



INTERNACIÓN INVOLUNTARIA (LEY N° 26.657):

EXPECTATIVA VS. REALIDAD EN LA CIUDAD DE VIEDMA.

- ✓ Universidad Nacional de Río Negro

- ✓ Sede Atlántica

- ✓ Carrera: Abogacía

- ✓ Alumno: Grees Agustín

- ✓ Tutora: Dra. Paula Fredes

- ✓ Año: 2018

ÍNDICE

Introducción 1

CAPÍTULO I

El pasado de las personas con padecimiento mental 3

CAPÍTULO II

Antecedentes de la Ley Nacional de Salud Mental 4

II.1. Antecedentes Internacionales 4

II.2. Antecedentes Nacionales 7

II.3. Ley de Salud Mental en Río Negro: de ser una ley de avanzada a ser inutilizada
12

II.4. Leading Case.....14

II.5. Internacionales..... 14

II.6. Nacionales.....16

CAPÍTULO III

Ley Nacional de Salud Mental: Aspectos generales.....20

CAPÍTULO IV

Internaciones en la Ley Nacional de Salud Mental..... 23

IV.1. internaciones voluntarias e involuntarias.....25

IV.2. Internaciones de menores..... 32

CAPÍTULO V

Rol protector del Juez.....	34
-----------------------------	----

CAPÍTULO VI

Rol del Órgano de Revisión.....	36
---------------------------------	----

CAPÍTULO VII

Trámite Judicial.....	38
VII.1. Jurisprudencia Juzgado de familia N° 7 ciudad de Viedma.....	38

CAPÍTULO VIII

Conclusión.....	45
Bibliografía.....	47

INTRODUCCIÓN

Por medio de este trabajo pretendo desarrollar el procedimiento que establece la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 - en adelante LNSM - en su Capítulo VII y su Decreto Reglamentario 603/13, respecto a la internación involuntaria, entendida ésta como último recurso terapéutico excepcionalísimo de carácter restrictivo por el menor lapso de tiempo posible, y analizar la manera en el que el Código Civil y Comercial de la Nación, lo legisló en su art. 41. Código, que de ahora en más, denominaré CCCN.

Una vez comprendidos los requisitos y/o supuestos, junto con el actuar de los órganos intervinientes, que establecen estas dos normativas, observaré la realidad de lo que sucede en la ciudad de Viedma, en cuanto a las internaciones involuntarias de personas con padecimientos mentales, en adelante, personas con PM, a través de la jurisprudencia del Juzgado de Familia N° 7 de la ciudad de Viedma.

Es decir, corroborar si el procedimiento administrativo y judicial se ajusta a lo previsto por el CCCN y la ley especial (ley N° 26.657), en definitiva, si se garantiza la protección de la persona internada, o si por el contrario se vulneran sus derechos.

Antes de entrar en los detalles de estos procedimientos, considero necesario sacar a la luz brevemente, de que manera la sociedad aceptaba sin críticas la pérdida de libertad del ser humano con PM. Para ello, debo hacer mención que las personas con afecciones en su salud mental eran declaradas incapaces absolutas, perdiendo la disponibilidad de la mayoría de sus actos civiles, siendo encerrados en manicomios, transformándose esto en un sistema estatal que vulneraba los derechos fundamentales de las personas.

Para subsanar esta indeseada situación surgen en el Derecho Internacional distintas herramientas, en especial la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad - de ahora en más CDPD - dando respuesta a las diferentes problemáticas que han existido respecto a las personas con PM, buscando abordarlos como un sujeto social y de derecho para salvaguardar y proteger sus derechos humanos, en camino a mejorar su calidad de vida y toma de decisiones.

En este orden de ideas analizaré los instrumentos internacionales y nacionales previos a la sanción de la LNSM (2010), legislación que toma de estos, requisitos y aspectos focalizados en la libertad, dignidad e intimidad de las personas con PM al momento de la internación; etapa que, como dije al principio de esta introducción, examinaré en detalle vinculándola con el art. 41 del CCCN, para evidenciar, a través de la jurisprudencia del Juzgado de Familia N° 7 de esta ciudad, la realidad de lo que acontece en referencia a las internaciones involuntarias.

CAPÍTULO I

EL PASADO DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL.

Para poder comprender porque en el marco de LNSM se exigen ciertos requisitos y aspectos importantes que deben cumplirse obligatoriamente en los casos de internación involuntaria, es necesario tener presente como se trataba, hace no muchos años atrás, a las personas con PM.

La sociedad estigmatizaba, discriminaba y excluía a las personas con PM, generándoles una situación de vulnerabilidad psico-social, donde se veían afectados sus derechos humanos, en especial, el derecho a la vida, a la salud, y a un trato digno y humano. Como Kraut (2013) afirma:

El loco es quien padece un mayor grado de afectación y violación de los derechos humanos, lo que aumenta su vulnerabilidad. El frecuente abandono de la sociedad y también por parte del sistema judicial los ubica en una situación de especial desamparo jurídico y social, lo que implica una pérdida de su condición, de identidad, de proyectos, entre otros. (p.58)

Se buscaba apartar de la sociedad a las personas diagnosticadas como enfermos mentales o estigmatizados como “locos”.

Los médicos psiquiatras y directores de los manicomios permitían la privación de la libertad a través de la internación involuntaria, sin un proceso judicial correspondiente, sin defensa ni plazos de vigencia para dicha medida. Los mal llamados locos, dementes, lunáticos, etc. eran encerrados en manicomios donde sufrían maltratos y humillaciones, permitiéndose este aislamiento por falta de legalidad, con la justificación de la peligrosidad y la probabilidad de dañar a otros o a sí mismos. Eran encierros injustificados y algunos de por vida.

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL.

II.1. Antecedentes Internacionales.

Con el desarrollo del derecho internacional de los derechos humanos se comenzó a visibilizar esta real situación que imperaba en estos establecimientos, en los que la regla era el abuso y violación sistemática de los derechos inherentes a la condición humana. Así, comenzaron a elaborarse numerosos instrumentos internacionales basados en recomendaciones, principios y declaraciones para la protección de las personas con PM y dejar de lado el considerar o asimilar a dichas patologías con el concepto de peligrosidad.

En nuestro país esta situación comenzó a cambiar por la obligación que asumió el Estado argentino al suscribir estos diferentes tratados e instrumentos de derecho internacional y adecuar su legislación nacional a los principios que estos impusieron. Entre ellos, cabe mencionar:

* La Declaración de Caracas. Reestructuración de la atención psiquiátrica, llevada a cabo en 1990 por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud en (OMS/OPS). Dicha declaración se centra en la revisión del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación del servicio. Busca salvaguardar y respetar la dignidad personal y los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, y propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario. Esta declaración genera un gran cambio, ya que propone que las internaciones deben realizarse en hospitales generales, considerando a los hospitales monovalentes como institución que "...aisla al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social, y crea condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo..." (1990, notando. 2 a y b)

* Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental adoptados en 1991. Estos principios hacen hincapié en las libertades fundamentales y derechos básicos que deben garantizarse a las personas con PM, se garantiza el derecho a vivir, trabajar, ser tratado y atendido en la comunidad con el tratamiento menos restrictivo posible. Se establece un órgano de revisión independiente e imparcial que entre sus tantas funciones, una de las

más importantes es la de revisión y evaluación periódica de los casos de las personas internadas involuntariamente. Se introduce como obligatorio el cumplimiento de las garantías procesales, considerándose fundamental el derecho del paciente a designar un abogado que lo represente y defienda sus intereses en todo proceso.

* Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Fue una conferencia realizada en 2005 con el fin de evaluar la Declaración de Caracas de 1990, en donde se sostuvo la importancia y la necesidad de reemplazar los hospitales psiquiátricos y que se asegure:

(...) una atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo, cuando sea necesario, la admisión en hospitales generales (...) La participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de Salud Mental, y la concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población (...)

* La Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en 2006 y nuestro país la aprobó y ratificó en 2008. Esta fue una de las herramientas más relevantes e influyentes legalmente para poder dar formato a la LNSM, teniendo en cuenta que:

En su art. 1 se menciona como objeto y propósito establecer condiciones de igualdad en el goce de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, impulsando la promoción de la participación plena y efectiva de éstas en la sociedad.

Aborda a la discapacidad desde la perspectiva de los derechos humanos, como dice Otilia del Carmen Zito Fontán (2013) "...desarrolla el Modelo Social y derechos humanos de la discapacidad, basados en los valores del ser humano, y en el respeto por su dignidad inherente..." (p.34), entendiendo que las principales causas que impiden a las personas con PM a ejercer plenamente sus derechos, más allá de sus limitaciones individuales, son las barreras físicas y culturales construidas por la sociedad. Como explica Juan Pablo Olmo (2014):

(...) el modelo social de discapacidad, según el cual las causas que dan origen a la discapacidad no son científicas, sino que son preponderantemente sociales. Se parte de la premisa de que la discapacidad es una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad (...). (p. 277)

Se trata de un nuevo modelo de discapacidad que pone el acento en el reconocimiento de la capacidad y en las aportaciones de las personas con discapacidad. Se reemplaza el "...régimen de sustitución en la adopción de decisiones de la persona por el apoyo en la toma de decisiones que respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona..." (Observaciones Finales sobre el Informe Inicial de Argentina, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU), 2012, Párr. 20). Así lo vemos plasmado en esta Convención: "Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida." (CDPD, 2006, art. 12.2). Es decir, tienen derecho a ser titulares de derechos y obligaciones, y de ejercerlos en igualdad de condiciones con las demás personas.

Para resumir los principios que garantiza la CDPD, Kraut (2014) concluye diciendo que:

(...) reconoce los principios de legalidad, inclusión, no discriminación y ciudadanía de estos padecientes mentales con la mira puesta en un acceso efectivo a sus derechos fundamentales, en especial el derecho a la igualdad y no discriminación, a la dignidad, la vida, la salud, la libertad personal, la identidad, la imagen, la intimidad y los derechos sexuales y reproductivos, así como a la personalidad y la capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás y sin discriminación por motivos de discapacidad, lo que incluye no solamente la capacidad de tener derechos, sino de obrar. (p. 1)

En su art. 4, esta Convención establece las obligaciones que los Estados partes deben asumir, como revisar la totalidad de su normativa, programas y políticas y adaptarlas, de acuerdo a los principios protectorios, al nuevo modelo social de la discapacidad. Relacionado a este artículo, Mariano Laufer Cabrera (2016) expresa:

La CDPD exige el deber de garantizar a todas las personas con discapacidad igual protección legal, por lo que las exigencias del debido proceso y el derecho de defensa en juicio, válidos para todos los demás procesos administrativos o judiciales, deben aplicarse también en el control judicial de una internación. (p.15)

También es importante resaltar el art. 19 que reconoce a las personas con discapacidad el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad; pudiendo tener la oportunidad de elegir dónde y con quien vivir, facilitándole los servicios de asistencia en su lugar de residencia para evitar el aislamiento. Esto confirma así, como relevantes, las medidas de externación y rehabilitación.

La CDPD se erige como el máximo estándar de protección universal de los derechos humanos de las personas con discapacidad, y es el modelo a seguir de la LNSM y del CCCN.

II.2. Antecedentes nacionales.

* El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), es una organización no gubernamental fundada en 1979 y dedicada a la promoción y protección de los derechos humanos y el fortalecimiento del sistema democrático y el Estado de Derecho en Argentina. En el año 2007 publicó una investigación llevada a cabo en nuestro país acerca de la cruda realidad que vivían las personas internadas involuntariamente. Dicho informe se denominó “Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos.” En este relato se documentó que hubo violaciones a los derechos humanos contra aproximadamente 25.000 personas que estaban detenidas en instituciones psiquiátricas argentinas. Más del 80 % de éstas fueron encerradas por más de un año, y muchas de por vida.

Las personas vivían en condiciones peligrosas e insalubres, registrándose hechos graves de abusos y negligencia por parte de estas instituciones, llevando incluso a muerte de internados incinerados en celdas de aislamiento y actos de violencia física y sexual.

La mayoría de las personas que estuvieron detenidas en esas instituciones sobrevivieron en condiciones de inacción y sin pensar en un futuro fuera de ellas.

Las personas internadas en estas instituciones carecían de protección legislativa, así lo reflejó este trabajo al afirmar que:

Las leyes argentinas de internación involuntaria no cumplen con los estándares internacionales que protegen a las personas de la detención arbitraria. En Argentina, las personas pueden ser encerradas de por vida sin recibir nunca una audiencia judicial. Las leyes nacionales no regulan el derecho a una revisión independiente o imparcial de la internación psiquiátrica. El Código Civil argentino está escrito en términos tan generales que permite la detención de cualquier persona que pueda llegar a “afectar la tranquilidad pública”. A los individuos internados en las instituciones psiquiátricas no se les garantiza el derecho de recibir asistencia jurídica o de presentar pruebas en su favor. Dada la ausencia de estas salvaguardas legales básicas, casi todas las personas que se encuentran en los asilos psiquiátricos argentinos están detenidas arbitrariamente. (Informe CELS, 2007, p. IV)

Leer este informe puede parecer aterrador, pero es lo que vivenciaban las personas con PM en los manicomios. En resumen, el mismo cuenta acerca de los abusos en las restricciones a la libertad ambulatoria por causas de salud mental, entiende a la internación involuntaria como una detención arbitraria e inapropiada. Denuncia la falta de atención médica, la excesiva medicalización, condiciones peligrosas y antihigiénicas, inexistencia de revisiones periódicas de las internaciones, el uso de celdas de aislamiento, sobrepoblación, violencia física y sexual, falta de integración comunitaria y rehabilitación, y el ocultamiento de las muertes producidas en estas instituciones. Estos pacientes eran olvidados por sus familias y el Estado, carecían de toda garantía procesal, en especial, la designación de un defensor.

En este informe se recomendó al Estado argentino de que debía tomar ciertas medidas y acciones para poner punto final a estas detenciones arbitrarias que generaban una clara violación a los derechos humanos de las personas internadas en estas instituciones. Entre ellas:

- ✓ erradicar los ambientes peligrosos, sucios e inhumanos en los cuales son forzadas a vivir las personas institucionalizadas.

- ✓ investigar las muertes recientes y establecer un protocolo que asegure que se investigará a profundidad cualquier muerte futura.
- ✓ eliminar el uso de las celdas de aislamiento a largo plazo y la privación sensorial al interior de estas celdas.
- ✓ asegurar que el uso de la reclusión involuntaria y las restricciones físicas se adecua estrictamente a los estándares internacionales de derechos humanos.
- ✓ garantizar alimentación, cuidado médico y personal adecuados y suficientes para proteger la salud y la seguridad de las personas institucionalizadas.
- ✓ crear mecanismos de supervisión independientes que prevengan el abuso en las instituciones y que establezcan procedimientos que protejan a las personas institucionalizadas del abuso físico y sexual.
- ✓ adecuar el proceso de internación psiquiátrica a los estándares internacionales, contemplando el derecho a una revisión independiente de toda internación.
- ✓ adoptar leyes de salud mental en todo el país que sean consistentes con los estándares internacionales de derechos humanos.

Además, sugirió al Estado argentino, incluir plenamente a las personas con discapacidades mentales en todos los aspectos de la vida ciudadana, garantizando los derechos humanos de éstos, creando un sistema inclusivo de atención de salud mental basada en la reinserción comunitaria, para que vivan, trabajen y reciban su atención en la propia comunidad, garantizando sus lazos sociales.

* Ley N° 10.772 Atención Salud Mental de la provincia de Santa Fe, promulgada en el año 1992, propone la internación como último recurso, buscando previamente diferentes alternativas de tratamientos que ayuden al paciente sin alejarlo de sus vínculos familiares y sociales. En caso de internación, esta debe darse en hospitales generales y estar orientada a la recuperación de la salud del internado y a su egreso en el tiempo más breve posible.

* Ley N° 8.806 de “Enfermedades Mentales” de la provincia de Entre Ríos, promulgada en el año 1994, tiene como propósito la protección a las personas que sufren enfermedades mentales.

La internación es conceptuada como última medida en forma excepcional y transitoria que debe ser debidamente fundada, justificándose en una real necesidad terapéutica.

La ley considera a la institucionalización de las personas con PM como restricción de la libertad ambulatoria del internado.

* Ley de Salud Mental de la Provincia de San Juan N° 6.976, promulgada en el año 1999, pone el énfasis en optimizar actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales incluyendo la participación de la comunidad y la educación con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Señala también las condiciones de internación, permanencia y externación, exigiendo una evaluación previa de un equipo interdisciplinario para concretar dichas medidas.

Se sigue manteniendo la habilitación y funcionamiento de hospitales y clínicas psiquiátricas, considerándolos a estos como establecimientos nosocomiales.

* La ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, promulgada en el año 1999, señala que la internación es función de los equipos interdisciplinarios evaluando dicho tratamiento cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios; tendiendo siempre a una rápida recuperación y reinserción de la persona a la sociedad.

Si bien la ley establece que el internado deberá ser evaluado una vez al mes, y podrá renovarse el periodo de internación por un mes más, no se establece un límite de cantidad de veces en el que esta pueda renovarse, es decir, no hay un límite de tiempo efectivo para la internación.

Las internaciones involuntarias proceden cuando el equipo profesional de salud mental considera que existe una situación de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros.

* Ley N° 536 Prohibición de la Institucionalización de la provincia de San Luis, promulgada en el año 2006, establece que queda expresamente prohibida la

institucionalización de enfermos mentales en instituciones de carácter público o privado de la provincia. Entendiéndose como institucionalización la reclusión, internación, guarda o medida similar sobre personas, restringiendo su libertad y/o desconociendo su autodeterminación y autonomía.

Esta misma exige al Estado garantizar la asistencia médica a los enfermos mentales, considerando la enfermedad mental como episodio y no como estado, en pos del derecho a la vida, a la libertad y seguridad, protegiéndolos contra toda discriminación. Se presume que los pacientes son capaces de tomar sus propias decisiones.

Interpreta a la internación como excepcionalísima, debiéndose determinar tiempo, alcances y objetivos terapéuticos.

* La Ley N° 384 de Salud Mental de la provincia de Chubut, promulgada en el año 2009, tiene como propósito crear un marco jurídico en el campo de la salud mental abarcando los sectores públicos y privados, en relación con la promoción de la salud mental, la prevención de problemas psicosociales, el tratamiento y la rehabilitación de los mismos, alineado en un modelo de orientación comunitaria.

Son los equipos de salud mental o profesionales con formación idónea los que evalúan y deciden la internación en servicios de salud mental como último recurso terapéutico para la persona, en el mínimo periodo posible y con el carácter menos restrictivo.

Establece la prohibición de la institucionalización de personas con sufrimiento mental en instituciones públicas o privadas, al solo efecto de su alojamiento y/o exclusión social, restringiendo así, su libertad.

* Ley N° 9.848 Protección de la Salud Mental de la provincia de Córdoba, promulgada en el año 2010, tiene como objeto garantizar la vigencia del derecho humano a la salud mental de todas las personas. Para ello, promueve y garantiza la implementación de medidas asistenciales alternativas como: servicios de salud mental en hospitales generales con y sin internación, atención domiciliaria en la comunidad, servicios de emergencias, centros de salud mental en la comunidad, hospitales de día, centros de día, talleres protegidos, programas de seguimientos de pacientes, acompañante terapéutico,

abordaje y acompañamiento familiar. De esta manera se prioriza los vínculos y contactos de las personas con sus familiares, entorno laboral y social.

Es considerada la internación como una herramienta terapéutica de carácter restrictivo, y podrá implementarse cuando la factibilidad y pertinencia estén intrínsecamente relacionadas con el potencial beneficio para la recuperación del paciente. Es por eso, que la internación involuntaria se considera excepcionalísima, quedando a criterio del equipo de salud la misma; cuando exista una situación de riesgo cierto e inminente para el paciente, o para terceros y se determine la inconveniencia de aplicar momentáneamente otra alternativa terapéutica.

La ley plantea que no podrán instalarse nuevos manicomios o instituciones monovalentes, de internación prolongada, y los existentes deberán adaptarse a los objetivos y principios de ésta, promoviendo su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos.

II.3. Ley de Salud Mental en Río Negro: de ser una ley de avanzada a ser inutilizada.

En el año 1991 se sancionó en la provincia de Río Negro la ley R N° 2.440 denominada Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento Mental, que conforme a su artículo 1º, "...promueve un sistema de salud que atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas, de cualquier edad, con sufrimiento mental".

Esta ley, llamada también ley de desmanicomialización fue, en muchos aspectos, una reforma pionera en el país en la temática de salud mental, ya que prohibió el funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos, etc., impulsando al cierre definitivo de los existentes hasta el momento.

Las personas con PM compartían características de un mismo nombre como la discriminación y estigma, dificultad para alcanzar el tratamiento, escueto seguimiento de su patología y una marcada institucionalización.

La desmanicomialización, objetivo primordial de esta ley provincial, buscó evitar lo antes mencionado impulsando a que estas personas no sean desvinculadas de su vida social, (el trabajo, la familia, los amigos, las oportunidades, etc.); promoviendo la inclusión social de los mismos en sus propias comunidades, organizando un sistema

de equipos terapéuticos y promocionales capacitados para dar asistencia al paciente. Para llevar a cabo esto, se realizaron modificaciones de las prácticas, de los modelos de atención y políticas de salud mental, transformando el viejo sistema en un sistema de salud mental comunitaria, en lo cual se dejaron de lado prácticas de asilamiento y abandono. En palabras de Cohen y Natella (2013): "...la desmanicomialización fue sinónimo de nunca más manicomios...". (p. 18)

Volviendo al centro de este trabajo, la ley R N° 2.440 establece que la internación se concibe como último recurso terapéutico siempre y cuando se agoten todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. De ser así, imprescindible dicha internación, debe realizarse con el propósito de una rápida recuperación y resocialización de la persona en el mínimo tiempo posible, y tendiendo siempre a la externación y al tratamiento ambulatorio.

La internación, en todos los casos, debe favorecer la recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con PM, teniendo en cuenta sus diferentes momentos vitales y el desarrollo de su autonomía, pensada siempre en su reinscripción comunitaria.

Si bien esta ley provincial fue la primera ley de avanzada en Argentina respecto de la temática de salud mental, siendo propuesta por la Organización Panamericana de la Salud como centro de referencia para toda América Latina y sentó precedente para que en el 2010 se sancione la LNSM N° 26.657, actualmente no es tenida en cuenta y existe un proyecto que propone la abrogación de esta ley provincial y el reemplazo por la adhesión integral a la LNSM, la cual es superadora en cuanto a recabar e incluir las múltiples rondas de consultas que permitieron la participación y opiniones de directores de hospitales, autoridades provinciales de salud mental, asociaciones de familiares, organismos de derechos humanos y a las personas que son asistidas en los servicios de salud mental. Asimismo, como la incorporación de tratados internacionales de derechos humanos y la creación de un Organismo de Revisión, que fue demanda constante por parte de los profesionales en la materia para dar una respuesta efectiva a la sociedad rionegrina.

Luego de haber analizado las leyes provinciales sobre salud mental, que sentaron precedente para dar forma a la LNSM, encuentro algunos denominadores comunes en cuanto a los criterios para la internación involuntaria, que a continuación detallo:

- ✓ excepcionalísima.
- ✓ último recurso terapéutico.
- ✓ de carácter restrictivo.
- ✓ debe darse en el menor lapso de tiempo posible.
- ✓ cuando exista situaciones de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.
- ✓ cuando no exista otro dispositivo terapéutico posible.
- ✓ debe ser decidida por un equipo interdisciplinario.
- ✓ evitar el aislamiento y despojo de sus vínculos familiares y sociales.
- ✓ debe darse en hospitales generales.
- ✓ favorecer la externación y rehabilitación.
- ✓ reinserción comunitaria.
- ✓ prohibición de manicomios y de institucionalización de enfermos mentales.

II.4. Leading Case.

En esta parte del trabajo me voy a concentrar sobre las consideraciones que tanto la Corte Suprema de Justicia de la Nación como los Tribunales Internacionales, tuvieron en cuenta respecto de la situación de personas con PM que han sido sometidas a una internación no voluntaria por distintas causas, y los derechos y garantías de raigambre constitucional y de derecho internacional que se encontraron afectados.

Por medio de estos casos se ha hecho mención a varios instrumentos que componen los estándares internacionales en lo referente a los derechos humanos de las personas con PM. Por ello, es relevante repasar estos antecedentes, porque las decisiones y recomendaciones adoptadas por la Corte y Tribunales Internacionales han sentado precedente respecto del tema de salud mental y forman parte del marco normativo-obligatorio en cuanto se refiere a personas con PM.

II.5. Internacionales.

* “Rosario Congo vs. Ecuador”

Víctor Rosario Congo, ecuatoriano, de 48 años de edad, fue acusado en el año 1990, de robo y asalto, por lo que fue encerrado en un centro de detención para presos comunes. Desde un principio, se presumía que padecía trastornos mentales, porque lo que fue alojado en una celda de aislamiento. Durante este encierro, fue víctima de agresiones y lesiones por parte de un guía a cargo de dicho centro, quien se aprovechó del estado mental del interno. A pesar de estas lesiones sufridas y su trastorno, no recibió atención médica, permaneciendo en la misma celda de aislamiento, desnudo e incomunicado.

Luego de la intervención de uno de los organismos de los derechos humanos, se procedió a evaluar a Víctor Congo, y arrojó como resultado que éste debió ser declarado inimputable y ser tratado en un centro psiquiátrico. Seguidamente, fue trasladado de emergencia a un Hospital, falleciendo a las pocas horas de su internación.

El Estado resulta responsable por las lesiones sufridas por Víctor Congo, la falta de atención médica, su incomunicación y la negligencia que causó su muerte. Viéndose vulnerados los siguientes derechos de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos: el derecho a la integridad personal, el derecho a la vida, derecho a la protección judicial.

Así lo determinó la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su informe, al sostener que:

(...) que mantener bajo custodia, sin tratamiento médico, a una persona que padecía de edema cerebral y cólera, constituye una violación a la integridad física, psíquica y moral, y a la prohibición de infligir tratos inhumanos, crueles o degradantes, consagrados en el art. 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (...)

Además, dicha Comisión, cita a la Comisión Europea de los Derechos Humanos (1950), y dice:

(...) el encarcelamiento de un discapacitado mental bajo condiciones deplorables y sin tratamiento médico puede considerarse como un tratamiento inhumano o degradante.

* “Ximenes Lopes vs. Brasil”

Ximenes Lopes, desde su juventud desarrolló una discapacidad mental. Luego, pasados los años, en 1999, fue admitido en una casa de reposo, y a los tres días de dicha admisión, fue visitado por su madre, quién lo encontró sangrando, con hematomas en todo el cuerpo, la ropa rota, sucio, y con las manos amarradas hacia atrás. Esto se debió a una fuerte crisis de agresividad sufrida por el paciente, que como consecuencia estuvo sometido a contención física entre la noche anterior y la mañana en que la madre lo visitó. Mismo día en que Ximenes Lopes falleció, horas después de haber sido medicado por el director del hospital clínico, sin ser asistido por un médico al momento de su muerte.

Algunos años más tarde, al intervenir la CIDH, se consideró responsable al Estado brasilero por la muerte y maltratos a los que fue sometido el paciente, así como la falta de investigación y sanción de los responsables de dichos actos.

Los derechos de la Convención Americana vulnerados fueron: la obligación de respetar los derechos, el derecho a la vida, derecho a la integridad personal, derecho a las garantías judiciales, y derecho a la protección judicial.

La CIDH sostuvo que:

(...) los Estados tienen el deber de asegurar una prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad mental (...) obligación que se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios de salud básicos; la promoción de la Salud Mental; la prestación de servicios de esa naturaleza que sean los menos restrictivos posibles, y la prevención de las discapacidades mentales (...) Todo tratamiento de salud dirigido a personas con discapacidad mental debe tener como finalidad principal el bienestar del paciente y el respeto a su dignidad como ser humano, que se traduce en el deber de adoptar como principios orientadores del tratamiento psiquiátrico, el respeto a la intimidad y a la autonomía de las personas (...)

Finalmente, ésta Corte destacó que cuando se refiera a pacientes con PM, quienes son responsables del cuidado de éstos, deben alcanzar su máxima exigencia en cuanto a su atención médica y asistencial, dada su particular vulnerabilidad cuando se encuentran dentro de instituciones psiquiátricas.

II.6. Nacionales.

* “Duba de Moracich. Recurso de Habeas Corpus”

En el año 1923, en el marco de un proceso de divorcio, Duba de Moracich fue internada involuntariamente por su marido por una supuesta afección mental. Ante esto, se presentó recurso de Habeas Corpus a fin de solicitar la externación de ésta.

La CSJN expresa que es una detención ilegal, porque se da:

(...) sin que aparezca que esa detención haya sido autorizada por alguna autoridad judicial, o sea, el resultado de un procedimiento de ese mismo carácter, en el cual la persona recluida o su defensor tuviera oportunidad de cuestionar el fundamento de la privación de la libertad (...)

La Corte cuestiona “... la facultad del director del hospicio de alienados para juzgar por sí sólo de la insania de las personas internadas en el establecimiento y para mantenerlas recluidas por su propia autoridad.”

Además, en dicho caso, este Tribunal sostuvo que: “... no existe otra autoridad competente para restringir la libertad de las personas que la de los jueces designados por la Ley... que ninguna persona puede ser tenida por demente sin que la demencia sea previamente verificada y declarada por juez competente...”

* “Tufano, Ricardo Alberto S/Internación”

Se trató de una persona con trastorno psíquico por abuso de sustancias psicoactivas y que estaba internado en contra de su voluntad en una institución psiquiátrica. En dicho caso, si bien no es central de mi análisis, hubo un conflicto negativo de competencias debido a qué juez debía intervenir en la causa respecto del lugar de internación del paciente. Lo que la CSJN consideró en el considerando 2º, que el juez interviniente es el del lugar en que es producida la internación.

En relación a la internación, surge del considerando 3º que “...no hubo en esta causa decreto fundado de internación involuntaria, ni control sobre su legalidad ni

respecto de las condiciones de aquella...” entendiendo esta Corte, en el siguiente considerando, que las reglas del debido proceso deben:

(...) con mayor razón, ser observadas en los procesos en lo que se plantea una internación psiquiátrica coactiva en virtud del estado de vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y abandono en el cual se encuentran frecuentemente quienes son sometidos a tratamientos de esta índole, erigiéndose por ende, como esencial el control por parte de los magistrados en las condiciones en que aquélla se desarrolla.

En el considerando 5º, la CSJN, destacó la importancia de los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental:

(...) precisando que estos forman el estatuto básico de los derechos y garantías procesales de las personas presuntamente afectadas por trastornos mentales, enunciándose, entre otros, la designación de un defensor para que lo asista y lo represente, la obtención de un dictamen independiente sobre la posible enfermedad mental, previéndose la posibilidad de detención - la que se desarrollará por un breve período y en tanto sea la opción menos restrictiva - cuando exista un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros. En todos los casos, los motivos de la admisión y la retención se comunicaran sin tardanza al paciente y al Órgano de Revisión (Principio 16, Admisión Involuntaria), quien deberá examinar a la persona lo antes posible (...)

* “R.M.J S/ Insania”

En el año 1982, el juez a cargo de la causa, declaró la inimputabilidad de R.M.J, de catorce años de edad, por el delito de homicidio agravado, y dispuso la internación en una clínica como medida de seguridad, por considerarlo peligroso para sí y para terceros, debido a su enfermedad mental: esquizofrenia.

Sin entrar en detalle de a qué Juzgado le correspondía la competencia del caso, motivo principal por el cual intervino la CSJN, a juicio de éste tribunal:

(...) se han configurado circunstancias excepcionales que no pueden ser soslayadas en atención al debido respeto que merecen los derechos y garantías de raigambre

constitucional que se encuentran en juego (...) que tiene como protagonista a quien se encuentra sometido a una internación psiquiátrica no voluntaria.

Sosteniendo dicha Corte en el considerando 6 que:

(...) la debilidad jurídica estructural que sufren las personas con PM - de por sí vulnerables a los abusos -, crea verdaderos “grupos de riesgos” en cuanto al pleno y libre goce de los derechos fundamentales, situación que genera la necesidad de establecer una protección normativa eficaz, tendiente a la rehabilitación y reinserción del paciente en el medio familiar y social en tanto hoy nadie niega que las internaciones psiquiátricas que se prologan innecesariamente son dañosas y conllevan, en muchos casos, marginación, exclusión y maltrato y no es infrecuente que conduzcan a un “hospitalismo” evitable. En esta realidad, el derecho debe ejercer una función preventiva y tuitiva de los derechos fundamentales de la persona con sufrimiento mental, cuando son recluidos coactivamente – sin distinción por la razón que motivó su internación -, son titulares de un conjunto de derechos fundamentales, como el derecho a la vida y a la salud, a la defensa y al respeto de la dignidad, a la libertad, al debido proceso, entre otros tantos (...)

En el considerando 12, este Tribunal nombra los requisitos a seguir en caso de internarse a una persona con PM, al entender que:

(...) se debe tener en cuenta que, en la práctica, más allá de que la medida de internamiento posea un carácter terapéutico, se lleva a cabo una auténtica privación de la libertad de la persona. Por ello, tal como lo establecen los Principios de Salud Mental de las Naciones Unidas de 1991, el internamiento involuntario sólo debe tener un carácter excepcional (...) La Corte Europea de Derechos Humanos ha considerado necesaria la concurrencia de tres requisitos esenciales para garantizar la legalidad del internamiento de quienes se encuentran detenidos en establecimientos psiquiátricos (...) Primeramente, que la enfermedad mental debe haber sido establecida de manera probada; segundo, el problema debe revestir un carácter o una amplitud legitimante de la internación forzosa; tercero, la internación no puede prolongarse válidamente sin la persistencia de tal problema (...)

CAPÍTULO III

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL: Aspectos generales.

Haciendo énfasis en la historia y los antecedentes mencionados, la creación de la ley nacional, no fue una elaboración espontánea e improvisada, ni tampoco surge de un vacío legal en el área. Fue fruto de una discusión parlamentaria que pretendió adecuar la legislación nacional a los principios y tratados internacionales de los derechos humanos de los cuales nuestro país forma parte, y adhirió a las experiencias concretas, en principio, de las provincias de Río Negro, Santa Fe y Entre Ríos en los años `90 en el asunto de la desinstitucionalización de las personas con PM.

Era necesaria una ley nacional sobre salud mental que protegiera los derechos de las personas con PM, ya que fue y es un sector especialmente vulnerable de la sociedad y que debía ser atendido en igualdad de oportunidades en todo el país. Así lo sostuvieron Kraut y Diana (2011) mencionando que:

(...) una ley específica sobre salud mental proporciona un marco legal para abordar asuntos claves como la reinserción y la integración en la comunidad de las personas con trastornos mentales, la prestación de una atención de calidad, a su

accesibilidad, la protección de los derechos civiles y la protección y promoción de los derechos en otras áreas claves - vivienda, educación y especialmente un empleo digno - (...) (p.37)

Considero pertinente comenzar a desarrollar, de manera general, la Ley objeto de este trabajo, Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada por el Congreso de la Nación el 25 de noviembre del año 2010, publicada en el boletín oficial en fecha 3 de Diciembre del mismo año y promulgada por Decreto del Poder Ejecutivo el día 28 de mayo del año 2013, ley que se enfoca en los parámetros establecidos en la CDPD.

El art. 1 de esta ley asegura el derecho a la protección de la salud mental y el goce de los derechos humanos de las personas con PM que se encuentren en nuestro país, teniendo en cuenta los instrumentos internacionales de derechos humanos y las legislaciones provinciales que avalen dichos derechos.

En su art. 2 recepta y considera parte integrante de esta ley a tres de los instrumentos internacionales mencionados anteriormente como antecedentes. Estos son: los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud de 1990, y también se integran los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas de 2005.

Esta ley define en su art. 3 a la salud mental "...como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona..." Reafirma la condición de sujeto de derecho de las personas con PM, su autonomía y capacidad para tomar decisiones respecto de lo que les sucede. Así lo estipula en este mismo artículo cuando dice que "...se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas."

Conforme a los artículos 7 y 8, la LNSM garantiza a las personas con PM, el derecho a recibir tratamiento y a obtener la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja los derechos y libertades del paciente. Promueve a la integración familiar, laboral y comunitaria. Expresa que la atención en salud mental sea por medio

de un equipo interdisciplinario, conformados por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, intérpretes u otras disciplinas, que colaboren con la tarea del defensor y ayuden a comprender más fielmente la voluntad de la persona asistida jurídicamente. Impulsa a garantizar los lazos sociales, y a preservar la integración de los pacientes, para lo cual el Estado no solo debe cuidar que este permanezca integrado a la comunidad mientras realiza su tratamiento, sino que debe proveer la asistencia jurídica que asegure el ejercicio de los derechos cuando el paciente no puede hacerlo por sí mismo.

El art. 27 prohíbe la creación de establecimientos de internación monovalentes, neuropsiquiátricos y manicomios, públicos o privados, y establece que las internaciones deben realizarse en hospitales generales. Como explica Gorbacz¹ en un curso virtual, “...cambió de una política fuertemente centrada en la internación de hospital monovalente (manicomios), a una política de dispositivo de prevención y de asistencia basados en la comunidad...”

Para sintetizar lo expuesto, menciono lo dicho por Carpintero (2011), quien considera que existen cuatro conceptos centrales como espíritu de LNSM:

- ✓ los derechos humanos en relación al paciente.
- ✓ la atención desde el equipo interdisciplinario o intersectorial.
- ✓ las modificaciones en cuanto a los manicomios.
- ✓ lo que denominó “una reivindicación democrática”, en relación a la igualdad de los profesionales, en cuanto a las condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones.

Como enunciado a destacar y siendo el propósito de este trabajo, pongo mi énfasis donde la ley restringe las internaciones involuntarias solo a circunstancias excepcionales, quedando sujetas al control no solo de un órgano de revisión, sino también al control judicial.

Para finalizar esta breve recopilación de los aspectos más relevantes de LNSM, sostengo que dicha ley adopta los lineamientos del modelo social de discapacidad establecido en la CDPD, entendido éste, por Carolina Buceta e Isabel Ferreira (2011), como que:

¹ Autor de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Curso virtual recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=csh6IcKketY>

(...) es la sociedad la que discapacita a la persona, pues su posibilidad de desarrollo y participación social estará sujeta a las condiciones socio-económicas a las que esté expuesta. Partiendo de la premisa de que toda vida humana es igualmente digna, desde el modelo social se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra relacionado con el grado de inclusión y la aceptación de la diferencia, que no debe ser negada sino comprendida y aceptada. (p.197)

El fin último de esta ley favorece a que las personas con PM puedan valerse por sí mismas con ayuda de los servicios y apoyos adecuados para tal fin; llevando una vida digna, de respeto y de igualdad de oportunidades, pensada en su inserción social.

CAPÍTULO IV

INTERNACIONES EN LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

La LNSM regula en el Capítulo VII todo lo atinente a las internaciones. Inicia con el art. 14, que considera a la internación:

(...) como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

De este artículo surge que solo puede concederse la internación si, y solo si, resultara más beneficiosa y conveniente para la persona que cualquier otra intervención, garantizándose el vínculo y relación de la persona internada con su entorno social, salvo que se disponga lo contrario en forma excepcional y únicamente por razones terapéuticas, las cuales deben estar debidamente fundadas.

Así lo indica el segundo y tercer párr. del art. 14 del decreto reglamentario de esta ley al entender que:

(...) la indicación de internación o tratamiento que motive el aislamiento de las personas con trastornos mentales y/o del comportamiento, ya sea restringiendo visitas, llamados, correspondencia o cualquier otro contacto con el exterior, debe ser excepcional, sujeta a las reglas del arte médico, siguiendo pautas y criterios internacionales, limitándose a situaciones de crisis y fundada en la evaluación previa del equipo tratante. Todo recurso de internación deberá ser informado al juez competente y debe señalar los motivos que la justifican y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad (...)

En concordancia con el artículo recién desarrollado, art. 14, el siguiente establece que “la internación debe ser lo más breve posible...” porque de prolongarse en el tiempo injustificadamente podría entenderse como privativa de la libertad. El mismo también expresa que “...la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica...” Por lo tanto, se la debe considerar como un instrumento y/o herramienta de validación necesaria ya que en dicho documento quedarán completamente registrados todos los detalles de las intervenciones que día a día lleve a cabo el equipo interdisciplinario durante el tiempo que se preste atención al paciente en su internación.

La misma normativa plantea en su art. 16, que cuando se disponga la internación de una persona, deben cumplirse dentro de las cuarenta y ocho horas ciertos requisitos, los cuales seguidamente detallaré:

* Debe el equipo interdisciplinario realizar una evaluación y diagnóstico integral del paciente, entendiéndose a este, de acuerdo al art. 16 del decreto reglamentario:

(...) como la descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su trastorno o sintomatología, deberá responder a una articulación entre las diferentes disciplinas que intervienen... La evaluación diagnóstica e indicación terapéutica, respectivamente, deberán incorporarse a la historia clínica (...)

Remarcando así, como sosteníamos en un párrafo precedente, la importancia de la historia clínica.

* En conjunto con la evaluación y diagnóstico, deben establecerse los motivos que justifican la decisión de la internación, la cual debe estar firmada por al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, siendo obligatorio que uno de ellos sea psicólogo o psiquiatra.

* Búsqueda de datos sobre la identidad del paciente y de sus familiares.

* Obtener el consentimiento informado del paciente en el caso de que la internación sea voluntaria, para poder respetar su voluntad y seguir los lineamientos establecidos por el Principio 11 “Consentimiento para el tratamiento” de los Principios de Salud Mental, que nos define:

(...) por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en forma y lenguaje que esta entienda acerca del diagnóstico y su evaluación, el propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto, etc. (...)

Y para complementar este principio, el Manual de Recurso de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humano y Legislación nos dice que:

(...) el consentimiento libre e informado debería constituir la base del tratamiento y de la rehabilitación de la mayoría de las personas con trastornos mentales. Debe presumirse desde un principio que todos los pacientes tienen discernimiento, y deben agotarse los esfuerzos para permitir que una persona acepte voluntariamente el ingreso o el tratamiento, antes de adoptar procedimientos involuntarios. (2006, p.49)

IV.1. Internaciones voluntarias e involuntarias.

Al exponer el elemento del consentimiento, debó comenzar a analizar los dos supuestos de internación que prevé la LNSM, voluntarias e involuntarias.

Las primeras, voluntarias, las cuales desarrollaré brevemente, son aquellas en que se garantiza el derecho a la autonomía personal, ya que la persona presta su consentimiento informado para someterse a dicha internación, consentimiento que debe mantenerse durante todo el tiempo que ésta dure. Es decir, la persona decide por sí misma internarse para recibir el tratamiento adecuado, quedando al cuidado de los profesionales y autoridades del lugar donde se lleve a cabo esta internación. Este tipo de internación podemos verlo establecido en el art. 18 de la LNSM, que permite a la persona internada voluntariamente decidir por sí misma el abandono de la internación en cualquier momento. Dicho art. se complementa claramente con el Principio 15 para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, “Principio de admisión”, el cual nos dice que “...todo paciente que no haya sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar la institución psiquiátrica en cualquier momento...”. Así lo menciona también el Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental al sostener que “...el derecho a consentir el tratamiento implica el derecho a negarse a recibir tratamiento. Si se considera que el paciente tiene discernimiento suficiente para consentir, también debe respetarse la negativa de ese consentimiento.” (2006, p. 50). Esto confirma el respeto a la voluntad total del paciente, siendo éste el protagonista, garantizándose su derecho de autonomía personal y plena capacidad para ser titular y ejercer sus derechos en igual de condiciones que los demás.

Para concluir con la internación voluntaria, considero necesario recalcar algunas cuestiones que son importantes que se le informe al paciente a la hora de que este decida internarse voluntariamente, es decir, por sí mismo y dando su consentimiento:

- ✓ al ser admitidos en una institución, se les debe hacer saber a los pacientes que los profesionales de salud mental pueden ejercer la autoridad de impedir su internación, si es que se reúnen las condiciones para el ingreso involuntario.
- ✓ los pacientes voluntarios sólo deben ser tratados después de haberse obtenido su consentimiento informado.
- ✓ cuando el paciente posee el discernimiento necesario para otorgar consentimiento informado, dicho consentimiento es un pre - requisito para el tratamiento.

En segundo lugar, y siendo el objeto principal de este trabajo, me enfocaré en la internación involuntaria, teniendo en cuenta la LNSM, los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental que están integrados a dicha ley, como así también su decreto reglamentario 603/2013 y la relación y complementariedad existente, en esta temática, con el CCCN.

Antes de profundizar en lo recientemente mencionado, es conveniente destacar que el CCCN sigue lo dispuesto por la LNSM en cuanto a presumir la capacidad de las personas, expresándolo así en su art. 31 inc. a) "...la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, aun cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial..."

La internación es involuntaria en los casos en que la persona no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad de internarse, que se oponga al tratamiento que requiera la internación o cuando se trate de personas menores de edad. Situación ésta última en la que haré hincapié más adelante.

Puede entenderse a la internación involuntaria como una situación de privación de la libertad y restricción de la libertad ambulatoria, que debe ser entendida como un recurso de "ultima ratio" y es por ello que el art. 20 de la LNSM establece que la internación de este tipo "...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 mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros..." Entendiendo, según el art. 20 del decreto reglamentario de dicha ley, "...por riesgo cierto e inminente a aquellas contingencias que puedan desencadenar un daño que amenace o cause un perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros..." Siguiendo con esta idea, para Angelini (2014) la definición de riesgo cierto e inminente debe fundamentarse sobre la inmediatez del riesgo, su certeza y la gravedad de daño contra la seguridad de sí mismo o de terceros. Por lo tanto, debe presentar una amenaza, una inminente consumación que no deje lugar a dudas y que no pueda ser resuelto por otras intervenciones.

De acuerdo a lo recientemente expuesto, debo relacionarlo con el Principio 16 "Principio de admisión involuntaria "que establece en su apartado 1:

Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, que esa persona padece una enfermedad mental y considere: a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros (...)

La recién nombrada internación involuntaria se encuentra también regulada en el art. 41 del CCCN, denominada como internación sin consentimiento de una persona. El Código expresa que dicha internación solo procede si se cumplen los recaudos previstos en la legislación especial (ley N° 26.657). Aquí se observa el respeto del CCCN hacia la LNSM y su decreto reglamentario, y la complementariedad existente entre estos instrumentos nacionales. Pero no solo se complementan por expresar que la internación sin consentimiento procede si se cumplen dichos recaudos, sino que se articulan y relacionan en otras disposiciones acerca de las internaciones involuntarias. Esta viabilidad entre normas lo sostiene Núñez - Cortés Contreras (2014) exponiendo que:

(...) una relación entre normas en virtud de la cual una disposición remite o reenvía a otra para complementar determinados aspectos de su regulación, sin que se excluya la aplicación de la norma vigente. Se da cuando las distintas normas, conservando cada una su rango y naturaleza, aparecen engranadas entre sí como piezas del mismo mecanismo normativo.

Al principio, al introducirme acerca de las internaciones involuntarias de la LNSM, sostuve que se concede dicha internación si el equipo de salud considera que existe riesgo cierto e inminente para la persona misma o para terceros. Este mismo requisito también lo menciona el CCCN en su art. 41 inc. b) como fundamental a la hora de que proceda o no la internación involuntaria, puesto que expresa que la internación involuntaria "...solo procede ante la existencia de riesgo cierto e inminente de un daño de entidad para la persona protegida o para terceros..."

Siguiendo con las concordancias, tanto en la LNSM como en el CCCN, se requiere de una evaluación fundada o dictamen profesional. En la primera se establece en el art. 20 inc. a):

Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo inminente (...) 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.

Y el CCCN lo establece en el art. 37 “in fine” “...para expedirse, es imprescindible el dictamen de un equipo interdisciplinario” y en el art. 41 inc. a) “... debe estar fundada en una evaluación de un equipo interdisciplinario... que señale los motivos que la justifican y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad...” Esto último, se ve reflejado en la LNSM en su art. 20 inc. b) cuando expresa que debe hacer constar: “...ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento...” Y en el art. 7 Inc. d) que establece: “El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades...” En relación a esto, el CCCN concibe en su art. 41 inc. c) a la internación involuntaria como “...un recurso terapéutico de carácter restrictivo y por el tiempo más breve posible; debe ser supervisada periódicamente...” Esto va en consonancia con el art. 20 de la LNSM, que como mencioné anteriormente, define a la internación involuntaria como recurso terapéutico excepcional, el art. 15 que dice: “...la internación debe ser lo más breve posible...” y el Principio 16 “Admisión Involuntaria” que expresa en su apartado 2 “...Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado...”

Observo que el CCCN complementa a la LNSM de lo general a lo particular, sin detenerse en los pormenores que se encuentran establecidos en ella, como por ejemplo, el requisito esencial de la firma de dos profesionales, siendo necesario que uno sea psicólogo o psiquiatra.

Al continuar con este análisis entre la LSNM, su decreto reglamentario y el CCCN, este último en su art. 41 inc. d) sostiene que “...debe garantizarse el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica...” Lo que muestra claramente que sigue el lineamiento de los arts. 21, 22 y 24 de la LNSM con relación al rol activo y expedito que se espera por parte del Poder Judicial, y al derecho de defensa del internado. El primero de los artículos mencionado

recientemente, establece que se debe notificar fundadamente al juez y al órgano de revisión, acerca de la internación involuntaria en un plazo de diez horas, y que dentro de las cuarenta y ocho horas deben agregarse todos los requisitos del art. 20 ya mencionado.² Debiendo el juez en un plazo de tres días autorizar la internación si evalúa que se cumplieron y satisficieron todos los requisitos previstos por la ley. O, en caso de ser necesario, puede requerir informes ampliatorios de los profesionales con el fin de evaluar, si se cumplen o no, los supuestos o exigencias necesarias para que se justifique la internación involuntaria. También puede, denegar la medida de internación involuntaria cuando considere que no existen los supuestos necesarios para autorizar la misma, y asegurar de esta forma, la externación de forma inmediata del paciente. A la hora de concretar dicha internación, el decreto reglamentario en su art. 21 establece que "...el juez... deberá garantizar el derecho de la persona internada, en la medida que sea posible, a ser oída en relación a la internación dispuesta..." En relación a esto la Corte Suprema de Justicia de la Nación tuvo la oportunidad de expedirse respecto de la garantía del debido proceso en el caso Tufano y afirmó:

(...) en los procesos donde se plantea una internación psiquiátrica involuntaria o coactiva, es esencial el respeto a la regla del debido proceso en resguardo de los derechos fundamentales de las personas sometidas a ella, en virtud del estado de vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y abandono en el cual se encuentran frecuentemente quienes son sometidos a tratamientos de esta índole, erigiéndose por ende, como esencial el control por parte de los magistrados de las condiciones en que aquélla se desarrolla.³

2 El art. 20 de la LNSM dispone: "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."

3 CSJN (27/12/2005). "Tufano, R. A. s/ internación". Fallos: 328:4832.

Siguiendo este enfoque, el inc. e) del art. 41 del CCCN dice que "...la sentencia que aprueba la internación debe especificar su finalidad, duración y periodicidad de la revisión..." Asimismo lo establece el art. 24 de la LNSM al explicar que "...el juez debe solicitar informes con periodicidad... a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y poder en cualquier momento, disponer la mediata externación..." y el art. 24 del decreto reglamentario sostiene que "...estos informes periódicos deberán ser interdisciplinarios e incluir información acerca de la estrategia de atención, las distintas medidas implementadas por el equipo y las respuestas obtenidas..."

En cuanto a lo exployado anteriormente, la CSJN en el caso R.M.J manifestó:

(...) la medida de privación de la libertad del paciente debe ser revisada 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 (...)⁴

En congruencia con dicha cita, el art. 24 de LNSM formula que:

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

Culminando este apartado, el art. 22 de la LNSM, refiere al derecho de defensa mediante asistencia jurídica hacia el internado, que como indiqué en un párrafo anterior, 4 CSJN. 19/02/2008. "R.M.J. s/ Insania" Fallo: 331:211.

también se garantiza en el inc. d) del art. 41 del CCCN. Estos dos artículos se encuentran vinculados al Principio 18 “Garantías Procesales”, en donde se reafirma este derecho, estableciendo que:

El paciente tendrá derecho a designar a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si el paciente no obtiene esos servicios, se pondrá a su disposición un defensor sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.

Dicho esto, la LNSM garantiza a la persona internada el acceso a la justicia, ya que le da el derecho de designar un abogado, y que si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación, solicitar la externación en cualquier momento y controlar las actuaciones en todo momento. Respecto a esto, el art. 22 del decreto reglamentario ordena al abogado a respetar la voluntad y preferencias de la persona internada, informar debidamente a la misma sobre las características del proceso que está atravesando y los derechos de que dispone. Para finalizar, centro mi atención en el siguiente párrafo dispuesto por este mismo artículo del decreto reglamentario:

Los abogados defensores deberán acreditar ante el Ministerio Público de la Defensa local, formación en Derecho de la Salud, a través de posgrado, residencia en derecho y salud, o experiencia comprobable en Salud Mental, adicciones y/o Discapacidad, y 5 años de ejercicio profesional, privilegiando su experiencia en instituciones de salud, en pos de garantizar adecuadamente los derechos de los pacientes que se buscan proteger.

IV.2. Internación de menores.

El art. 26 de la LNSM establece que se debe proceder de acuerdo al régimen de internación involuntaria cuando se trate de casos de internación de personas menores de edad. Es decir, debe cumplirse con lo estipulado en los artículos 20, 21, 22, 23,24 y 25 anteriormente desarrollados. Y sigue diciendo dicho artículo que “...en el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.”

La LNSM le da una protección especial a los menores de edad, garantizándoles todos sus derechos y apoyándose sobre la ley nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes que tiene como objeto "...garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte." Además, dicha ley considera de aplicación obligatoria la Convención de los Derechos del Niño, sosteniendo que "...las niñas, niños o adolescentes tienen derecho a ser oídos y atendidos cualquiera sea la forma en que se manifiesten, en todos los ámbitos..." Y en su art. 24 declara el derecho a opinar y a ser oído, sosteniendo que:

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a: participar y expresar libremente su opinión en los asuntos que les conciernan y en aquellos que tengan interés, que sus opiniones sean tenidas en cuenta conforme a su madurez y desarrollo. Este derecho se extiende a todos los ámbitos en que se desenvuelven las niñas, niños y adolescentes (...)

Relacionado a esto, el decreto reglamentario de LNSM en su art. 26 inc. b) sostiene que en las internaciones de personas menores de edad se deberá recabar su opinión.

Dando continuidad, este decreto también hace referencia a que se deben ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible, dejar constancia de todo lo realizado en la historia clínica y por último, en los casos de estas internaciones "...el abogado defensor, previsto en el art. 22 de la LNSM, deberá estar preferentemente especializado en los términos del art. 27 Inc. c) de la ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes N° 26.061." Artículo que estipula el derecho:

(...) a ser asistido por un letrado preferentemente especializado en niñez y adolescencia desde el inicio del procedimiento judicial o administrativo que lo incluya. En caso de carecer de recursos económicos el Estado deberá asignarle de oficio un letrado que lo patrocine.

Si bien, como establece este decreto respecto de que en la internación de menores de edad se debe poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado, rigiendo para los menores el principio del consentimiento informado para la

internación, a los efectos de la LNSM, las internaciones de éstos, siempre se van a considerar involuntarias, entendiendo a los menores como un sector de vulnerabilidad, buscando que por medio del procedimiento de este tipo de internaciones se maximice la protección, se les garantice el pleno goce de sus derechos y acceso a la justicia, estableciendo la obligatoriedad de la revisión periódica de dicha internación, para hacerla cesar en caso de que exista una alternativa menos restrictiva de derechos, y que estén sujetas al control de legalidad.

CAPÍTULO V

ROL PROTECTOR DEL JUEZ

El art. 21 de la LNSM da al juez la facultad de autorizar o denegar una internación involuntaria. Esta autorización o denegación va a depender de la evaluación que éste realice acerca de si se cumplieron o no los requisitos y/o exigencias propuestos y determinados en la ley para tomar esta medida excepcional. Y el inc. e) del art. 41 del CCCN dice "...la sentencia que aprueba la internación...", es decir, que la sentencia judicial debe declarar la legalidad de la internación. Por lo tanto, en los dos artículos mencionados, queda claro que previo a la autorización/aprobación o denegación de la internación involuntaria hubo un trabajo previo por parte del equipo interdisciplinario

de salud que es comunicado, de acuerdo a las exigencias de la ley, al juez para que éste realice su función de contralor judicial.

Ahora bien, el juez no puede ordenar por sí una internación involuntaria, salvo que se dé el supuesto del art. 21 Inc. c) “in fine”⁵, pero si puede disponer una evaluación de una persona mediante un equipo interdisciplinario de salud, lo que le permite realizar un control de legalidad de la intervención, autorizándola solo cuando considere que se encuentren ejecutados los recaudos exigidos por la ley. Es decir, que éste asume la función de garante de los derechos de la persona internada, y es quién deberá fiscalizar y examinar que las medidas tomadas respeten y cumplan con los recaudos exigidos en la ley a los fines de evitar detenciones arbitrarias. Estos recaudos son:

- ✓ que se apliquen los principios de legalidad, proporcionalidad y razonabilidad exigidos para toda restricción de un derecho humano.
- ✓ que se controle de que se trate siempre de un acto terapéutico debidamente justificado.
- ✓ que se aplique como último recurso, con carácter excepcional, sólo si no son posibles los abordajes sanitarios ambulatorios.
- ✓ que se indique como la alternativa terapéutica más conveniente y menos restrictiva posible.
- ✓ que sea producto de la decisión de un equipo interdisciplinario.
- ✓ que se aplique si y sólo si, a criterio del equipo de salud, se está en presencia de una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Para cumplir con estos recaudos, la LNSM en los artículos 21, 22, 24 y 25 da la potestad al juez de solicitar informes ampliatorios a los profesionales tratantes, indicar peritajes externos para evaluar la existencia de los motivos con los cuales se justificó la internación involuntaria, y si se dan las causales previstas, autorizarla, o en caso de evaluar la inexistencia de dichos motivos, denegar la internación u ordenar la externación. Asimismo, de manera periódica, debe solicitar informes al equipo

⁵ La última oración del art. 21 Inc. c) expresa que “...el juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.”

interdisciplinario de salud tratante en la internación, a partir de los cuales reevaluará si persisten las razones para continuar la medida de internación involuntaria, y decidirá sobre el carácter de las internaciones voluntarias que se hayan prolongado 60 días o más, según expresa el artículo 18 de la nombrada ley.

Para concluir con el rol del juez, me parece interesante citar a Kraut (s.f), quien sostiene que:

El deber de control pone fin a los encierros “sine die” ya que la norma obliga a que la sentencia que aprueba la internación especifique con claridad su finalidad, duración y periodicidad de la revisión (art. 41, inc. e), sin perjuicio del mencionado deber de control judicial (art. 41, inc. d). Se ordena un juez participante, protagonista y no un simple observador que decidía, en muchos casos, ligeramente. (p.80)

CAPÍTULO VI

ROL DEL ÓRGANO DE REVISIÓN

La LNSM crea por medio del art. 38 al Órgano de Revisión “...con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.” Y expresa en el siguiente artículo que dicho órgano:

(...) debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la

Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

Este órgano, conformado por un equipo interdisciplinario, será el encargo de llevar a cabo todas las funciones que se establecen en el art. 40 de la ley mencionada. Entre ellas, considerar apelaciones contra el ingreso y/o el tratamiento involuntarios, presentadas por los pacientes, sus familiares y/o sus representantes personales, revisar los casos de pacientes admitidos involuntariamente, como sucede con lo expuesto en el art. 24⁶, o de pacientes voluntarios con estadías de larga duración, en intervalos periódicos para asegurarse de que no se retenga a los pacientes más allá de lo necesario para su protección y tratamiento, como sucede en lo establecido por el art. 18 de la LNSM “...en todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38...” También se le confiere facultades especiales para evaluar las decisiones judiciales y en su caso pedir la sanción de los jueces en las situaciones que hubiera irregularidades y denunciarlos ante el Consejo de la Magistratura. El órgano de revisión, tiene la obligación de externar al paciente si considera que éste ha sido indebidamente retenido, supervisando regularmente la forma en que los pacientes reciben tratamiento contra su voluntad. Este órgano, debe implementar un procedimiento para autorizar o desautorizar la continuidad del tratamiento involuntario de los pacientes sin su consentimiento. En los incisos a, b y c de este artículo se establecen otras funciones como:

6 El art. 24 de la LNSM establece que: “Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación. Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.”

- ✓ requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos.
- ✓ supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado.
- ✓ evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez.

Durante las visitas a las instituciones, el órgano de revisión, debe tener acceso a todas las instalaciones de la institución de salud, a las historias clínicas y expedientes de los pacientes, así como el derecho de entrevistar privadamente a todo paciente internado en dicha institución. Tales visitas brindan al órgano los medios necesarios para verificar que las personas internadas reciben el tratamiento y atención que requieren, que no se violen sus derechos humanos, y que la institución implemente debidamente las garantías contenidas en la legislación de salud mental.

Lamentablemente, en Río Negro no contamos en la actualidad con un órgano de revisión, es el Cuerpo de Investigación Forense (dependiente del Poder Judicial) quien lleva a cabo los controles antedichos. Sin embargo, ante las numerosas demandas que tiene la provincia en salud mental, su creación y puesta en funciones, es sin duda, una deuda pendiente.

CAPÍTULO VII

TRÁMITE JUDICIAL

En este acápite analizaré resoluciones del Juzgado de Familia N°7 de la ciudad de Viedma, adelantando que el órgano jurisdiccional únicamente realiza el control de mérito en las internaciones involuntarias, esto es, cuando el paciente se resiste a la medida o se trata de un menor de edad.

El trámite judicial comienza cuando ingresa un fax al Juzgado de Familia de la localidad de Viedma, que manda el Hospital Artémides Zatti, en el que se ha procedido a la internación involuntaria de una persona, indica la fecha y en general cuál ha sido el motivo de su internación y, en algunos casos, informa el tiempo aproximado de internación.

Es decir, que generalmente el hospital informa dentro del plazo legal pero sin los requisitos establecidos en LNSM y el art. 41 del CCCN para este tipo de recurso extraordinario y gravoso como es la internación involuntaria, ya sea porque falten datos personales, familiares, diagnósticos o firmas de los profesionales intervinientes.

En dicho caso, el mencionado juzgado, actúa en pos de recabar esos requisitos necesarios para la protección de los derechos de los pacientes internados y lo hace el mismo día en que el fax que informa de la medida es recepcionado por Mesa de Entradas del órgano jurisdiccional. Allí se procede a la formación de un expediente, que pasa a sorteo entre ambos Juzgados de Familia (N° 5 y N° 7) el que es realizado por la Mesa de Entradas Única (MEU), salvo que en uno de los dos Juzgados existan antecedentes del afectado, en cuyo caso, la MEU lo asigna directamente a dicho organismo.

VII.1. Jurisprudencia Juzgado de Familia N° 7.

En el expte. N° 0342/15/J7, caratulado: “Hospital Área Valcheta (P.E.A) S/ Internación Involuntaria”, el equipo de Salud Mental del Hospital debió proceder a la internación involuntaria de P.E.A por presentar descompensación de su cuadro de base: psicosis, como consecuencia de no tomar la medicación correspondiente. Ante esto, el juzgado libró oficio al hospital:

(...) a fin de que informen cual es el estado de salud actual de la paciente (...), en caso de continuar internada, hasta cuando se extenderá la misma (...) y cuales han sido las pautas que se han indicado para la continuación de su tratamiento (...)

Exigiendo el Juzgado, cumplir con los art. 16 inc. a) y art. 20 inc. a) de LNSM y el art. 41 inc. a) del CCCN, a fin de que se evalúe a la internada y se señalen los motivos que justifican dicha internación.

En el expte. N° 0443/16/J7 caratulado: “Hospital Artémides Zatti (S.E) S/ Internación Involuntaria”, se procedió a la internación del paciente S.E, pero el informe recibido por el juzgado proveniente del Hospital, no cumplió con la normativa de la LNSM ni el art 41 del CCCN. Ante esto, dicho Juzgado exigió al Servicio de Salud Mental de éste Hospital, a que:

(...) en el plazo de 24 horas (...) deberá acompañar la Historia Clínica del paciente internado, mediante un completo informe interdisciplinario e integral del diagnóstico presunto, continuidad, tiempo estimado de duración de período de internación y suministrar datos del grupo familiar (...)

Demostrando que se afectó el art. 16 inc. a) y b) de la LNSM por no cumplir con el requisito de evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral del paciente, y con la búsqueda de datos disponibles del entorno familiar de éste. Asimismo, no respeta el art. 20 inc. a) de esta Ley, el cual dispone que para que proceda la internación involuntaria, debe constar con un dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se vulnera también, con el art. 41 inc. a) del CCCN por no fundarse la internación en una evaluación del equipo interdisciplinario.

Estos mismos requisitos exigidos por LNSM y el art. 41 del CCCN fueron eludidos también en los procedimientos de los exptes. N° 1118/16/J7, caratulado: Hospital Artemides Zatti (V.M) S/Internación Involuntaria, y expte. N° 0047/18/J7, caratulado: Hospital Artemides Zatti (A.M) S/Internación Involuntaria, en donde en el primero se procedió a la internación involuntaria de V.M por presentar episodio de heteroagresividad, desconfianza e irritabilidad contenida. Y en el segundo caso, A.M fue internada involuntariamente por descompensación de su cuadro de base: descompensación psicótica y productividad delirante de tipo místico. Ante estas situaciones, el juzgado nuevamente consideró que los informes recibidos por parte del hospital no acataban acabadamente con algunos de los requisitos establecidos en LNSM y el art. 41 del CCCN, por lo que envió oficio similar al del expte. N° 0443/16/J7 caratulado: Hospital Artemides Zatti (S.E) S/ Internación Involuntaria, al hospital con el fin de que se lleven a cabo todos los requisitos anteriormente mencionados en este fallo.

Siguiendo con el análisis de este último expte., el juzgado requirió que se notifique al paciente “...haciéndole saber que en el plazo de cinco (5) días podrá ejercer

su derecho de defensa en el proceso judicial con asistencia letrada de su confianza, caso contrario se mantendrá a la Defensora designada a esos fines.” Cumpliendo de esta manera con el art. 22 de LNMS.⁷

La defensora, al contestar vista, manifestó:

(...) el extenso período de tiempo que ha transcurrido desde que el Servicio de Salud Mental del Hospital local informara la situación por la que atravesaba S.E, y que ellos sea puesto en conocimiento de esta Defensa, advirtiéndose que el transcurso de esos tantos días, sin que esta parte tome conocimiento de que el joven se encontraba sometido a una internación involuntaria en el marco de la ley 26657, claramente afecta el debido proceso y controvierte las disposiciones legales en la materia (...)

Si no se cumple con el plazo establecido en la ley N°26.657 para noticiar al Juez competente de la internación involuntaria a la que procedió el nosocomio, la internación se vuelve arbitraria e ilegítima, violándose el art. 41 inc. d) del CCCN que establece que para que proceda la internación involuntaria “...debe garantizarse el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica.”

En el expte. N° 1118/16/J7, caratulado: “Hospital Artemides Zatti (V.M) S/Internación Involuntaria”, nombrado anteriormente, la Defensora al contestar la vista conferida, sostuvo que:

(...) el informe presentado no resguarda debidamente los derechos de V.M, dado que no contiene los requisitos de legalidad dispuestos en el art. 41 del CCCN y de los art. 16, 20 y 21 de la ley 26657, deberá presentarse un informe interdisciplinario respecto de la patología de la paciente y del tratamiento indicado, que fundamente la medida dispuesta, y que avale la internación requerida para la evaluación del mismo y se cumplan con todos los recaudos legales ordenados en dicha normativa (...) Atento al carácter restrictivo y excepcional de la medida

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

solicitada, siendo que ella sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto, y de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social, se destaca que la internación debe realizarse por el menor tiempo posible, agotada las instancias anteriores y en un todo de acuerdo con las previsiones de la Ley 26657 de Salud Mental, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios.

Esta respuesta por parte de la Defensora, se vincula al pedido del Juzgado para con el Hospital con el objeto de que el informe cumpla acabadamente con todos los requisitos estipulados en LNSM y CCCN para las internaciones involuntarias, haciendo hincapié a lo que establecen el art. 14 de la LNSM al considerar a este tipo de internaciones “...como recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social...” El art. 15 de la misma Ley, al sostener que “la internación deber ser lo más breve posible, en función de criterios interdisciplinarios...” A los arts. 16 inc. a), 20 inc. a) y 21 de la misma, en cuanto a cumplir con la evaluación y diagnóstico integral e interdisciplinario, justificando los motivos de la internación.

En el expte. N° 0047/18/J7, caratulado: “Hospital Artemides Zatti (A.M) S/Internación Involuntaria”, mencionado también anteriormente, A.M había ya sido internada involuntariamente y es importante resaltar lo expresado por la Defensora en cuanto al pedido de Historia Clínica. Ésta entiende que dicho pedido:

(...) deberá circunscribirse a las constancias a partir de la presente internación (...) ello dado que la norma exige la registración en la Historia Clínica como un mecanismo de control de la medida de internación en sí misma, pero de ninguna manera habilita a conocer y exponer la intimidad de la Sra. A.M (...)

Esto hace alusión al art. 15 de la LNSM cuando expresa que “...tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica...” pero cuando se requiera dicha historia sobre un paciente, sólo debe limitarse a la presente internación y no a todos los antecedentes, sosteniendo la Defensora esto, al decir que:

(...) los procesos judiciales en cuanto expediente en sí mismo finaliza con el alta hospitalaria del paciente, con lo cual cada situación de internación, no solo ha de tramitarse separadamente de la anterior, sino que tampoco sirve de prueba alguna. Esto en tanto son los profesionales intervinientes -en este caso el Servicio de Salud Mental- quienes deben justificar la necesidad de ésta medida y satisfacer en su informe todas las exigencias que la Ley impone.

Como manera de sintetizar lo recientemente expuesto, los requisitos exigidos por la LNSM y el CCCN, que el Hospital debe presentar en los casos de internación involuntaria en sus informes, y que reiteradamente omite en la mayoría de los casos son:

- ✓ No se detalle el riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.
- ✓ Solo firma un profesional.
- ✓ Falta de definición y adecuación de sus términos al lenguaje cotidiano.
- ✓ No se establece el diagnóstico y pronóstico del paciente.
- ✓ Falta de la fecha de la época en que surge la patología.
- ✓ Poco detalle de los hechos.
- ✓ Falta de justificación y fundamentación de la necesidad de la internación.
- ✓ No se establece la medicación ni tiempo estimado de duración de la internación.
- ✓ No se establece la asistencia familiar ni se entrevista a los familiares del internado.

Cumplido estos requisitos y exigencias de la LNSM y CCCN por parte del hospital, el juzgado decreta la legalidad del acto y archiva el expediente. Así lo resuelven estos fallos:

El expte. N° 0695/15/J7 caratulado: “G.C.N.E S/ Internación Involuntaria”, al externarse al paciente, y habiéndose indicado un tratamiento con modalidad de Centro de día, en el cual éste recibe atención en distintos espacios grupales y talleres, entrevistas familiares mensuales y control psiquiátrico, el juzgado se expidió sobre la legalidad de la medida dispuesta y resolvió:

Declarar la legalidad de la internación del paciente G.C.N.E, dispuesta por el Servicio de Salud mental del Hospital Artemides Zatti. Disponer del cese de la intervención de la Sra. Defensora (...) regístrese, protocolícese y notifíquese firme que se encuentre la presente, archívese en carácter de terminada y oportunamente remítase al Archivo General del Poder Judicial.

En otro de los nombrados fallos, N° 0443/16/J7 caratulado: “Hospital Artémides Zatti (S.E) S/Internación Involuntaria”, se le otorgó tratamiento ambulatorio al paciente con seguimiento psiquiátrico y psicológico, por lo que la Sra. Jueza del Juzgado de Familia N° 7 de la ciudad de Viedma resolvió: “...encontrándose agotada la intervención en autos, corresponde dar por extinguido el presente proceso y en su mérito, archívense las presentes actuaciones, remitiéndose oportunamente al Archivo General del Poder Judicial.”

Y por último, en el expte. N° 0047/18/J7 caratulado: “Hospital Artemides Zatti (A.M) S/ Internación Involuntaria”, la paciente fue externada, y por ello la Sra. Jueza del Juzgado resolvió:

Declarar la legalidad de la internación de la Sra. A.M (...) por el Servicio de Salud Mental del hospital Artemides Zatti. Disponer el cese de la intervención de la Sra. Defensora (...) Firme que se encuentre la presente, archívese en carácter de terminada y oportunamente remítase al Archivo general del Poder Judicial (...)

Para finalizar, es importante remarcar que con el nuevo rol de los jueces, en materia de Salud Mental, el juzgado no ordena internaciones sino que controla el mérito o legalidad de la internación dispuesta por el Organismo Proteccional (Servicio de Salud Mental del Hospital Artemides Zatti).

Así lo remarcó en el curso virtual Gorbacz, al decir:

(...) hoy el rol del Poder Judicial es controlar que esa herramienta que tienen los profesionales (equipo interdisciplinario), que es una herramienta que le da un poder excesivo no se use indebidamente. Esta es la única e importante razón por lo que el Poder Judicial tiene que intervenir. La internación la decide el equipo de salud del lugar en donde se atiende la persona y la controla la justicia. Que la controla, quiere decir, que la puede autorizar o no (...)

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIÓN

En este trabajo analicé antecedentes nacionales e internacionales, entre estos, jurisprudencia, leyes provinciales, principios, tratados/convenciones internacionales, en especial, la CDPD, los cuales tuvieron un rol trascendental para modificar un sistema de salud que había sido eficaz para excluir y encerrar personas pero absolutamente inservible para recuperar la salud y el bienestar de las personas con PM. Marcando así, un rumbo para la sanción de LNSM en el año 2010, bajo la premisa de que las personas con PM son sujetos de derechos con capacidad jurídica universal y con autonomía de la voluntad.

Asimismo, ésta LNSM actuó como precedente para el CCCN en materia de regulación de las internaciones involuntarias, ya que se refleja en el art. 41 de dicho código, el respeto hacia el Capítulo VII de LNSM. Estas dos legislaciones se encuentran complementadas, pero a pesar de las expectativas por proteger los derechos de los pacientes internados, podemos ver que en la realidad no siempre se cumplen los requisitos y/o exigencias requeridas por estas normativas a la hora de llevar a cabo una internación involuntaria. Esto se evidencia por medio del análisis de jurisprudencia del Juzgado de Familia N° 7 de la ciudad de Viedma, donde en la mayoría de los casos resulta necesario intimar al Hospital para que cumpla con los requisitos exigidos en la normativa.

Fue un largo proceso para garantizar por medio de estas normativas la igualdad de oportunidades de las personas con PM, por lo tanto debemos ser actores activos en el proceso de inclusión, porque las personas que sufren de un padecimiento mental no necesitan una cama dentro del hospital, nadie puede pensar que las camas psiquiátricas representan la respuesta al problema de la enfermedad mental, sino que requieren de una amplia selección de oportunidades terapéuticas con apoyo psicológico, apoyo de la familia, apoyo social, vivienda digna e inclusión laboral, respetando su voluntad, y considerando a la internación involuntaria solo como último recurso terapéutico, siempre que genere mayores beneficios, favoreciendo el contacto con su entorno social.

El instituto de la internación no será ya el reflejo de una sanción para la persona, no será un método de exclusión, sino que se erige como un derecho en cabeza de la persona cuando por su situación de extrema vulnerabilidad requiere de una especial

atención; debe resultar de su imposición un verdadero beneficio para la persona, beneficio en términos terapéuticos. (Kraut, 2013, p. 73)

BIBLIOGRAFIA

Amendola Roxana, Laufer Cabrera Mariano & Spinelli Gabriela (2015). “Salud Mental y Código Civil Argentino en el Siglo XXI: cambio cultural, interdisciplina, capacidad jurídica, internación.” En Cecilia Grosman, Nora Lloveras, Aida Kemelmajer de Carlucci, Marisa Herrera (eds.). *Revista interdisciplinario de doctrina y jurisprudencia derecho de familia N° 69*, pp. 43 - 66. Buenos Aires: Abeledo Perrot.

Amendolaro, Roxana & Laufer Cabrera Mariano (2009). “El derecho de defensa y el acceso a la justicia de las personas usuarias de los servicios de salud mental.” En CELS (ed.). *Derechos humanos en Argentina: Informe 2009*, pp. 359 - 394. Buenos Aires: Siglo Veintiuno (XXI).

Angelini Silvio O & Carril María F. (2014). *La ley 26657 y la evaluación de la situación de riesgo cierto e inminente en las internaciones involuntarias*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Arriagada Malena, Ceriani Leticia & Monópolin Valeria (2013). *Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humano*. 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.

Berbere Delgado, Jorge C., (2014). *La salud mental y la discapacidad. La igualdad como principio y su equilibrio con la protección*. Publicado en Revista de Derecho de Familia y de las Personas. Cita Online: AR/DOC/2265/2014. Buenos aires: La Ley.

Buceta Carolina & Ferreira Isabel (2011). “La vulnerabilidad social y la (no tan) sutil discriminación.” En Blanck Ernesto (ed.). *Panorámicas de salud mental: a un año de la sanción de la ley N° 26.657*, pp. 193 - 215. Buenos Aires: Eudeba.

Carpintero Enrique (2011). *La ley nacional de salud mental: análisis y perspectivas*. Publicado en la revista Topía: un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura en fecha 10/01/2011.

CELS & MDRI (2008). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en asilos psiquiátricos argentinos*. Centro de Estudios Legales y Sociales y Mental Disability Rights International. Buenos Aires: Siglo Veintiuno (XXI).

CIDH. *Victor Rosario Congo vs. Ecuador*. (13 de Abril de 1999). Corte Interamericana de Derechos Humanos.

CIDH. *Ximenes Lopes vs. Brasil*. (4 de Julio de 2006). Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Código Civil y Comercial (2015). Bahía Blanca - Buenos Aires: Induvio.

Cohen Hugo & Natella Graciela (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad: observaciones finales sobre el informe inicial de Argentina, aprobadas por el Comité en su octavo período de sesiones, ONU, (17 a 28 de septiembre de 2012).

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 13 de diciembre de 2006, sede de las Naciones Unidas en Nueva York.

Convención sobre los derechos del niño, 20 de Noviembre de 1989.

CSJN. *R.M.J s/ insania*. (19 de Febrero de 2008 - Fallo: 331:211).

CSJN. *Duba de Moracich, María. Recurso de Hábeas Corpus*. (16 de Noviembre de 1923 - Fallo: 139:154).

CSJN. *Tufano Ricardo Alberto s/ internación*. (27 de Diciembre de 2005 - Fallos: 328:4832).

Declaración de Caracas, Venezuela. *Conferencia sobre la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina* convocada por la Organización Mundial de la salud/ Organización Panamericana de la salud (OPS/OMS), 14 de Noviembre de 1990.

Decreto reglamentario N° 603/2016 de la Ley N° 26.657, ley nacional de salud mental, 28 de Mayo de 2013.

Galende Emiliano & Kraut Alfredo J. (2016). "La intervención estatal en defensa del paciente." En Martínez Stella M. (ed.). *Revista del Ministerio Público de la Defensa de la Nación N° 11*, pp. 7 - 10. Buenos Aires: Ministerio Público de la Defensa.

Galende Emiliano (2012). "Consideración de la subjetividad en salud mental." *Salud mental y comunidad*, pp. 23 - 28. Remedios de Escalada, partido de Lanús - Pcia. de Buenos Aires: Ediciones de la UNLa.

Gorbacz Leonardo (2011). "Le ley de salud mental y el proyecto nacional." En Blanck Ernesto (ed.). *Panorámicas de salud mental: a un año de la sanción de la ley N° 26.657*, pp. 17 - 29. Buenos Aires: Eudeba

Gorbacz Leonardo (2012). Curso Virtual recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=csh6IcKketY>

Gorbacz Leonardo (2013). "Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental." En Fasano Cecilia (ed.). *Estrategias: psicoanálisis y salud mental*, pp. 36 - 41 La Plata - Buenos Aires: Dossier.

Hermosilla Ana M. & Cataldo Rocío (2012). "Ley de Salud Mental 26.647. Antecedentes y perspectivas." *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, pp. 134 - 148. Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica. Buenos Aires, Argentina.

Iglesias María G. (2012). "La Reforma al Código Civil Argentino. Mirando y Mirada. Por La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental." En Galende Emiliano (ed.) *Salud mental y comunidad*, pp. 66 - 76. Remedios de Escalada, partido de Lanús - Pcia. de Buenos Aires: Ediciones de la UNLa.

Kraut Alfredo J. (2013). "El instituto de la internación como derecho en el proyecto del Código Civil y Comercial." En Alegria Héctor y Mosset Iturraspe Jorge (eds.). *Revista de derecho privado y comunitario - Derecho y salud mental*, pp. 57 - 89. Argentina: Rubinzal - Culzoni

Kraut Alfredo J. & Diana Nicolás (2011). "Derecho de las personas con discapacidad mental: hacia una legislación protectoria." En Blanck Ernesto (ed.). *Panorámicas de*

salud mental: a un año de la sanción de la ley N° 26.657, pp 31 - 72. Buenos Aires: Eudeba.

Kraut, Alfredo J. (2014). *La discapacidad mental es una cuestión de derechos humanos*. Publicado en la sección Opinión del Diario Página 12 en fecha 28/10/14. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-258509-2014-10-28.html>

Lafferriere Jorge N. & Muñiz Carlos (2017). “Los procesos civiles relativos a la capacidad: de la Ley de Salud Mental al nuevo Código Civil y Comercial.” En Weinschelbaum Bárbara (ed.). *Revista Pensar en derecho N° 9*, pp. 141- 196. Buenos Aires: Eudeba

Laufer Cabrera M. (2016). “Derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial.” En Martínez Stella M. (ed.). *Revista del Ministerio Público de la Defensa de la Nación N° 11*, pp. 11 - 22. Buenos Aires: Ministerio Público de la Defensa.

Laura Subies (2005). *El derecho y la discapacidad*. Buenos Aires: Cathedra Jurídica.

Ley provincial R N° 2.440, *Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento Mental en la provincia de Río Negro*, 11 de septiembre de 1991.

Ley N° 384, *Salud Mental*, provincia de Chubut, 22/10/2009.

Ley N° 536, *Prohibición de la Institucionalización*, provincia de San Luis, 13/12/2006.

Ley N° 9.848, *Protección de la Salud Mental*, provincia de Córdoba, 20/10/2010.

Ley N° 10.772, *Atención Salud Mental*, provincia de Santa Fe, 1/04/1992.

Ley N° 26.657, *Ley nacional de salud mental*, Argentina, 25 de Noviembre de 2010.

Ley N° 448, *Salud Mental*, provincia de Buenos Aires, 27/07/2000.

Ley N° 6976, *Salud Mental*, provincia de San Juan, 11/11/1999.

Ley N° 8.806, *Enfermedades Mentales*, provincia de Entre Ríos, 14/07/1994.

Michelle Funk, Natalie Drew & Benedetto Saraceno (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Ginebra - Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Núñez-Cortés Contreras Pilar. (2014). *Lecciones de contrato de trabajo*. Madrid: Dykinson.

Olivia del Carmen Zito Fontán (2014). “La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: un llamado a la concientización social.” *Hacia un nuevo concepto de capacidad jurídica*, pp.23 - 43. Buenos Aires: Ad-Hoc.

Olmo Juan Pablo (2014). “Régimen jurídico de las internaciones por salud mental en la Argentina. Especial consideración al derecho de defensa de niñas, niños y adolescentes.” En Olivia del Carmen Zito Fontán (ed.). *Hacia un nuevo concepto de capacidad jurídica*, pp. 271 - 299. Buenos Aires: Ad-Hoc.

Principios de Brasilia, *Principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas*, 9 de Noviembre de 2005.

Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, 17 de diciembre de 1991.

Robba Mercedes (2015). *Las internaciones de salud mental de niñas, niños y adolescentes*. Publicado en el Diario DPI - Derecho para Innovar. Suplemento DPI Derecho Civil, Bioética y Derechos Humanos en fecha 17/11/2015.

Rossetti Andrés & Monasterolo Natalia (2016). *Salud mental y derecho: reflexiones en torno a un nuevo paradigma*. Centro de Investigaciones jurídicas y sociales. 1ª ed. Córdoba: Espartaco.

Semprini Carolina (2015). “La deconstrucción del modelo biomédico y el desarrollo del modelo biopsicosocial en la Política de Salud Mental de Río Negro.” *XI Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

