requisitos y las garantías que establece la ley. Algunas de las personas usuarias expresaron desconocer que su internación estaba enmarcada en una ley, lo que se traducía en la falta de acceso a la información sobre los derechos que deberían ser garantizados por la comunidad terapéutica.

A partir de las entrevistas con usuarios/as y con el personal, se observó que la dinámica de vida dentro de la institución se basaba en la lógica de premio-castigo. El régimen de vida se caracterizaba por una rutina marcada, con horarios establecidos de manera rígida. Las actividades y tareas diarias (cocinar, limpiar, ordenar) eran distribuidas obligatoriamente a cada una de las personas internadas, y se iban rotando. No cumplir con alguna tarea era motivo de sanción o lo que los/as usuarios/as refirieron como “consecuencias”. Relataron que debían pedir permiso para realizar cualquier tipo de actividad de la vida diaria: ir al baño, prender la estufa, bañarse, tomar un vaso de agua, hacer un llamado, agarrar alguna pertenencia de la habitación. Las habitaciones estaban cerradas con llave durante el día, y periódicamente el personal de la institución realizaba controles en las habitaciones y placares donde se guardan las pertenencias a modo de requisa. Había días denominados como “de beneficios”: el/la operador/a leía los pedidos solicitados por escrito durante la semana y se les comunicaba cuál era otorgado y cuál no de acuerdo a “su conducta durante la semana”, según refieren los/as usuarios/as. Para hacer llamadas telefónicas tenían 7 minutos y no podían usar el celular dentro de la institución que guardaba por el personal al momento del ingreso. Las visitas eran durante el fin de semana de 14 a 16 hs, mientras los vínculos “no sean tóxicos”, categoría que no quedaba explicitada. Las autoridades de la comunidad se reunían con la familia; según lo referido por las personas internadas, se le informaba a la familia sobre “cómo es la enfermedad”, refiriéndose al consumo problemático sin que la familia pudiera participar en dicho espacio.

A partir de los tres meses de internación, los/as usuarios/as podían salir los fines de semana (a ver familiares o ir a reuniones terapéuticas como grupos de narcóticos anónimos), supervisadas por operadores u otros/as usuarios/as con más tiempo en la comunidad. Si el comportamiento era considerado favorable, con el tiempo se les permitía salir sin supervisión.

Las personas internadas manifestaron que, ante cualquier falta a las pautas de la comunidad, las sanciones dispuestas por el personal se vinculaban con restricciones al contacto con sus vínculos afectivos, mediante la restricción de llamadas, visitas o salidas.

Los hechos relevados en la comunidad terapéutica Proyecto Universo incumplen no solamente con la normativa establecida con la LNSM, sino que deben ser enmarcados como hechos de violencia institucional. Por ello, el 24 de noviembre, la CPM envió un informe de la inspección a la Subsecretaría de salud mental, consumos problemáticos y violencias en el ámbito de la salud pública del Ministerio de Salud de la Provincia, a cargo de la Lic. Julieta Calmels. Y el 26 de noviembre se da intervención a la secretaría ejecutiva del ORL, la Defensoría del Pueblo de la Provincia, a cargo de la Lic. Verónica Alais.

3.5. Falta de control estatal

Los casos de las comunidades terapéuticas sistematizados en los apartados anteriores dan cuenta que son instituciones pensadas como espacios de privación de libertad, donde las personas usuarias son sometidas a regímenes de vida estrictos y a prácticas de tortura que nada tienen que ver con el abordaje de consumos problemáticos y adicciones. Abordaje y tratamiento que además están reglamentados por ley.

Si bien las comunidades terapéuticas pertenecen al sector privado (tengan o no subvención estatal), deben adecuarse a la normativa vigente y, sobre todo, deben ser fiscalizadas y controladas por el Estado. El art. 4 de la LNSM establece que “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”. Por ello, el Estado es el responsable de proteger los derechos de estas personas y garantizar la atención de su salud integral. Responsabilidad

que está obligado a asumir cuando delega la salud en la gestión privada, mediante el continuo y efectivo control de estos establecimientos.

Es sumamente preocupante lo que la CPM ha relevado y denunciado en comunidades terapéuticas de la Provincia durante 2021. En relación a los requerimientos legales, se ha constatado la existencia de establecimientos sin la habilitación municipal y/o provincial. Se verificó que algunos cuentan con habilitaciones provisorias expandidas por el Ministerio de Salud, en general por deficiencias estructurales en las que no se trabaja. También comunidades que incumplían la habilitación, por ejemplo alojando a más personas de la capacidad habilitada.

Resulta alarmante que se haya relevado en algunas instituciones la presencia de personas menores de edad alojadas en espacios con personas adultas, compartiendo habitaciones y baños, sin tratamiento particular ni acorde a su edad. Esto incumple las legislaciones vigentes de protección de derechos de niños y jóvenes³⁹, y lo expresado en el art. 37 de la CDN: “Todo niño privado de la libertad sea tratado con la humanidad y el respeto que merece la dignidad inherente a la persona humana, y de manera que se tenga en cuenta las necesidades de la persona de su edad. En particular, todo niño privado de la libertad estará separado de los adultos, a menos que ello se considere contrario al interés superior del niño, y tendrá derecho a mantener contacto con su familia por medio de correspondencia y de visitas, salvo en circunstancias excepcionales”.

En el monitoreo de estos espacios se relevó que los abordajes incumplen la normativa vigente, e inexistencia o deficiencia de evaluaciones interdisciplinarias al momento del ingreso. Las instituciones utilizan el término ya obsoleto e ilegal de “peligrosidad” para fundamentar las internaciones, un término discriminatorio, criminalizador y discrecional que se basa en concepciones morales y no en saberes científicos especializados.

Otra irregularidad es la confección de historias clínicas: en ninguna comunidad se elaboran siguiendo los criterios mínimos establecidos por la normativa vigente (foliado, orden cronológico, consentimiento informado). No figura información trascendental para el abordaje de los/as usuarios/as, tales como instancias de vinculación con la familia o entrevistas

39 Ley nacional 26.061 y ley 13.9298 de la provincia de Buenos Aires.

con profesionales de la salud. Como se ha expuesto anteriormente, los consentimientos informados no suelen contener la información necesaria para que las personas lo brinden en pleno ejercicio de sus derechos.

Otro grave problema es la falta de intervención de la agencia judicial –en particular, juzgados de familia- que controlen la legalidad de la internación según los plazos establecidos en la LNSM. Se han constatado internaciones involuntarias o voluntarias, que superan los 60 días, no informadas al poder judicial ni al ORL.

La falta de fiscalización y control de estos establecimientos por parte del Estado no sólo debe concebirse como incumplimiento de la aplicación a la LNSM, sino también como contexto que posibilita y habilita que las personas usuarias de servicios de salud mental estén totalmente desprotegidas, sin posibilidad de cuidados y abordajes acordes a su situación. Y, además, expuestas a la discrecionalidad, la violencia y violación de derechos en las comunidades terapéuticas privadas, como ha quedado demostrado en los casos denunciados, y que son sistematizadas en el siguiente apartado.

3.6. Tortura, tratamiento y disciplinamiento

Como señalamos, en estos ámbitos se relevaron prácticas de torturas sistemáticas como aislamiento, sujeción mecánica y sobremedicación. El aislamiento por tiempo prolongado, sin ningún tipo de contacto humano significativo y utilizado como castigo ante crisis por motivos de salud mental, es una práctica de tortura común en estos establecimientos. Práctica prohibida en personas con padecimientos de salud mental pero que, como se detecta en el relevamiento de historias clínicas realizado durante las inspecciones, suele ser ordenada por el mismo personal del equipo técnico ante las crisis sufridas por las personas alojadas.

Otra práctica de tortura registrada es la sujeción mecánica sin protocolo realizada por operadores/as de la comunidad no capacitados y no por profesionales de la salud. Se relevó que esta práctica era llevada adelante

con vendas y/o sogas (materiales no acordes a la normativa) e incluía la aplicación de medicación inyectable. Las personas son sujetadas por largos periodos de tiempo sin control de signos vitales o hidratación.

A partir de las tareas de monitoreo, se advierte la sobremedicación y/o uso de medicación como castigo, control o para suplir la falta de personal, lo que se constituye como delito. En general, en las personas usuarias entrevistadas se observan signos de sobremedicación o expresan desconocer su propio plan farmacológico: no saben qué medicación se les suministra, qué fines terapéuticos tiene y/o cuáles pueden ser los efectos secundarios. Además no tienen la posibilidad de negarse o revocar su voluntad, ya que no sólo no acceden a información clara y adecuada sobre las posibilidades de tratamiento sino que son castigadas o amenazadas si no aceptan la medicación.

Los regímenes de vida descritos en las comunidades terapéuticas evidencian un sistema jerárquico piramidal, rígido y restrictivo. La vida es marcada por rutinas fijas que todos/as los/as usuarios/as deben cumplir estrictamente: horarios para levantarse, desayunar, limpiar, bañarse, fumar, días fijos para comunicarse con sus familias, recibir visitas o realizar actividades y/o talleres, si es que existen en la comunidad. Las personas internadas son sometidas a un control exhaustivo sin tener en cuenta la subjetividad de cada una, su trayectoria de vida o la situación particular en relación a su padecimiento mental. El régimen de vida está estructurado generalmente en normas y reglas que deben ser memorizados y cumplidos estrictamente para evitar sanciones. Se ha expuesto la existencia de diversas formas de castigo y sanción en los casos descritos: tareas domésticas, prohibición de usar ciertas palabras o escuchar cierta música, interrupción de llamados o visitas con vínculos afectivos, entre otras. Por lo mismo, comportarse según las reglas impuestas permite que los/as usuarios/as accedan a *premios* o *beneficios* dentro de la institución, que son derechos a los que todas las personas internadas deberían acceder en el marco de su tratamiento; por ejemplo, más tiempo de llamada telefónica con la familia.

Las personas que ofician de operadores/as son personal sin formación en salud, que paga la institución, y cumplen tareas en diferentes franjas horarias a través de prácticas que vulneran derechos. Utilizan a los/as propios/as usuarios/as, en tratamiento por motivos de salud mental, para conformar una estructura de índole piramidal que sostenga su tarea. Por

eso hay grupos de usuarios/as que tienen beneficios y responsabilidades diferenciadas y establecidas de antemano. La posibilidad de ascenso en las jerarquías se relaciona con la *evolución* en el tratamiento, aunque se puede bajar de jerarquía si no hay un total acople a las normas de convivencia establecidas por la institución. El ascenso, y la posibilidad de tener acceso a más beneficios, se utiliza como premio-castigo en tanto se observe o no lealtad a las ideas propuestas, y su reproducción en lo discursivo y en las prácticas de la vida cotidiana.

Las prácticas de tortura y el régimen disciplinador tienen su correlato en los tipos de abordaje y tratamiento que se realizan en estos espacios. En todas estas instituciones se evidencia un insuficiente o nulo acceso a espacios terapéuticos individuales con profesionales de la salud. Esto va en detrimento de un proceso de externación de manera singular y de acuerdo al proyecto de vida de cada persona alojada, según lo establecido por la ley vigente.

Como se ha descrito en los apartados anteriores, las llamadas medidas terapéuticas representan situaciones de violencia para las personas internadas y agravan sus padecimientos de salud mental; a partir de lo relevado, no se evidencia acompañamiento de profesionales de la salud en estos procesos. El personal de salud concurre esporádicamente y evalúa e indica medicación vía telefónica cuando es solicitado ante una crisis.

En estos establecimientos se destaca el escaso o nulo abordaje de los vínculos comunitarios, afectivos y/o familiares. No se registran estrategias contextualizadas para garantizar este derecho, sino que se basan en el criterio de “separación del afuera” como medida terapéutica. Por un lado, se traduce en que en todas las comunidades terapéuticas las sanciones y castigos se vinculan a suspender y restringir el vínculo con los afectos; por el otro, en el control de la institución de dichos vínculos a través de la presencia de operadores u otros/as usuarios/as en las llamadas y las visitas.

Este control también se extiende al acceso a la justicia de las personas internadas. Como ha quedado descrito, estas instituciones directamente han impedido el contacto de los/as usuarios/as con sus defensores/as u organismos judiciales que intervenían en su proceso. Incluso se han relevado casos donde las personas se encontraban en un proceso penal y eran discriminadas y amenazadas por el personal de la comunidad. En ocasio-

nes, las autoridades de las comunidades no respondieron la solicitud de información de juzgados intervinientes de los/as usuarios/as o dicha información no era registrada, como debería, en la historia clínica. Esto se refleja en el desconocimiento de los/as usuarios/as en general sobre su propia situación judicial, en la falta de contacto con agencias judiciales y en la falta de control de las mismas sobre la legalidad de las internaciones.

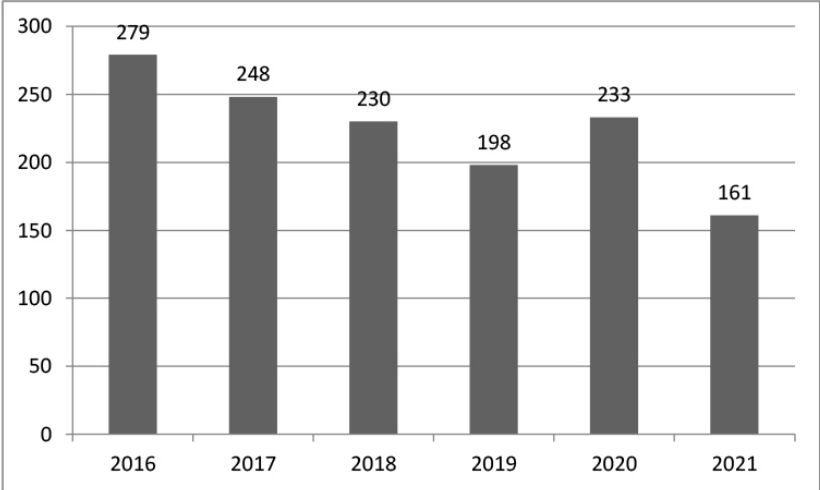
4. MUERTES EN INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

4.1. Quiénes mueren

Durante 2021 se registraron 161 fallecimientos de personas internadas por razones de salud mental en instituciones públicas y privadas. Se trata de una cifra preliminar debido a la demora en la remisión de notificaciones de la SCJBA a la CPM. Como muestra de esto, en el Informe anual anterior, publicado en julio de 2021, informamos un total de 212 fallecimientos ocurridos durante 2020, pero de entonces hasta la fecha se sumaron otros 21. Hecha esta aclaración, se puede afirmar provisoriamente que en el período 2016-2021 murieron (al menos) 1.349 personas⁴⁰.

40 Se pueden consultar los datos en <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/salud-mental/muertes/> y descargar la base en <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/bases/>

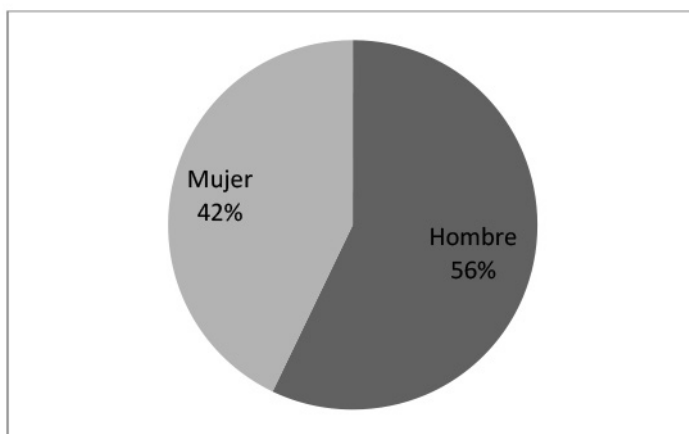
Gráfico 1. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas y privadas), provincia de Buenos Aires, 2016-2021



Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental.

De las personas fallecidas en 2021, 92 eran varones (56%) y 69 mujeres (42%); proporciones similares se registraron en los años previos (Tabla 1).

Gráfico 2. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según género atribuido por la fuente, provincia de Buenos Aires, 2021



Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 161 casos.

Tabla 1. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según género atribuido por la fuente, provincia de Buenos Aires, 2016-2021

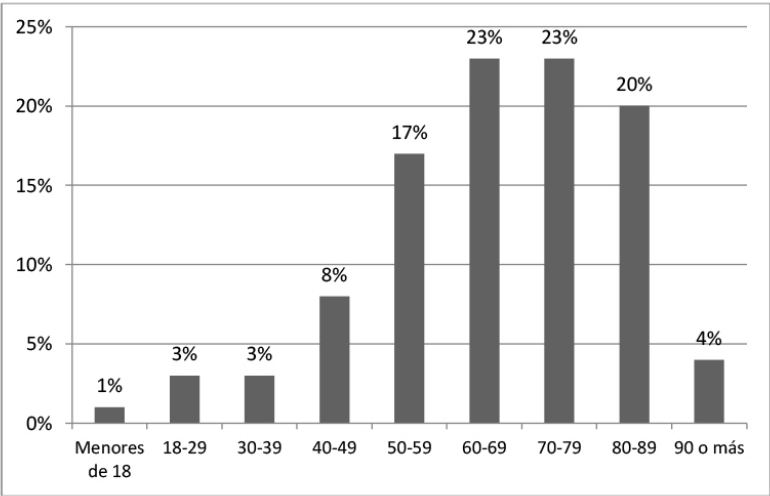
Año	Hombre	Mujer	Trans	Sin dato	Total
2016	152	125	1	1	279
2017	142	106	0	0	248
2018	134	96	0	0	230
2019	113	85	0	0	198
2020	122	111	0	0	233
2021	92	69	0	0	161
Total	755	592	1	1	1.349

Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental.

El 55% de las personas fallecidas durante 2021 eran menores de 70 años. El 48%

tenían entre 40 y 69 años. Se ve un marcado aumento en la incidencia del rango 80-89, que pasó de representar el 9% de las muertes en 2019, al 14% en 2020 y al 20% en 2021. Se suma como novedad el fallecimiento de un joven de 13 años que se encontraba alojado en la comunidad terapéutica Cumelén⁴¹.

Gráfico 3. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según rango etario, provincia de Buenos Aires, 2021

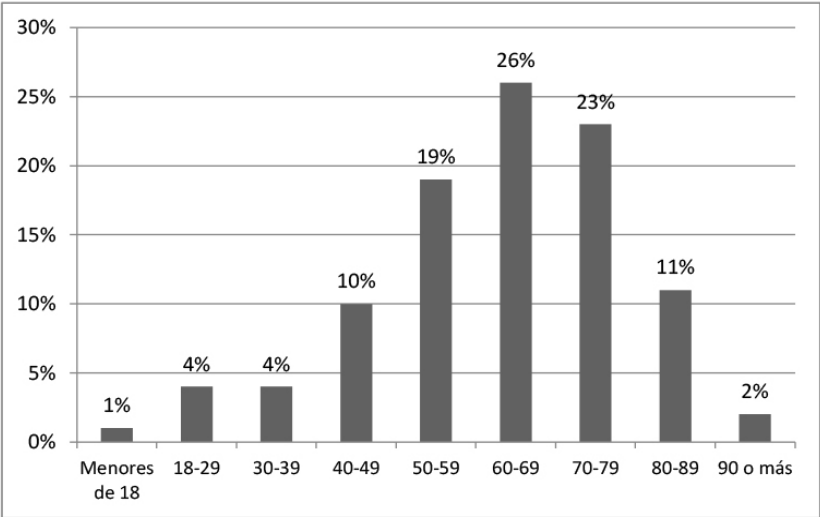


Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 155 casos con dato en la variable Edad (98% del total).

Sin considerar los fallecimientos ocurridos en geriátricos, los rangos a partir de los 60 años registran una menor proporción de casos en relación con el gráfico anterior.

41 Ver capítulo 3 “Comunidades terapéuticas”.

Gráfico 4. Personas fallecidas en instituciones de salud mental excluyendo geriátricos (públicas o privadas), según rango etario, provincia de Buenos Aires, 2021



Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 123 casos con dato en la variable Edad (95% del total).

Los rangos de mayor incidencia en el período 2016-2021 son los de 60-69 y 70-79 años, y representan en conjunto el 48% de las personas fallecidas.

Tabla 2. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según rango etario, provincia de Buenos Aires, período 2016-2021

Rango etario	Cantidad	Porcentaje
18 a 29	46	4%
30 a 39	54	4%
40 a 49	96	8%
50 a 59	218	17%
60 a 69	324	25%
70 a 79	289	23%
80 a 89	198	16%
90 o más	46	4%
Total	1.271	100%

Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 1.271 casos con dato en la variable Edad (94% del total).

4.2. Dónde mueren

Durante 2021 la mitad de las muertes (78) se produjeron en instituciones del sector público y la otra mitad (77) del sector privado. La mayor cantidad se concentra en los hospitales públicos monovalentes (54), el 35%⁴². No obstante, para el período 2016-2021 y, fundamentalmente, para el año 2021 se asume un sub-registro de las muertes ocurridas en instituciones privadas, que fueron informadas parcialmente por la Subsecretaría de Derechos Humanos de las Personas Privadas de la Libertad de la SCJBA⁴³.

42 Ver apartado 4.3.

43 Fundamenta esta hipótesis el hecho de que, para 2021, esta Subsecretaría de la Corte informó a la CPM sólo 14 de los 54 fallecimientos informados por los hospitales monovalentes.

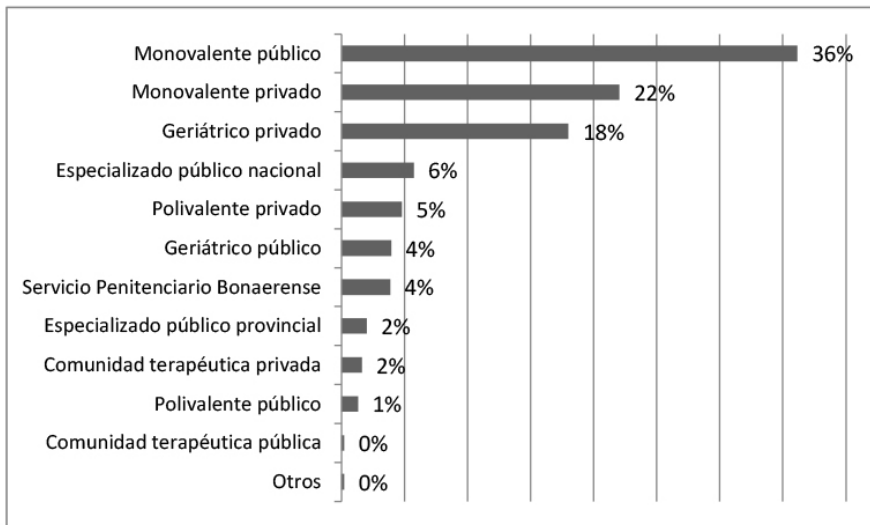
Tabla 3. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según tipo de institución, provincia de Buenos Aires, 2021

Tipo de institución	Cantidad	Porcentaje
Monovalente público	54	35%
Monovalente privado	42	27%
Geriátrico privado	30	19%
Servicio Penitenciario Bonaerense	10	6%
Especializado público nacional	8	5%
Geriátrico público	4	3%
Polivalente privado	4	3%
Especializado público provincial	1	1%
Comunidad terapéutica privada	1	1%
Polivalente público	1	1%
Total	155	100%

Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 155 casos con dato en la variable Tipo de institución (96% del total). **Nota:** La categoría “Monovalente público” incluye hospitales monovalentes y especializados.

Si tenemos en cuenta el periodo 2016-2021, tres de cada cuatro muertes se produjeron en instituciones monovalentes (públicas o privadas) y en geriátricos privados.

Gráfico 5. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según tipo de institución, provincia de Buenos Aires, período 2016-2021



Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 1.289 casos con dato en la variable Tipo de institución (96% del total). **Nota:** La categoría “Monovalente público” incluye hospitales monovalentes y especializados.

Debido a las falencias de las fuentes de información, no se pudo establecer la causa de muerte del 19% de los fallecimientos registrados durante 2021⁴⁴.

⁴⁴ Respecto a los problemas de registro, se puede consultar el apartado “Los registros oficiales” del capítulo “Muertes bajo custodia del SPB”, en la sección Políticas penitenciarias.

Tabla 4. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según causa de muerte, provincia de Buenos Aires, 2021

Causa de muerte	Cantidad	Porcentaje
Problema de salud	117	73%
Sin especificar	31	19%
Broncoaspiración	6	4%
Suicidio	3	2%
Causa dudosa	3	2%
Homicidio	1	1%
Total	161	100%

Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 161 casos.

Esta falencia registral es mayor en los establecimientos privados: un 23% de muertes con causa no especificada.

Tabla 5. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según causa de muerte y tipo de sector, provincia de Buenos Aires, 2021

Causa de muerte	Sector público	Sector privado	Total
Problemas de salud	56	56	112
	72%	73%	
Sin especificar	12	18	30
	15%	23%	
Broncoaspiración	5	1	6
	6%	1%	
Suicidio	3	0	3
	4%	0%	
Causa dudosa	1	2	3
	1%	3%	
Homicidio	1	0	1
	1%	0%	
Total	78	77	155
	100%	100%	

Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 155 casos con dato en las variables Causa de muerte y Lugar de internación.

Una lectura horizontal de la Tabla 5 muestra que las muertes por problemas de salud ocurren en igual proporción tanto en el sector público como en el privado, y que en el sector privado ocurrieron la mayor parte de los casos cuya causa no fue informada.

Si miramos lo mismo para el período 2016-2021 (Tabla 6), vemos que la falta de especificación de las causas de muerte es mayor en el sector privado. Sin embargo, la notificación de los fallecimientos ocurridos en instituciones privadas está mediada por órganos judiciales, que en general no se ocupan de requerir información más precisa.

Tabla 6. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según causa de muerte y tipo de sector, provincia de Buenos Aires, período 2016-2021

Causa de muerte	Sector público	Sector privado	Total
Problemas de salud	418	267	685
	61%	44%	
Sin especificar	198	293	491
	29%	49%	
Sin dato	17	31	48
	2%	5%	
Broncoaspiración	20	4	24
	3%	1%	
Causa dudosa	17	6	23
	2%	1%	
Suicidio	10	0	10
	1%	0%	
Otra	6	0	6
	1%	0%	
Homicidio	1	1	2
	0%	0%	
Total	687	602	1.289
	100%	100%	

Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 1.289 casos con dato en las variables Causa de muerte y Lugar de internación (96% del total). **Nota:** “Otra” incluye incendio y accidente vial.

Las personas fallecidas en 2021 estaban bajo control de internación por juzgados de al menos⁴⁵ 12 departamentos judiciales. De acuerdo a los datos disponibles, 6 departamentos concentraron el 88% de las muertes.

45 Se desconoce el órgano judicial en 41 casos (25%).

Tabla 7. Personas fallecidas en instituciones de salud mental (públicas o privadas), según departamento judicial del juzgado a cargo de la internación, provincia de Buenos Aires, 2021

Departamento judicial	Cantidad	Porcentaje
San Isidro	22	18,3%
Morón	19	15,8%
San Martín	18	15,0%
La Plata	17	14,2%
Mercedes	16	13,3%
Lomas de Zamora	13	10,8%
Zárate - Campana	6	5,0%
La Matanza	3	2,5%
Avellaneda-Lanús	2	1,7%
San Nicolás	2	1,7%
Azul	1	0,8%
Junín	1	0,8%
Total	120	100%

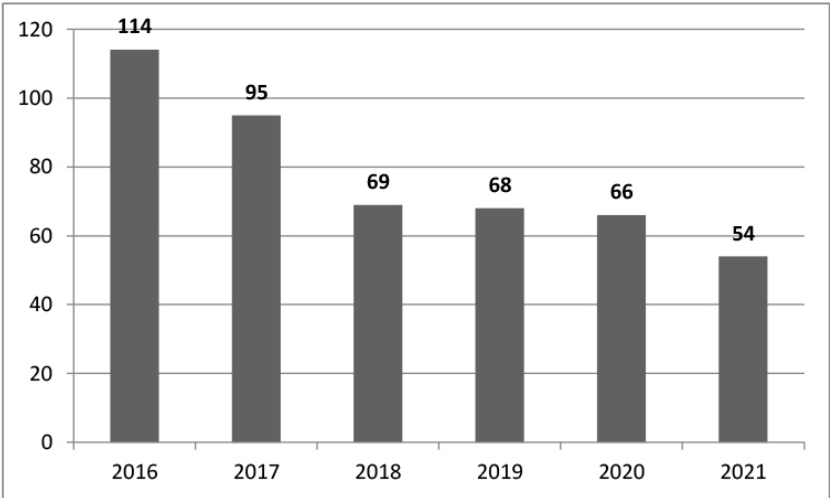
Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 120 casos con dato en la variable Órgano judicial (75% del total).

4.3. Muertes en hospitales monovalentes⁴⁶

En 2021 se registraron 54 fallecimientos en tres de los cuatro hospitales monovalentes públicos (34% del total), mientras que en todo el período 2016-2021 las muertes en los cuatro hospitales fueron 466 (35%). Se observa una tendencia decreciente, con una disminución de 53% entre los extremos (Gráfico 6). Esta tendencia se replica en todos los hospitales (Tabla 8).

⁴⁶ Cabred (Open Door), Esteves (Temperley), Korn (Melchor Romero), Taraborelli (Necochea). Para un diagnóstico sobre estos lugares, ver el capítulo 1 “Hospitales monovalentes”.

Gráfico 6. Personas fallecidas en hospitales monovalentes, provincia de Buenos Aires, 2016-2021



Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental.

Entre 2016-2021, del total de muertes registradas en hospitales monovalentes, 41% se produjo en Cabred, 30% en Esteves y 29% en Korn.

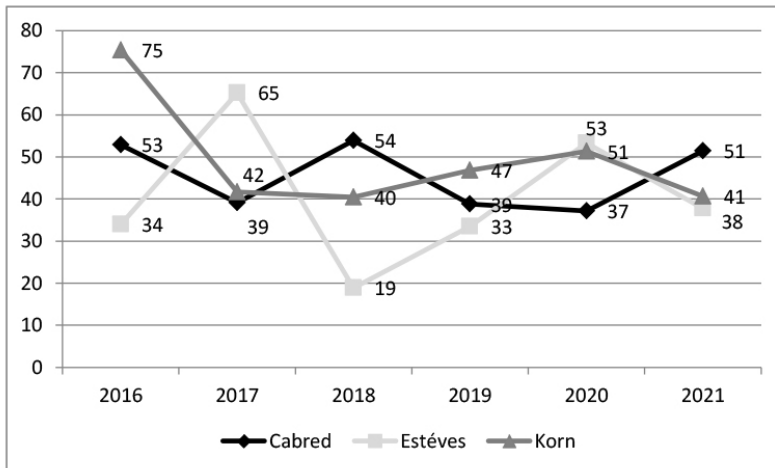
Tabla 8. Personas fallecidas en hospitales monovalentes, según hospital, provincia de Buenos Aires, 2016-2021

Año	Cabred	Esteves	Taraborelli	Korn	Total
2016	50	23	0	41	114
2017	33	40	1	21	95
2018	38	12	0	19	69
2019	28	20	0	20	68
2020	19	28	0	19	66
2021	22	18	S/D	14	54
Total	190	141	1	134	466
Porcentaje	40,8%	30,3%	0,2%	28,8%	100%

Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental.

Si se tiene en cuenta la población internada, surge que la tasa de personas fallecidas cada 1.000 internadas varía según el hospital y el año, como muestra el Gráfico 7.

Gráfico 7. Tasa de personas fallecidas cada 1.000 internadas en hospitales monovalentes, provincia de Buenos Aires, período 2016-2021



Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental.

En 2021 murieron 29 varones y 25 mujeres; se registran proporciones similares para el período 2016-2021: 56,6% varones y 43,2% mujeres.

Tabla 9. Personas fallecidas en hospitales monovalentes, según género atribuido por la fuente, provincia de Buenos Aires, período 2016-2021

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Hombre	263	57%
Mujer	201	43%
Trans mujer	1	0%
Total	465	100%

Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 465 casos con dato en la variable Género (99% del total).

De las 54 personas fallecidas en 2021, 33 eran menores de 70 años.

Tabla 10. Personas fallecidas en hospitales monovalentes, según rango etario, provincia de Buenos Aires, 2021

Rango etario	Cantidad
18-29	1
30-39	1
40-49	4
50-59	10
60-69	17
70-79	8
80-89	9
90 o más	2
Total	52

Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 52 casos con dato en la variable Edad.

Respecto a las causas de muerte, en el período 2016-2021 el 66% se produjo por problemas de salud y el 3,5% por broncoaspiración. Sin embargo, estos datos son provisorios debido a que en el 27% de los casos la fuente oficial no especificó la causa.

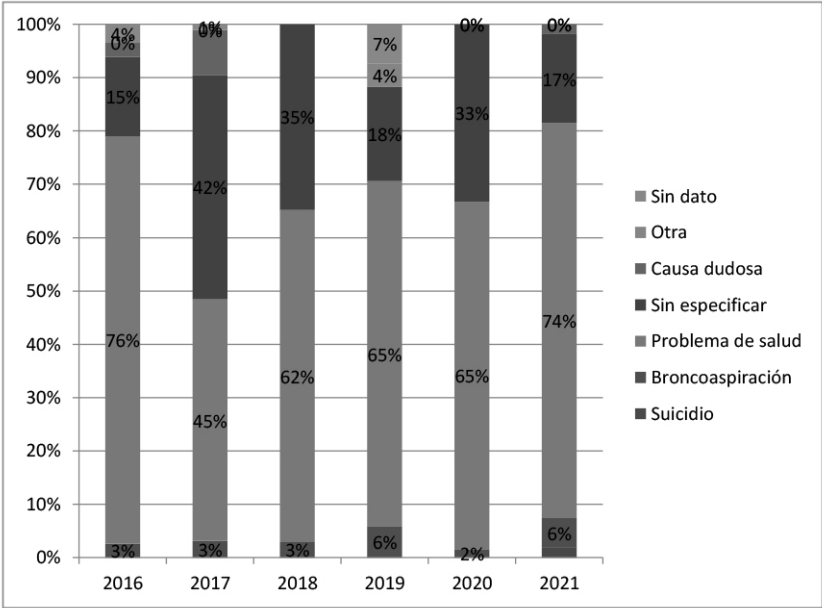
Tabla 11. Personas fallecidas en hospitales monovalentes, según causa de muerte, provincia de Buenos Aires, período 2016-2021

Causa de muerte	Cantidad	Porcentaje
Problema de salud	300	65,8%
Sin especificar	124	27,2%
Broncoaspiración	16	3,5%
Causa dudosa	12	2,6%
Otra	3	0,7%
Suicidio	1	0,2%
Total	456	100,0%

Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 456 casos con dato en la variable Causa de muerte (98% del total).

En el siguiente gráfico se puede ver la evolución interanual: a menor incidencia de la categoría “Sin especificar” aumenta la proporción de la categoría “Problemas de salud”.

Gráfico 8. Personas fallecidas en hospitales monovalentes, según causa de muerte, provincia de Buenos Aires, 2016-2021



Fuente: Registro CPM de muertes en establecimientos de salud mental. **Base:** 456 casos con dato en la variable Causa de muerte (98% del total).

De los 54 fallecimientos ocurridos durante 2021, 40 se registraron como “Problemas de salud”, 9 como “Sin especificar”, 3 por “Broncoaspiración”, una por suicidio y una como “Muerte dudosa”.

4.4. Suicidios en la UP 34

Antes de finalizar esta sección, es necesario analizar los fallecimientos registrados en la cárcel 34 de Melchor Romero; pese a ser considerada formalmente como unidad neuropsiquiátrica que aborda los padecimientos

mentales de varones a disposición de la justicia penal, se registraron 7 suicidios en los últimos 6 años (2016-2021)⁴⁷, además de 47 autolesiones en el mismo período y al menos 4 tentativas de suicidio entre 2019-2021⁴⁸. La UP 34 es la cárcel del SPB con mayor cantidad de suicidios entre 2016-2021 y la tercera con mayor cantidad de muertes registradas entre 2008-2021.

Tabla 12. Suicidios, tentativas de suicidio y autolesiones registrados en la Unidad Penitenciaria 34 Melchor Romero, 2016-2021

Año	Suicidios	Tentativas de suicidio	Autolesiones
2016	3	0	1
2017	0	0	5
2018	1	0	6
2019	1	2	17
2020	0	1	7
2021	2	1	11
Total	7	4	47

Fuente: Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías; Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaidías.

Al finalizar el año 2021, esta unidad alojaba a 478 detenidos, de los cuales 105 estaban penalmente sobreesidos pero bajo medidas de seguridad⁴⁹. Se constata la aplicación persistente de un régimen de aislamiento en celda propia en claro incumplimiento de lo dispuesto por los estándares de Naciones Unidas, por la ley nacional de salud mental, por fallos judiciales y por el *Protocolo de abordaje de conductas de riesgo suicida* de la Direc-

47 Los datos surgen del *Registro CPM de muertes en cárceles y alcaidías*, que se puede consultar en <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/carceles/muertes/>

48 Los datos de autolesiones y tentativas de suicidio surgen del *Registro CPM de hechos de violencia en cárceles y alcaidías*, que se puede consultar en <https://www.comisionporlamemoria.org/datosabiertos/carceles/hechos-de-violencia/>

49 Ver el apartado “Medidas de seguridad” del capítulo 2 en esta misma Sección.

ción Provincial de Salud Penitenciaria (DPSP). Estos instrumentos prohíben el uso del aislamiento para personas con padecimiento mental⁵⁰. El Protocolo asume que el contexto de encierro y el tratamiento penitenciario son factores que influyen en el padecimiento mental de las personas detenidas, y establece que “la salud de todas las personas privadas de su libertad deberá pasar a ser un tema diario, en el que el trabajador sanitario penitenciario deberán pensar y ocuparse independientemente de las demandas de atención”. O sea, no entiende el suicidio como un acto individual sino como un problema sanitario y social, y considera la existencia de prácticas estructurales que influyen en los procesos individuales: la sanción de las autolesiones, el aislamiento de una persona en crisis, la ponderación de lo asegurativo por sobre lo tratamental, la ausencia de tratamiento psicológico sostenido y de dispositivos específicos y la falta de escucha de los reclamos que llevan a la autolesión.

Los suicidios guardan relación con otras dimensiones de la tortura penitenciaria. Hay diversas instancias en las que la cárcel inciden o generan las condiciones necesarias para que se produzcan, así como también hay (aunque no siempre se utilizan) para detectar y prevenir potenciales conductas suicidas. Las condiciones de detención (precariedad material, deficiente alimentación, aislamiento, sujeción mecánica, desvinculación familiar y social, violencia, deficiente asistencia médica, sobre-medicación, incertidumbre por los plazos procesales, entre otras) generan o agravan los padecimientos psíquicos. El servicio de salud mental no reúne las condiciones necesarias para atenderlos: en concreto, no hay estrategias sólidas para la prevención del suicidio y la postvención.

Como información contextual, es preciso mencionar que en las cárceles bonaerenses se producen 13 suicidios por año⁵¹ y que el ahorcamiento fue la principal causa de muerte en comisarías bonaerenses durante el período 2012-2021, casi 7 por año⁵². En la UP 34 se produjeron tres suicidios en menos de 8 meses: 7 de agosto de 2020, 22 de enero de 2021 y 13 de marzo de 2021. En todos los casos las personas fueron encontradas

50 Sobre el aislamiento en las unidades 34 y 45, ver el apartado “Sobre-medicación, sujeción mecánica y aislamiento” del capítulo 2 en esta misma Sección. Para un análisis de la práctica de aislamiento en el SPB, puede consultarse el siguiente informe especial: <https://www.comisionporlamemoria.org/project/el-aislamiento-en-las-carceles-bonaerenses/>

51 Los datos están disponibles en Muertes violentas en el SPB - Datos abiertos CPM

52 Los datos están disponibles en [Muertes en comisarías - Datos abiertos CPM](#)

muertas en su celda, mientras permanecían sometidas a régimen de aislamiento extremo⁵³.

La investigación de estas muertes se caracterizó por la dilación de los tiempos, la realización tardía de pericias y autopsias, la confusa e incompleta información brindada a los familiares acerca de las circunstancias de los hechos, y la falta de respuesta judicial frente a múltiples presentaciones realizadas por la CPM. La justicia provincial no ha desarrollado investigaciones adecuadas ni efectivas para investigar estas muertes.

53 A modo de ejemplo, se describe el caso de Rodolfo Roberto Dieso en la sección “Políticas penitenciarias”.