

Vidas Arrasadas

La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos

UN INFORME SOBRE DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL EN ARGENTINA

MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL (MDRI)

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS)

Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos

Derechos de autor © 2007 Mental Disability Rights International

Todos los derechos reservados.

Impreso en los Estados Unidos de Norteamérica

ISBN: 978-1-60461-304-9

Library of Congress Control Number: 2007936404

Foto de la portada: Eugene Richards, Many Voices, Inc. © 2006

Portada de Bussolati Associates

Copias de este informe pueden conseguirse de:

Mental Disability Rights International

1156 15th Street, NW, Suite 1001

Washington, DC 20005, U.S.A.

Tel.: (202) 296-0800

Fax: (202) 728-3053

Correo Electrónico: mdri@mdri.org

www.mdri.org

Centro de Estudios Legales y Sociales

Piedras 547 piso 1 (C1070AAJ)

Buenos Aires, Argentina

Tel/Fax.: (54) 11-4334-4200

Correo Electrónico: cels@cels.org.ar

www.cels.org.ar

MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL

Mental Disability Rights International (MDRI) es una organización dedicada a promover el reconocimiento y el cumplimiento internacional de los derechos de las personas con discapacidades mentales. MDRI documenta abusos a los derechos humanos, promueve el desarrollo de la defensoría en discapacidad mental a nivel mundial, apoya a defensores y abogados que busquen reformar los servicios y el sistema legal de salud, y promueve la supervisión internacional de los derechos de las personas con discapacidades mentales en los Estados Unidos de Norteamérica, así como en el resto del mundo. Basándose en las habilidades y experiencia de abogados, profesionales de la salud mental, defensores de los derechos humanos, personas con discapacidades mentales y sus familias, MDRI está forjando una alianza para combatir la discriminación y el abuso que sufren las personas con discapacidades mentales alrededor del mundo.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES

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.

El trabajo del CELS consiste en denunciar las violaciones a los derechos humanos; incidir en la formulación de políticas públicas basadas en el respeto por los derechos fundamentales; impulsar reformas legales e institucionales tendientes al mejoramiento de la calidad de las instituciones democráticas; y promover el mayor ejercicio de estos derechos para los sectores más desprotegidos de la sociedad.

Las actividades prioritarias son el litigio de causas judiciales ante instancias locales e internacionales, la investigación y la construcción de herramientas para el control de la sociedad civil sobre las instituciones públicas, y la capacitación de organizaciones sociales, miembros de la comunidad judicial e instituciones estatales.

El 30 de marzo de 2007 la Organización de las Naciones Unidas presentó para su firma la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Argentina fue uno de los primeros países en el mundo en firmar esta Convención. Lo que sigue a continuación son algunos de los derechos protegidos bajo este tratado:

Artículo 4(1): Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad.

Artículo 14(1): Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás:

- a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;
- b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

Artículo 15(2): Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 19: Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad.*

*Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 61ª período de sesiones el 13 de diciembre de 2006, disponible en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/conventioninfo.htm>.

CONTENIDOS

Resumen ejecutivo	i
Metodología del informe.....	xi
I. Antecedentes.....	1
A. Los servicios de salud de Argentina	2
B. Legislación sobre salud mental.....	4
II. Institucionalización inapropiada	6
A. La “medicalización” de los problemas sociales y la falta de servicios comunitarios	6
B. El derecho a la integración en la comunidad	13
C. Una oportunidad perdida.....	16
III. Condiciones inadecuadas y abusos en las instituciones	16
A. Muertes en las instituciones	16
B. Uso peligroso de las celdas de aislamiento	19
C. Violencia física y sexual.....	21
D. Condiciones peligrosas	24
1. Falta de atención médica.....	24
2. Condiciones antihigiénicas.....	26
3. Condiciones inseguras	28
E. Falta de tratamiento de rehabilitación.....	29
F. Falta de tratamiento y derivaciones apropiados	30
G. Sobrepopulación de las instituciones psiquiátricas	32
IV. Detención arbitraria en instituciones psiquiátricas	34
A. Motivos para la internación excesivamente generales y poco definidos.....	36
B. Insuficientes garantías procesales.....	37
1. Ausencia de una audiencia independiente dentro de un plazo razonable.....	37
2. Falta de designación de un defensor.....	39
3. Inexistencia de revisiones periódicas independientes de las internaciones	40
V. Insuficiente supervisión y monitoreo de los derechos humanos de las personas institucionalizadas	41
VI. La reforma de salud mental.....	44
A. Iniciativas prometedoras de reforma del sistema de salud mental	44
1. Ámbito Nacional	44
2. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires	44
3. La provincia de Buenos Aires	46
4. La provincia de Río Negro	47
5. La provincia de San Luis.....	48
B. Movimiento de desinstitucionalización	50
1. Los grupos de usuarios y “ex-pacientes”	50
2. Las organizaciones profesionales activas.....	51
3. Los directores de las instituciones.....	52
VII. El derecho a conocer y defender sus propios derechos.....	54
VIII. Conclusiones.....	55
Recomendaciones	57
Agradecimientos.....	65

Resumen ejecutivo

*Aún predomina la filosofía del asilo. Las personas que entraron en la institución murieron aquí.*¹

– Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca

*Yo tenía un buen trabajo. No sé si alguna vez me dejarán ir. Mi vida está arruinada.*²

– Persona hospitalizada, Hospital Cabred³

Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos documenta violaciones a los derechos humanos perpetrados contra las aproximadamente 25.000 personas que están detenidas⁴ en las instituciones psiquiátricas argentinas. Más de un 80 por ciento de estas personas son encerradas durante más de un año, y muchas lo son de por vida. Dos tercios de las camas psiquiátricas pertenecen al sistema público. A pesar de que en muchas partes del mundo se han clausurado los grandes asilos psiquiátricos, el 75 por ciento de las personas en el sistema argentino de salud mental público se encuentran detenidas en instalaciones de 1000 camas o más.

Este informe registra graves hechos de abuso y negligencia en las instituciones psiquiátricas argentinas, y documenta, incluso, casos de personas que han muerto incineradas en celdas de aislamiento, exposición a privación sensorial⁵ mediante el aislamiento por un largo período de tiempo y actos de violencia física y sexual. El informe también detalla condiciones de vida

1 Entrevista con el Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004).

2 Entrevista con una persona internada, Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred (Hospital Cabred), provincia de Buenos Aires (11 de diciembre de 2004).

3 El Hospital Cabred brinda asistencia a varones y, hasta la fecha de cierre de este informe, alojaba 1070 personas internadas.

4 En este informe se utilizarán indistintamente los términos “personas institucionalizadas”; “personas internadas” o “personas detenidas”. En tal sentido, se han contemplado los estándares internacionales de derechos humanos en materia de derechos de los niños, que también son de aplicación en este campo, que establecen que: “Por privación de libertad se entiende toda forma de detención o encarcelamiento, así como el internamiento en un establecimiento público o privado del que no se permita salir al menor [a la persona] por su propia voluntad, por orden de cualquier autoridad judicial, administrativa u otra autoridad pública” (Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad. Adoptadas por la Asamblea General en su resolución 45/113, de 14 de diciembre de 1990, 11 b)).

5 La privación sensorial es la restricción total o parcial de estímulos de uno o más de los sentidos. La privación prolongada puede exacerbar síntomas psiquiátricos o inducir daño psiquiátrico severo, produciendo asimismo agitación profunda, ansiedad extrema, ataques de pánico, depresión, pensamientos desorganizados y un desorden de personalidad antisocial. El daño causado por aislamiento y privación sensorial “puede resultar en una discapacidad psiquiátrica prolongada o permanente, incluyendo deterioros que pueden reducir seriamente la capacidad [de la persona] a reintegrarse a la comunidad después de que esté puesta en libertad...” (Stuart Grassian, M.D., “Psychiatric Effects of Solitary Confinement” [“Los Efectos Psiquiátricos de la Reclusión Solitaria”] disponible en http://www.prisoncommission.org/statements/grassian_stuart_long.pdf, pág. 13. Cf., Stuart Grassian, Nancy Friedman, “Effects of Sensory Deprivation in Psychiatric Seclusion and Solitary Confinement” [“Los Efectos de la Deprivación Sensorial en el Aislamiento Psiquiátrico y la Reclusión Solitaria”], *International Journal of Law and Psychiatry*, 8, 49-65, 1986. La traducción nos pertenece).

peligrosas e insalubres, tales como la falta de agua en los baños, ausencia de cloacas, amenazas a la seguridad y riesgos de incendio en las instituciones. La vasta mayoría de las personas detenidas en las instituciones psiquiátricas argentinas deben sobrevivir en condiciones de casi total inacción y sin posibilidad de pensarse a futuro por fuera de la institución.

La institucionalización a gran escala y los abusos que la acompañan se deben, en gran medida, a décadas de una política de invertir en grandes instituciones que segregan a las personas, en lugar de elaborar políticas y destinar los recursos necesarios para el desarrollo de servicios de atención en salud mental y apoyo en las comunidades.

La segregación de las personas en las instituciones psiquiátricas

Hace muy poco tiempo estuve en Open Door, en la Colonia Cabred. Allí, hablando con su Director, me dijo acá hay alrededor de 1.064, o una cifra parecida, [de] internos. Me dijo, más o menos 750 están por pobres; es decir, están porque hace mucho que están y están porque nadie los va a buscar, y están porque no tienen adónde ir si salen. Se suma todo: el tiempo que llevan, la soledad, el acostumbamiento a esa soledad o a esa forma de vida y el no tener parientes interesados en ellos. Es decir que no son locos, son pobres y solos; que es una buena manera de volverse locos.⁶

- Felipe Solá, Gobernador de la provincia de Buenos Aires

La segregación efectiva de las personas en las instituciones psiquiátricas argentinas contribuye a incrementar su discapacidad y viola los estándares internacionales de derechos humanos. Al ser separadas de la sociedad, las personas pierden los lazos que las unen a su familia, amigos y comunidades de referencia. Las personas quedan sometidas al régimen custodial de las instituciones psiquiátricas, y pierden las habilidades de vida esenciales que necesitan para sobrevivir en la comunidad, lo que impide su rehabilitación.

La segregación a gran escala de la que son objeto las personas institucionalizadas en el sistema de salud mental argentino es injustificada, dada la riqueza de profesionales de salud mental capacitados de los que dispone y la existencia de programas alternativos centrados en la comunidad en varias regiones del país. Argentina es uno de los países con más psiquiatras y psicólogos per capita del mundo. Amplios sectores de la población urbana argentina financian individualmente su psicoterapia durante un largo período de tiempo. Sin embargo, esta riqueza de recursos no se traduce en políticas generales conducentes. Las personas con discapacidades mentales⁷ que carecen de los fondos para pagar estos servicios se ven forzadas a recibir atención en un sistema público de salud mental que, frecuentemente, es inadecuado, las segrega de la sociedad y viola sus derechos humanos fundamentales.

6 Discurso del Gobernador Felipe Solá en la apertura de 135º período de sesiones ordinarias de la Honorable Legislatura Bonaerense, 1 de marzo de 2007, disponible en <http://www.spd.gba.gov.ar/cgi-bin/noticias/viewnews.cgi?newsid1172793522,83252>.

7 En este informe, el término “personas con discapacidades mentales” incluye: personas con discapacidades psiquiátricas, individuos con discapacidades intelectuales, individuos sin discapacidades pero que puedan sufrir discriminación basándose en la percepción de que tienen una enfermedad o discapacidad mental, y aquéllos que puedan sufrir discriminación basándose en un registro o historial previo de discapacidad mental.

El desarrollo de estrategias innovadoras de atención para la salud mental —tales como el subsidio económico para la vivienda, rehabilitación psicosocial, y apoyo de los pares— ha probado que la gran mayoría de las personas con discapacidades mentales puede vivir y prosperar en la comunidad. No obstante, en Argentina estos servicios alternativos prácticamente no existen (aunque en este informe se presentan algunas excepciones a esta observación general, desarrolladas en las provincias de Río Negro, San Luis y Buenos Aires). Muchas de las personas con discapacidades mentales que carecen de recursos personales o de una familia que pueda financiar una atención privada, no tienen otra opción que las instituciones asilares.

El alto grado de hospitalización a largo plazo en grandes instituciones consume los recursos públicos que, en su lugar, deberían ser usados para desarrollar servicios integrados a la comunidad. Si bien existen algunos programas de atención comunitarios que demuestran que la Argentina dispone de los recursos técnicos necesarios para reformar los servicios e integrar a las personas con discapacidades mentales en la comunidad, lo cierto es que, teniendo en cuenta las entrevistas a funcionarios y profesionales así como el análisis de las políticas en salud mental efectivamente implementadas, las organizaciones firmantes pueden concluir que aún no existe una política general conducente a la integración comunitaria de las personas con discapacidades mentales. Por ejemplo, en la ciudad de Buenos Aires, las tres instituciones psiquiátricas más grandes absorben el 80 por ciento del presupuesto de salud mental.

Impacto de la crisis económica

Estábamos en una situación difícil cuando la crisis nos golpeó. Los problemas llegaron cuando muchos de los trabajadores perdieron sus trabajos, por los que no había financiamiento para el [sistema de Obras Sociales]. El número de personas que requerían de atención de salud mental en el sector público se disparó. Esto resultó en un colapso total del sistema.⁸

– Dr. Julio Ainstein, ex Director de Salud Mental de la provincia de Buenos Aires

Actualmente [nos] encontramos [con] una medicalización de los problemas sociales en el sistema de salud mental.⁹

– Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires

La crisis social y económica sufrida en Argentina en los últimos años, especialmente desde el 2001 —con su secuela de aumento de la desocupación y concurrente pérdida de coberturas de seguros de salud— provocó el incremento del número de personas que requieren atención en el sistema público de salud mental, y ocasionó mayor presión en un sistema ya de por sí inadecuado. Las autoridades admiten que entre el 60 y el 90 por ciento de las personas detenidas en las instituciones son “pacientes sociales”,¹⁰ las cuales permanecen internadas en las instituciones porque

8 Entrevista con el Dr. Julio Ainstein, ex Director de Salud Mental de la provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004).

9 Entrevista con el Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires (2 de junio de 2004).

10 “Pacientes sociales” es el nombre que los funcionarios y profesionales le dan a las personas que no tienen familias que las contengan y que permanecen internadas como consecuencia de la ausencia de recursos en la

no tienen adónde ir. Los directores de las instituciones informaron que la mayoría de las personas institucionalizadas en los hospitales psiquiátricos podrían ser dadas de alta si se contara con los servicios y el apoyo necesario en la comunidad. Dada la ausencia de estos servicios, las personas detenidas en las instituciones tienen poca o ninguna esperanza de retornar a sus comunidades. La gran cantidad de “pacientes sociales” hace que sea aún más difícil que las personas que necesitan de servicios urgentes de salud mental reciban la atención que necesitan.

La detención arbitraria

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.

Abusos al interior de las instituciones

*Tenemos que prevenir la violencia y el abuso, los cuales son ahora un problema en la institución.*¹¹

– Jorge Rossetto, Director de la *Colonia Montes de Oca*

*En un cuarto encontré a un niño de 16 años en una cuna, con sus brazos y piernas atadas a su cuerpo con pedazos de tela. Estaba completamente inmovilizado. El personal del pabellón me dijo que lo habían tenido así desde que lo admitieron a la institución hace un año.*¹²

– Observaciones de uno de los investigadores, *Colonia Montes de Oca*

Durante los últimos tres años, los investigadores han documentado un importante número de abusos en las instituciones psiquiátricas argentinas. Frente a violaciones graves, algunas de las autoridades han tomado medidas significativas. No obstante, aún no existen mecanismos suficientes de supervisión que aseguren el monitoreo efectivo de las condiciones de internación y tratamiento en las instituciones, ni de la protección y cumplimiento de los derechos de las personas institucionalizadas. Por ende, las organizaciones firmantes concluyen que abusos tales como los que se describen en este informe, continúan ocurriendo en la mayoría de las instituciones del país. Entre las violaciones más graves a los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales se constataron:

comunidad.

11 Entrevista con Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004).

12 Observaciones en la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004).

- **Muertes que no son investigadas**

En el Hospital Diego Alcorta, un hospital psiquiátrico ubicado en la provincia de Santiago del Estero, entre el 2000 y 2003, tres personas encerradas en celdas de aislamiento murieron incendiadas en diferentes circunstancias, y una cuarta murió por causas desconocidas también mientras permanecía en una celda de aislamiento. En el Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred (Hospital Cabred), en la provincia de Buenos Aires, tres personas fueron halladas muertas dentro y en los alrededores del nosocomio durante los primeros seis meses de 2005. El primero de los cuerpos fue hallado en el bosque, el segundo en un campo y el tercero en un depósito abandonado en las instalaciones del hospital. Las autoridades determinaron que el tercer individuo había muerto entre cinco y diez días antes del descubrimiento del cadáver.

También en el Hospital Cabred, hasta el año 2006, se venían produciendo aproximadamente 70 muertes por año, de una población de 1200 hombres. La proporción de muertes era cuatro veces más alta durante los meses de invierno que durante el verano. Las autoridades atribuyeron estas muertes a la supuesta “edad avanzada” de las personas internadas y no ofrecieron explicación alguna por el aumento estacional de los decesos.

- **Privación de la libertad en las celdas de aislamiento**

En la Unidad Psiquiátrica Penal N° 20 de la ciudad de Buenos Aires (Unidad 20),¹³ en junio de 2004 los investigadores observaron a hombres encerrados en celdas minúsculas y oscuras. Estas celdas medían metro y medio por dos metros cuadrados y no tenían una fuente de luz natural ni ventilación. Hacía tanto calor que las personas detenidas estaban cubiertas en sudor. No había inodoros y las personas tenían que orinar y defecar en pequeñas ollas sobre el piso. Las celdas estaban sucias e infestadas con cucarachas. El único contacto con el mundo exterior era a través de una pequeña mirilla en la puerta. También en la Unidad Psiquiátrica Penal N° 27 de la ciudad de Buenos Aires (Unidad 27),¹⁴ los investigadores constataron el uso abusivo de las celdas de aislamiento.

Como consecuencia de las denuncias realizadas en 2005 por las organizaciones firmantes, las autoridades comenzaron a refaccionar las instalaciones y cambiar la modalidad de uso de las celdas de aislamiento. Sin embargo, a la fecha de cierre de este informe, no se finalizaron las obras de reestructuración ni se hicieron las reformas legales necesarias para prevenir que un abuso similar al descrito vuelva a ocurrir en éstas o en otras instituciones.

- **Abusos físicos y sexuales**

En la Unidad 20 las personas detenidas informaron a los investigadores que el personal de seguridad los había golpeado y ultrajado sexualmente. En esa unidad se constató que varias

13 La Unidad 20 es un pabellón penal para varones, ubicada en el predio del Hospital Borda, dependiente del Servicio Penitenciario Federal dentro de la órbita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

14 La Unidad 27 es un pabellón penal para mujeres, ubicada en el predio del Hospital Moyano, dependiente del Servicio Penitenciario Federal dentro de la órbita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

personas detenidas tenían grandes moretones en sus torsos y espaldas y que una de ellas tenía puntos de sutura en su cabeza; todos señalaron que sus heridas eran producto de abusos infligidos por el personal. En el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano de la ciudad de Buenos Aires (Hospital Moyano), un hospital psiquiátrico para mujeres con más de 1000 camas disponibles,¹⁵ los investigadores documentaron —según declaraciones de autoridades y de varias mujeres allí institucionalizadas— relatos de abuso sexual contra las mujeres perpetrados por el personal y por gente ajena al nosocomio.

- **Falta de atención médica**

En la Unidad 20 y los hospitales Diego Alcorta, Moyano y el Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José Tiburcio Borda (Hospital Borda), los investigadores observaron una gran cantidad de personas detenidas con heridas abiertas, infectándose, o que carecían de dientes. Asimismo se constató que algunas personas tenían extremidades gangrenadas y en avanzado estado de descomposición. Los investigadores arribaron al Hospital Diego Alcorta la misma mañana en que una mujer había muerto debido a la ausencia de atención médica —ella había estado esperando durante dos meses recibir una operación quirúrgica en su pierna dislocada—. En la Unidad 20, una persona internada informó que mientras había estado aislada no había recibido la medicación específica que necesitaba para tratar su VIH/SIDA.

- **Condiciones insalubres de alojamiento**

En el Hospital Diego Alcorta, durante la visita de diciembre de 2004, los baños estaban sumamente deteriorados: los inodoros rebalsaban de excrementos, los pisos estaban inundados de orina, las llaves de las canillas estaban sueltas y no salía agua de las duchas, y en algunos lugares no había agua en los caños. El terreno de la institución estaba cubierto de excremento y apestaba a hedor de orina y materia fecal. Cuando los investigadores retornaron en septiembre de 2006, el Hospital Diego Alcorta contaba con baños remodelados, lo que aparentemente mejoraba las condiciones higiénicas de la institución. Sin embargo, los terrenos continuaban cubiertos con excrementos humanos y apestando. En el Hospital Moyano y en la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca (Colonia Montes de Oca), en visitas realizadas durante 2004 y 2005, los investigadores pudieron observar: techos a medio derrumbarse, vidrios rotos, cables sueltos colgando de techos y paredes, y lugares que apestaban a orina y heces. Luego de la intervención del Hospital Moyano en diciembre de 2005 el gobierno de la ciudad de Buenos Aires inició un plan de obras de remodelación de infraestructura que a la fecha de cierre de este informe no ha concluido.¹⁶ En visitas realizadas durante 2007 se constataron algunas mejoras edilicias en la Colonia Montes de Oca.

15 Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/1er_sem_2007/?menu_id=21300.

16 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental, Ministerio de Salud de la ciudad de Buenos Aires (18 de julio de 2007).

- **Ausencia de rehabilitación**

En casi todas las instituciones visitadas la vasta mayoría de las personas institucionalizadas no recibe una rehabilitación adecuada. El principal problema que se pudo observar es la generalizada inactividad, marcada por un importante número de personas que se encontraban acostadas sobre sus camas o en el piso, completamente inactivas.

- **Tratamientos inadecuados**

Funcionarios, trabajadores de la salud mental y personas internadas señalaron a los investigadores que los medicamentos psicofarmacológicos son usados, con frecuencia, para castigar o sedar a los internos, y no con propósitos terapéuticos. En la Unidad 20 los detenidos informaron que como castigo por ofensas menores (“nos hacen pelota por la palabra”) se les inyectan fuertes dosis de tranquilizantes que los dejan inmovilizados durante días.

- **Sobrepoblación**

Es común que las instituciones estén sobrepobladas. Por ejemplo, durante tres visitas consecutivas realizadas a la Unidad 20 en 2004, 2005 y 2006, la unidad estaba sobrepoblada, aproximadamente, en un 75, 40 y 30 por ciento, respectivamente. De acuerdo con información proporcionada por la Procuración Penitenciaria de la Nación¹⁷ en 2007 el porcentaje de sobrepoblación había subido al 40 por ciento. El Director del Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García (Hospital Tobar García), un hospital que brinda asistencia en salud mental a niños y adolescentes de la ciudad de Buenos Aires, afirmó que el hospital, con una capacidad de 64 camas, además prestaba asistencia de manera ambulatoria e intensiva a otros 100 niños y adolescentes.¹⁸

Esperanzas para la reforma

A pesar del tamaño y la complejidad de los problemas y desafíos detallados en este informe, Argentina es un país en el que existen las condiciones necesarias para llevar a cabo una reforma de los servicios de salud mental que sea respetuosa de los derechos humanos. La base altamente capacitada de profesionales de la salud mental enfocados a la atención individual, es un recurso inestimable, el cual, reorientado, podría participar en la provisión de servicios ubicados en la comunidad.

Los abogados y profesionales de la salud mental argentinos han sido, muchas veces, impulsores de iniciativas de leyes, políticas y programas de atención profundamente innovadores. En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, la Constitución de 1996, la Ley Básica de Salud N° 153, y la Ley de Salud Mental N° 448 sostienen la desinstitucionalización progresiva y la creación de servicios integrados en la comunidad.

17 En junio de 2007 la Procuración Penitenciaria de la Nación interpuso un habeas corpus correctivo luego de recibir una carta anónima de familiares denunciando malos tratos a las personas institucionalizadas en la unidad.

18 Entrevista con el Dr. Roberto A. Yunes, Director del Hospital Tobar García, ciudad de Buenos Aires (24 de enero de 2006). Diario Clarín, 8 de abril de 2006, “Tras 40 años sin obras, empezó la remodelación en el Tobar García”.

Es claro que en la ciudad de Buenos Aires existen recursos significativos para implementar la reforma. Durante una reunión mantenida en enero de 2006, la ex Secretaría de Salud de la ciudad, que en abril de 2006 se transformó en Ministerio de Salud, manifestó su intención de colaborar en la reinserción social de las personas institucionalizadas, afirmando que el gobierno local proveería los recursos que fueran necesarios, a través de los distintos programas y subsidios, para realizar la reforma en salud mental. Reconociendo que históricamente ha faltado voluntad política para efectuar los intentos de reforma, el Jefe de Gabinete del ex Secretario de Salud de la ciudad afirmó, “Hay dinero [para implementar la reforma], los cambios hay que hacerlos, hay que hacerlos ya”.¹⁹ Otro paso hacia el cumplimiento de la Ley de Salud Mental N° 448 ha sido la transformación de lo que anteriormente era la Dirección de Salud Mental en la Dirección General de Salud Mental. Como resultado, esta autoridad debería disponer de mayores recursos, un presupuesto más importante y una más alta jerarquía dentro del área de salud para operar como autoridad de aplicación de la ley.

Argentina tiene, también, una gama de funcionarios, profesionales, técnicos, académicos especializados y organizaciones de derechos humanos interesados en lograr una reforma de salud mental sostenida e integral. Algunas de las experiencias de reforma en los servicios de salud mental más reconocidas del continente han sido implementadas en las provincias de Río Negro y San Luis. Estas iniciativas constituyen un modelo para otras regiones del país, y muchos de los impulsores de estos proyectos también trabajan con referentes e instituciones de otras regiones para ayudarles con sus propios esfuerzos de reforma.

Existe también un inmenso potencial de apoyo entre las familias de las personas con discapacidades mentales, así como entre los usuarios y ex-pacientes de los servicios de salud mental. Las familias suelen ser el principal sostén de la mayoría de los individuos con discapacidades mentales. Sin embargo, al no contar con el respaldo del gobierno, muchas de estas familias terminan empobrecidas y marginadas socialmente. Asimismo, los investigadores se reunieron con algunos de los grupos de usuarios o ex-pacientes comprometidos y activos en el país, tales como el *Frente Artistas del Borda*, *Radio La Colifata* y *Pan del Borda*. Estos grupos ofrecen esperanzas y una voz legítima que pide el cambio de los servicios de salud mental. Con una pequeña inversión, los grupos de familiares y usuarios o ex-pacientes pueden ser un recurso inmenso que permitiría desarrollar iniciativas de apoyo y defensa de los derechos de las personas con discapacidades mentales en la comunidad.

A pesar de estas circunstancias esperanzadoras, ya se han desaprovechado algunas oportunidades de reforma. En tal sentido, las autoridades de la ciudad de Buenos Aires informaron que se estaba utilizando un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para restaurar la infraestructura edilicia de cuatro instituciones psiquiátricas en la ciudad. De acuerdo con estos funcionarios, el monto de los fondos gastados en este esfuerzo de reconstrucción es superior en un 60 por ciento al presupuesto anual de salud mental de toda la ciudad. En lugar de destinar la totalidad del préstamo a la reconstrucción de instalaciones de internación —con la excepción

19 Entrevista con el Dr. Velez Carreras, Jefe de Gabinete de la ex Secretaría de Salud de la ciudad de Buenos Aires (26 de enero de 2006).

de aquellas reparaciones y reconstrucciones que sean absolutamente necesarias por razones de seguridad— el financiamiento internacional debía haber contemplado un plan de transición a un sistema de atención basado en la comunidad, tal y como lo requieren las leyes de la ciudad y los estándares internacionales de derechos humanos. Las organizaciones firmantes instan al gobierno argentino a respetar su propia legislación y los estándares internacionalmente aceptados e invertir los recursos existentes en la implementación de programas de desinstitucionalización. Asimismo, el Banco Interamericano de Desarrollo debería adaptar sus préstamos a los estándares de derechos humanos y apoyar el desarrollo de servicios que promuevan la plena integración en la comunidad de las personas con discapacidades mentales.

En la medida en que los recursos permanezcan dirigidos casi exclusivamente a financiar la atención en las grandes instituciones psiquiátricas, una reforma a gran escala será inalcanzable y la segregación y los abusos documentados en este informe continuarán sucediendo sin tregua.

Resumen de las recomendaciones

Las siguientes recomendaciones proponen medidas concretas que deberían adoptarse para implementar una reforma profunda en los servicios de salud mental en Argentina. MDRI y CELS recomiendan que el Estado argentino tome acciones inmediatas para terminar con las condiciones de detención que violan los derechos humanos de las personas allí internadas. El Estado argentino debería:

- Erradicar los ambientes peligrosos, sucios e inhumanos en los cuales son forzadas a vivir las personas institucionalizadas;
- Garantizar alimentación, cuidado médico y personal adecuados y suficientes para proteger la salud y la seguridad de 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 y asegurar que el uso de la reclusión involuntaria²⁰ y las restricciones físicas²¹ se adecua estrictamente a los estándares internacionales de derechos humanos;

20 Se denomina “reclusión involuntaria” a “la reclusión involuntaria de una persona en un cuarto o área donde está físicamente obstaculizada para salir” (Cf. Restraint and Seclusion, HCFA Rules for Hospitals, disponible en <http://www.bazelon.org/RandSrules.pdf>. La traducción nos pertenece).

21 Se denomina “restricción física” a “cualquier método manual o aparato físico o mecánico, material o equipo adherido o adjunto al cuerpo del paciente que él o ella no pueden remover con facilidad y que restringe la libertad de movimiento” (Ídem.).

- 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.

El gobierno argentino debería comprometerse a incluir plenamente a las personas con discapacidades mentales en todos los aspectos de la vida ciudadana. Esto abarca tanto a las personas con discapacidades psiquiátricas como a las que tienen discapacidades intelectuales. Proteger los derechos humanos de esta población requerirá un cambio de paradigma desde un sistema de institucionalización y detención arbitraria a un sistema inclusivo, basado en la comunidad, de atención primaria de la salud mental y de servicios sociales que contribuyan a fortalecer las redes sociales. Las organizaciones firmantes recomiendan que el gobierno nacional cree una comisión nacional de alto nivel que planifique e implemente una reforma del sistema de salud mental que permita que las personas con discapacidades vivan, trabajen y reciban atención de salud y de salud mental en sus propias comunidades.

Al final de este informe se desarrollan de manera más detallada las recomendaciones propuestas.

Metodología del informe

Este informe presenta los resultados de una investigación realizada por *Mental Disability Rights International* (MDRI) y el *Centro de Estudios Legales y Sociales* (CELS). Durante los seis viajes de investigación —los cuales tuvieron lugar en junio y diciembre de 2004, en junio de 2005, enero y septiembre de 2006, y julio de 2007—, los equipos de investigación visitaron numerosas instituciones para personas con discapacidades psiquiátricas e intelectuales en la ciudad de Buenos Aires, las provincias de Buenos Aires, Santiago del Estero, Río Negro y San Luis. Concretamente, los investigadores inspeccionaron: el Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José Tiburcio Borda, el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano, el Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García, la casa de medio camino Centro Psicopatológico Aranguren, y las Unidades Psiquiátricas Penales N° 20 y N° 27 en la ciudad de Buenos Aires; un pabellón psiquiátrico en el Hospital Paroissien, la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca, el Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, el Hospital Interzonal José Estévez (Hospital Estévez), el Centro Médico Neuropsiquiátrico San Gabriel, y una casa de externación en la localidad de Moreno, en la provincia de Buenos Aires; el Hospital Diego Alcorta, un pabellón psiquiátrico en el Hospital Independencia, y una clínica privada en la provincia de Santiago del Estero; y modelos de reforma psiquiátrica en las provincias de Río Negro y San Luis.

Los investigadores también se reunieron con funcionarios gubernamentales argentinos responsables de la provisión de los servicios sociales y de salud para las personas con discapacidades mentales, así como con representantes de grupos no gubernamentales, incluyendo organizaciones de derechos humanos, de defensa de los derechos de las personas con discapacidades mentales y organizaciones de familiares y profesionales. Durante las visitas a los hospitales, los investigadores entrevistaron a los directores de los hospitales, jefes de servicio, psicólogos y psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, personas institucionalizadas y sus familiares. También se revisaron las historias clínicas y se recolectaron datos a través de la observación directa.

Este informe analiza la información recogida así como las leyes y políticas argentinas bajo los estándares internacionales de derechos humanos vinculantes para Argentina.²² Se otorga atención especial a las disposiciones contenidas en la Convención Americana,²³ el PIDCP,²⁴ el PIDESC,²⁵ y

22 Todos los instrumentos internacionales ratificados por el gobierno argentino integran el orden jurídico nacional, y tienen jerarquía superior a las leyes. Pero además, ciertos tratados de derechos humanos específicamente mencionados en el artículo 75 inc. 22 de la Constitución Nacional tienen jerarquía constitucional. Por lo demás, el Congreso de la Nación, puede —mediante mayoría especial— otorgar jerarquía constitucional a otros tratados de derechos humanos (Constitución de la República Argentina, art. 75 inc. 22 (1994) [en adelante, Constitución Nacional]).

23 Convención Americana sobre Derechos Humanos, adoptada el 22 de noviembre de 1969, 1144 U.N.T.S. 123, O.A.S.T.S. No. 36, pág. 1, OEA/Ser.L/V/II.23 doc. Rev. 2, 9 I.L.M. 673 (1970), que entró en vigor el 18 de julio de 1978 [en adelante, Convención Americana]. Argentina ratificó la Convención Americana el 5 de septiembre de 1984, y con la reforma constitucional de 1994 le asignó jerarquía constitucional.

24 El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, G.A. Res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) pág. 59, ONU. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 302, que entró en vigor el 23 de marzo de 1976 [en adelante, PIDCP]. Argentina ratificó el PIDCP el 8 de noviembre de 1986, y con la reforma constitucional de 1994 le asignó jerarquía constitucional.

25 El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, A.G. Res. 2200A (XXI), 21 U.N.

la Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Convención Interamericana sobre Discapacidad).²⁶ Además, el informe identifica los principios de derechos humanos que se aplican directamente a las personas con discapacidades bajo la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y firmada por el gobierno argentino el 30 de marzo de 2007.²⁷

Asimismo, este informe compara las condiciones, el tratamiento y la legislación argentina en función de los estándares especializados adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas, tales como los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental (Principios de Salud Mental),²⁸ las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (Normas Uniformes),²⁹ así como los documentos sobre las políticas elaborados por la Organización Mundial de Salud —incluyendo la Declaración de Caracas³⁰ y la Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual—³¹ y la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental.³²

Sobre la base de este análisis, y teniendo en cuenta la opinión de especialistas locales, el informe elabora recomendaciones para colaborar a que el sistema de salud mental argentino

GAOR. Sup. (No. 16) pág. 49, ONU. Doc. A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3, entró en vigor el 3 de enero de 1976 [en adelante, PIDESC]. Argentina ratificó el PIDESC el 8 de noviembre de 1986 y con la reforma constitucional de 1994 le asignó jerarquía constitucional.

26 La Convención Interamericana sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, adoptada el 7 de junio de 1999, A.G./Res. 1608, entró en vigor el 4 de septiembre de 2001 [en adelante, Convención Interamericana sobre Discapacidad]. Argentina ratificó la Convención Interamericana sobre Discapacidad el 10 de enero de 2001.

27 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 61^a período de sesiones el 13 de diciembre de 2006, disponible en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/conventioninfo.htm>. [en adelante, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad]. Argentina firmó la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad el 30 de marzo de 2007, aunque a la fecha de cierre de este informe no se ha ratificado.

28 Los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental, A.G. Res. 119, U.N. GAOR, 46^a Ses., No. 49, Anexo, págs. 188-92, ONU Doc. A/46/49 (1991) [en adelante, Principios de Salud Mental].

29 Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, A.G. Res. 96, U.N. GAOR, 48^a Ses., ONU Doc. A/Res/48/96 (1993) [en adelante, Normas Uniformes].

30 En 1990, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) convocó a distintas organizaciones de salud mental, a asociaciones, a profesionales y a juristas a la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina en Caracas, Venezuela. La Declaración de Caracas se aprobó en esa Conferencia.

31 Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual (2004) en http://www.declarationmontreal.com/docs/declaration_espanol.pdf [en adelante, Declaración de Montreal]. En octubre de 2004, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) patrocinó una conferencia en Montreal, Canadá, la cual declaró que las personas con discapacidades intelectuales “al igual que los otros seres humanos, nacen libres e iguales en dignidad y en derechos” (art. 1) y que “la discapacidad intelectual, constituye una parte integrante de la experiencia y la diversidad humanas”, lo cual requiere que “la comunidad internacional debe reconocer que sus valores universales de dignidad, autodeterminación, igualdad y justicia social para todos...” (art. 2).

32 CIDH, Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos Sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental, 111^a Ses., del 4 de abril de 2001 [en adelante, Recomendación de la CIDH].

cumpla con los estándares internacionales de derechos humanos y propone pasos específicos que los actores pueden adoptar para transformar su sistema de atención médica, basado actualmente en un modelo asilar. Estas recomendaciones se apoyan en la experiencia previa de las organizaciones firmantes, e incorpora las entrevistas llevadas a cabo con los operadores de los servicios, los usuarios, ex-pacientes y sus familiares y con funcionarios gubernamentales durante el curso de toda la investigación. El informe se nutre del desarrollo del derecho internacional de los derechos humanos y, específicamente, del área de los derechos de discapacidad mental, así como de la experiencia local, para elaborar una serie de recomendaciones que complementan y se construyen en base a los recursos de que dispone Argentina.

Durante el curso de esta investigación, los investigadores pudieron conocer a muchos trabajadores de la salud mental que se dedican a proveer servicios de calidad para las personas con discapacidades mentales, incluyendo a varios profesionales que se encuentran impulsando reformas pioneras en su campo. Este informe reconoce que las condiciones existentes dentro de las instituciones son perjudiciales tanto para las personas con discapacidades mentales como para el personal que trabaja allí, y que los modelos y servicios de atención deben ser transformados para proteger y reforzar tanto los derechos de los usuarios como de los profesionales. Un incremento en los fondos asignados a los servicios de salud mental basados en la comunidad y alternativas de alojamiento, una mayor supervisión para garantizar los derechos humanos, y una mayor y mejor capacitación, beneficiarán tanto a aquellos que reciban tales servicios como al personal.

Estos hallazgos y recomendaciones se basan en los sistemas y servicios de salud mental observados. Los investigadores no pudieron visitar todos los programas de salud mental del país, y no es la intención de este informe brindar una evaluación de todos los programas existentes. Más aún, las organizaciones firmantes reconocen que pueden existir importantes variaciones entre los servicios de salud mental de las diferentes provincias dado que, bajo la ley argentina, cada provincia determina su propia política de salud mental y todavía no existe una ley nacional marco en salud mental. Este informe se enfoca predominantemente en los servicios ubicados en la ciudad y provincia de Buenos Aires, donde se ubican las instituciones más grandes.

Con la finalidad de ser lo más breves y claros, este informe no discute cada una de las instituciones visitadas. Por el contrario, describe algunas áreas que son claves para una reforma de amplia envergadura, documenta las violaciones más graves a los derechos humanos que se encontraron, y remarca algunos modelos exitosos de reforma. Se espera que este informe contribuya a impulsar procesos de reforma en las políticas de salud mental, a lo largo de todo el país, que sean respetuosos de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales.

I. Antecedentes

Durante la mayor parte del siglo XX, Argentina ha sido uno de los países más prósperos de América Latina, con niveles de pobreza, desigualdad y desempleo relativamente bajos.

Sin embargo, durante el curso de las últimas tres décadas, el país ha experimentado un marcado deterioro de las condiciones laborales y sociales. La desigualdad, la pobreza y el desempleo se han incrementado aún durante los períodos de crecimiento económico.³³ Durante la década de los 90 se desarrollaron una serie de transformaciones sociales y económicas de carácter estructural que implicaron un saldo negativo en la inserción laboral, la distribución del ingreso y el porcentaje de la población en condiciones de pobreza.³⁴

La crisis económica y social que se profundizó durante los últimos años de la década de los 90 “explotó” en el mes de diciembre de 2001, cuando Argentina vivió una serie de acontecimientos que marcaron sensiblemente su historia institucional y política. Esta inestabilidad económica y política llevó a la rápida caída de gobiernos sucesivos en 2001 y 2002, hasta que el presidente actual, Néstor Kirchner, fue elegido en 2003.

Hace falta destacar que, a pesar de la sostenida recuperación económica del país desde 2003, se mantiene intacta una profunda brecha social entre los sectores más ricos y los más pobres de la población, y persisten altos niveles de pobreza, indigencia y consiguiente exclusión social.³⁵

La inestabilidad económica y política ha afectado a todos los sectores de la sociedad argentina. Sin embargo, los sectores de la población económica y socialmente más marginados —como las personas con discapacidades— han sido aún más vulnerables a sus efectos. La pobreza no sólo acentúa algunas de las consecuencias negativas de la discapacidad; es también un factor que lleva a incrementar las incidencias de discapacidad, en la medida en la que acceder a servicios de salud, educación y rehabilitación se vuelve más difícil con el aumento de los índices de desempleo y pobreza.³⁶ A medida que los efectos del colapso socioeconómico de Argentina se

33 Leonardo Gasparini et al., *Monitoring socio-economic conditions in Argentina, Chile, Paraguay and Uruguay* [“Monitoreo de las condiciones socio-económicas en Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay”], Vol. 1 (2005), Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales, Universidad Nacional de La Plata, disponible en http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000011823_20050715164315 [en adelante, Gasparini] (la traducción nos pertenece).

34 Daniel Filmus, Ana Miranda, Julio Zelarayan, “La transición entre la escuela secundaria y el empleo: los recorridos de los jóvenes en el Gran Buenos Aires”, en *Revista Estudios de Trabajo*, Número. 26 – Segundo Semestre de 2003, Asociación Argentina de Estudios de Trabajo (ASET). A modo de comparación, en 1958 los ingresos percibidos por el sector más próspero de la sociedad argentina era aproximadamente ocho veces el del sector más pobre. Para el año 2002, la brecha pasó a ser más de 37 veces. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), antes de la devaluación ocurrida en el 2002, la población por debajo de la línea de pobreza alcanzaba el 53 por ciento (aproximadamente 18,5 millones de personas) y casi el 25 por ciento (8,7 millones de personas) de la población era considerada indigente; entre diciembre 2001 y abril 2002 hubo una caída del 40 por ciento de los salarios.

35 Durante el segundo semestre del 2006, el 19,2 por ciento de hogares están bajo la línea de la pobreza, representando el 26,9 por ciento de la población. El 6,3 por ciento de hogares y 8,7 por ciento de personas están bajo la línea de indigencia, disponible en <http://www.indec.gov.ar>.

36 La proporción de trabajos estables con derecho a pensiones y seguro de salud es marcadamente más baja entre

manifestaron, los grupos más vulnerables, tales como las personas con discapacidades mentales, son particularmente susceptibles al abandono y al abuso.

A. Los servicios de salud de Argentina

El sistema de salud argentino es complejo, fragmentado y descentralizado. Cada una de las provincias del país tiene su propio ministerio o secretaría de salud, que controla la mayoría de las decisiones políticas en salud. La salud mental en Argentina es financiada principalmente a través de deducciones salariales. Para casi el 50 por ciento de la población, las “obras sociales sindicales” —programas sin fines de lucro que benefician a los trabajadores, patrocinados por los sindicatos y regulados por el gobierno— financian la atención de la salud. Sin embargo, desde la crisis económica, muchas personas han perdido su trabajo y los ingresos de estos programas han disminuido dramáticamente, a la vez que el porcentaje de la población sin ninguna cobertura de seguro se ha visto incrementado. Adicionalmente, los programas que antes cubrían sus costos a través de cuotas colectivas pagadas por aquellos que utilizaban sus servicios no han podido seguir haciéndolo, ya que sus asociados ya no pueden pagar por los servicios.³⁷

La planificación federal en salud mental de Argentina es llevada a cabo por la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación (Unidad Coordinadora). El presupuesto anual total de la Unidad Coordinadora para el 2006 fue de 700.000 pesos (aproximadamente U\$S 233.000).³⁸ Para 2005 la unidad carecía de los recursos suficientes para implementar las políticas o recolectar y centralizar datos de salud mental de las provincias.³⁹ Sin datos confiables sobre la amplitud de los problemas de salud mental ni sobre los servicios de salud mental disponibles, la planificación e implementación de las políticas son prácticamente imposibles. Por ende, la mayoría de las decisiones acerca de las políticas y la asignación de presupuesto se realizan en el ámbito provincial. En la actualidad la Unidad Coordinadora ha firmado un convenio con ocho universidades nacionales para realizar una investigación epidemiológica sobre padecimiento psíquico de la infancia, el cual ha demandado casi un 65 por ciento del presupuesto total del área. Asimismo, y en el marco de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos,⁴⁰ la Unidad Coordinadora está participando de una serie de coloquios regionales que definen como prioritaria la elaboración de políticas públicas en salud mental desde un enfoque de derechos.⁴¹

los pobres. Por ejemplo, el 60 por ciento de los no pobres que trabajan tiene acceso a seguros de salud a través de su trabajo, mientras que únicamente el 12 por ciento de los pobres recibe estos beneficios. Leonardo Gasparini, *supra*.

37 Entrevista con el Dr. Julio Ainstein, ex Director de Salud Mental, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta, Hospital Interzonal José Estévez (1 de junio de 2004).

38 Entrevista con el Dr. Antonio E. Di Nanno, Coordinador de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación (27 de junio de 2005).

39 Ídem.

40 La Mesa Federal es un espacio intergubernamental e intersectorial que se creó en 2006. Se propone con el objetivo de promover una política pública en salud mental que incluya la perspectiva de derechos humanos como base ético-legal, e impulsar transformaciones institucionales para la aplicación de buenas prácticas en salud mental. Ver punto VI.A.1 de este Informe, “Iniciativas prometedoras de reforma del sistema de salud mental”.

41 Entrevista con el Dr. Antonio E. Di Nanno, Coordinador de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación (16 de julio de 2007).

La Organización Mundial de la Salud recomienda que el 10 por ciento del presupuesto de salud sea asignado a la salud mental.⁴² No obstante, varias provincias argentinas sólo asignan una pequeña fracción de esta cantidad para los servicios de salud mental. En la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, según cifras del 2005, solamente el 2 por ciento del presupuesto de salud se asignaba a la salud mental.⁴³ Para el 2007, este presupuesto había aumentado al 4,2 por ciento.⁴⁴

El incremento de la pobreza desde la crisis económica y política de 2001 ha llevado a un aumento en la demanda de servicios de salud públicos. Hasta antes de la crisis, el 40 por ciento de la población recibía atención a través de los hospitales públicos. A partir de la crisis, el 60 por ciento de la población ha comenzado a utilizar los servicios de los hospitales públicos.⁴⁵ Sin embargo, el presupuesto de estos hospitales ha sido recortado, incrementando los problemas causados por el aumento de la demanda. Más aún, a medida que la situación argentina fue empeorando, se incrementaron los síntomas psíquicos y la prevalencia de determinadas enfermedades asociadas con la pobreza y la desocupación.⁴⁶

En los últimos años el gobierno de Argentina ha tomado una serie de medidas para minimizar el impacto de la crisis económica en el sector de la salud. Las medidas se han enfocado a facilitar el acceso a fármacos. El Ministerio de Salud de la Nación, el principal proveedor de medicinas consumidas en Argentina, acrecentó la provisión de medicamentos como respuesta a la crisis.⁴⁷ El Ministerio centralizó también la compra de medicamentos, permitiendo precios menores a través de compras al por mayor, puesto que hasta entonces cada hospital realizaba las compras para su uso propio.⁴⁸ Adicionalmente, el Ministerio ha instituido una política de uso de medicamentos genéricos siempre que sea posible, la que forma parte de un programa para comprar medicamentos a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).⁴⁹ Su participación en el programa del PNUD ha logrado un ahorro de un 21 por ciento para el gobierno, dado que por

42 Organización Mundial de la Salud, *Mental Health Atlas-2005: Country Profile, Argentina (2005)*, disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_a_b.pdf [en adelante *Mental Health Atlas*].

43 Ídem.

44 Estos datos fueron actualizados a partir de la realización de entrevistas, por ejemplo con el Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Cabred, (25 de julio de 2007) y el relevamiento de fuentes secundarias (por ejemplo, Consejo Directivo Provincial, “No. 44/2006: El presupuesto de salud previsto para el 2007 significa el entierro”, del 18 de diciembre de 2006, disponible en <http://www.cicop.org.ar/modules.php?name=News&file=print&sid=91>).

45 Entrevista con el Dr. Julio Ainstein, ex Director de Salud Mental, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta, Hospital Interzonal José Estévez (1 de junio de 2004).

46 “En Argentina, para tomar sólo algunos datos significativos, según un informe de Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), en el primer trimestre del 2002 las consultas psiquiátricas habían crecido casi 300 por ciento. En la provincia de Tucumán, la directora provincial de Salud Mental, Lic. Marcela Lemaitre, informó un 30 por ciento de aumento en las consultas de salud mental en el sistema público, para el mismo período. Algo similar ocurre en Mendoza donde las consultas en los neuropsiquiátricos se incrementaron entre el 20 y 25 por ciento. En Córdoba, en el año 2004, el director de Salud Mental de la provincia, Osvaldo Navarro, planteó que más de un 50 por ciento de la demanda en los centros periféricos sanitarios de la capital cordobesa, estaba relacionada con problemas económicos y de vivienda, como consecuencia de la pérdida del trabajo o la inestabilidad laboral”. En CELS: *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2004*, Editorial Siglo XXI, Argentina, 2004, pág. 533.

47 Entrevista con el Dr. Julio Ainstein, ex Director de Salud Mental, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta, Hospital Interzonal José Estévez, supra (1 de junio de 2004).

48 Ídem.

49 Ídem.

esta compra el gobierno no paga impuestos.⁵⁰ Estas iniciativas gubernamentales son importantes, pero el mero acceso a los medicamentos no soluciona las necesidades básicas que tienen muchas de las personas institucionalizadas, entre ellas, acceso a condiciones saludables e higiénicas de internación, y rehabilitación personalizada. Más aún, los fármacos por sí solos no substituyen la amplia gama de apoyo comunitario —como acceso a viviendas y oportunidades de empleo— que se requiere para prevenir hospitalizaciones innecesarias.

Hoy en día, dos tercios de las 25.000 camas psiquiátricas en todo el país son manejadas públicamente, y tres de cada cuatro de esas camas públicas se ubican en instituciones grandes de 1000 o más camas.⁵¹ Hay ocho instituciones psiquiátricas con más de 1000 camas cada una, cuatro de las cuales se encuentran en la provincia de Buenos Aires y dos en la ciudad de Buenos Aires.⁵² La gran mayoría de las personas alojadas en las instituciones psiquiátricas son internadas a largo plazo. Las personas que han estado institucionalizadas por más de un año ocupan el 80 por ciento de las camas psiquiátricas.⁵³ Solamente el 5 por ciento de las personas han estado hospitalizadas por menos de tres meses.⁵⁴

B. Legislación sobre salud mental

Argentina adoptó la forma federal de gobierno. Como tal, la Constitución Nacional, los tratados internacionales ratificados por el gobierno federal y las leyes nacionales tienen mayor jerarquía que las leyes emitidas a nivel provincial.⁵⁵ No obstante, los gobiernos provinciales mantienen todos aquellos poderes que la Constitución no delega al gobierno federal.

Argentina puede jactarse de tener una legislación federal de salud mental progresista, la cual establece lineamientos hacia una reforma en el sistema de salud mental. En este sentido, la ley 25.421, adoptada en 2001, determina que las personas tienen el derecho de recibir atención de salud mental dentro de los servicios de atención primarios, y prevé que las personas con enfermedades mentales deben ser rehabilitadas y reinsertadas socialmente.⁵⁶ Esta ley también creó el Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental, designando al Ministerio de Salud de la Nación como organismo de aplicación de la ley.⁵⁷ Sin embargo, hasta la fecha de cierre de este informe, el gobierno federal no ha reglamentado la ley 25.421, por lo que su cumplimiento es prácticamente nulo.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley Básica de Salud N° 153 requiere que el gobierno de la ciudad impulse la desinstitucionalización progresiva.⁵⁸ Para ello, la ley ordena

50 Ídem.

51 Fuente: Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación (27 de junio de 2005).

52 Ídem.

53 Mental Health Atlas, *supra*, pág. 63.

54 Ídem.

55 Constitución Nacional, *supra*, art. 31.

56 Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental, ley 25.421, sancionada en el año 2001 [en adelante, ley 25.421].

57 Ídem.

58 Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, N° 153, sancionada en el año 1999 [en adelante, ley 153],

implementar modelos de atención alternativos en salud mental que se orienten a lograr la integración social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.⁵⁹

En el año 2000, en cumplimiento de la ley 153, se aprobó la Ley de Salud Mental N° 448. El objetivo de la ley 448 es garantizar el derecho a la salud mental, y hace un llamado a la desinstitucionalización, y a la rehabilitación y reinserción social de las personas institucionalizadas.⁶⁰ Esta ley también define que el sistema de salud mental en la ciudad de Buenos Aires se basará primordialmente en la prevención, promoción y protección de la salud mental.⁶¹ La ley 448, que en el artículo 3 establece los derechos humanos específicos de las personas con discapacidades mentales, busca transformar el modelo asilar actual y promover servicios comunitarios de salud mental.⁶²

A pesar de lo estipulado en las leyes 25.421, 153 y 448, el modelo de provisión de salud mental público a nivel nacional y en la ciudad de Buenos Aires continúa basándose casi exclusivamente en la atención institucional asilar. Existe una gran carencia de servicios de salud mental de atención primaria en toda Argentina. Con algunas excepciones,⁶³ no existen estrategias ni planes de acción para la incorporación de la salud mental en la atención primaria, como tampoco existe entrenamiento en salud mental para los profesionales de la atención primaria de salud.⁶⁴ El proyecto de presupuesto de salud presentado en octubre de 2006 para la ciudad de Buenos Aires preveía una asignación total de 2.167.657.961 pesos (aproximadamente U\$S 722.552.653).⁶⁵ De los cuales 146.261.152 (aproximadamente U\$S 48.753.717) serían destinados a salud mental, lo que implica un 6,9 por ciento del presupuesto total de salud.⁶⁶ Por lo demás un 81 por ciento sería destinado a servicios hospitalarios y un 4,2 por ciento a atención primaria.⁶⁷ En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, de los 33 hospitales en la red de salud, sólo dos hospitales generales proveen atención en salud mental con servicios de internación.⁶⁸

art. 48.

59 Ídem.

60 Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, N° 448, sancionada en el año 2000 [en adelante, ley 448], arts. 12 y 13 (a).

61 Ídem. art. 2 (c).

62 Ídem. art. 2 (e).

63 Para más información acerca de estas iniciativas, véase el capítulo VI.

64 Entrevista con miembros del Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (FORO), ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004 y 28 de septiembre de 2006). El FORO está formado por 20 instituciones que trabajan en el sector de salud mental y representa aproximadamente a 9000 profesionales.

65 Ley N° 2180 de Presupuesto de la Administración del Gobierno de la Ciudad, ejercicio 2007. Boletín Oficial N° 2594 de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 28-12-2006 Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/leg_tecnica/boletines/20061228.htm

66 De acuerdo a la información que nos brindó la Dirección General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires el monto destinado a salud mental incluye el presupuesto ordinario más los créditos otorgados por organismos internacionales (1 de agosto de 2007).

67 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, supra (18 de julio de 2007).

68 Entrevista con el Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires (2 de junio de 2004).

II. Institucionalización inapropiada

A. La “medicalización” de los problemas sociales y la falta de servicios comunitarios

Más allá de las consideraciones psiquiátricas, los factores sociales pueden ser definitorios para decidir las admisiones y las altas en los hospitales psiquiátricos.⁶⁹ Varios funcionarios gubernamentales y directivos de hospitales entrevistados afirmaron que la mayoría de las personas permanecen institucionalizadas por largos períodos de tiempo debido a problemas sociales.

En 2004, en el Hospital Estévez,⁷⁰ la ex Directora Adjunta, Dra. Patricia Esmerado, estimó que el 70 por ciento de las personas institucionalizadas eran “pacientes sociales”,⁷¹ lo cual significa que la continuación de su internación se debía a motivos socio-económicos en lugar de a criterios médicos o de salud mental. El Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, informó que aproximadamente un 60 por ciento de las personas institucionalizadas en la ciudad se encuentran en esa situación debido a la “medicalización de los problemas sociales”,⁷² y el Dr. Antonio Di Nanno, Coordinador de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, informó que el 80 por ciento de aquellos que están hospitalizados en el país lo están debido a fallas del sistema social.⁷³ El Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, informó en una entrevista realizada en 2007 que entre un 15 y un 20 por ciento de las personas institucionalizadas en los hospitales Borda y Moyano estarían en condiciones de ser externadas, y que no lo son por razones sociales.⁷⁴ Sin embargo estimó que ese número se encuentra muy por debajo de la realidad.⁷⁵

Una mujer en el Hospital Moyano describió su historia de esta manera:

“He estado aquí por diez años. Fui admitida luego de que traté de suicidarme. Yo tenía un trabajo como profesora de inglés e italiano, pero tuve que dejar mi trabajo luego de diez años para cuidar a mis padres ancianos. Luego de que ellos murieron, yo caí en una gran

69 Los investigadores han recogido información que confirmó este punto en cada una de las instituciones visitadas. Por lo demás, este fenómeno no es nuevo ni exclusivo de Argentina. Es advertido internacionalmente desde hace más de 35 años por expertos en salud mental y derechos humanos que factores sociales son muchas veces decisivos en los ingresos y egresos de instituciones psiquiátricas. Véase, por ej., Thomas Scheff, *El Rol del Enfermo Mental* (1970), pág. 154, citado en Alfredo Kraut, *Los Derechos de los Pacientes*, Editorial Abeledo-Perrot, Argentina, (1997), pág. 366.

70 El Hospital José Estévez fue fundado, originalmente, como anexo al Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano, una institución psiquiátrica para mujeres en la ciudad de Buenos Aires.

71 Entrevista con la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta del Hospital José Estévez, provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004).

72 Entrevista con el Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires (2 de junio de 2004).

73 Entrevista con el Dr. Antonio Di Nanno, Coordinador de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

74 Este porcentaje habría sido calculado sobre la base de la evaluación de los diferentes jefes de servicio realizada en ambos hospitales. Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires (18 de julio de 2007).

75 Ídem.

depresión y traté de acabar con mi vida. He estado de alta desde hace cinco años, pero aún quedan algunos trámites por terminar”.⁷⁶

En el Hospital Borda, un hombre de uno de los pabellones “crónicos” contó: “Desde el '85 estoy de hospital en hospital. Me dieron de alta en el '98 pero mi papá falleció el año siguiente y me vino un bajón [ánimico]. Esta internación ha durado cinco o seis años. Tengo cuatro hermanas. Una de mis hermanas es mi curadora. Si tuviera un lugar donde estar y donde controlarme [tomar regularmente la medicación], podría externarme. Mi hermana está tramitando mi externación. Los papeles y el trámite son muy costosos. Desde hace cinco años está tramitando mi externación”.⁷⁷

El jefe de servicio respondió, “Los trámites no son el problema; los trámites nosotros los hacemos de un día para el otro. El problema es que no tienen adónde ir porque no tienen a nadie o la familia los rechaza. El 60 por ciento está en condiciones de alta médica pero no tiene adónde ir. Son “casos sociales”. En ninguna otra especialidad existe este problema. Cuando uno se interna por una operación del apéndice la familia no lo abandona en el hospital”.⁷⁸

En 2004, en el Pabellón 3 de la Colonia Montes de Oca,⁷⁹ un miembro del personal de enfermería estimó que aproximadamente la mitad de las personas internadas en aquel momento lo estaban debido a problemas sociales. Afirmó que algunas de las personas eran incapaces de pagar los medicamentos y que algunas se encontraban malnutridas debido a su pobreza.⁸⁰ En 2007 el gobernador de la provincia de Buenos Aires estimó que más de un 70 por ciento de las 1070 personas internadas en el Hospital Cabred lo estaban por razones de pobreza.⁸¹

Durante entrevistas realizadas en 2004 en el Hospital Estévez, en un pabellón de “pacientes agudos” que albergaba a 78 mujeres, el personal informó que el 30 por ciento de esas mujeres tenía alta médica, pero que no tenían ningún lugar a dónde ir.⁸² En 2006, en la Unidad 20, el personal informó que de 114 personas institucionalizadas, 20 estaban en condiciones de alta médica pero no eran externadas porque no existían instancias intermedias a dónde hacerlo. El personal también informó que no existía un tiempo medio de internación y advirtió sobre la existencia de personas que se encontraban alojadas en la unidad desde hacía más de 20 años.⁸³

76 Entrevista con una paciente en el pabellón Tomasa II en el Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (6 de junio de 2004).

77 Entrevista con un paciente del Pabellón 25A, Hospital Borda, ciudad de Buenos Aires (25 de enero de 2006).

78 Entrevista con el jefe del servicio del Pabellón 25A, Hospital Borda, ciudad de Buenos Aires (25 de enero de 2006).

79 La Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca actúa en calidad de centro de referencia nacional y regional como hospital de psiquiatría y salud mental especializado en oligofrenia. Brinda asistencia a varones y mujeres y, hasta la fecha de cierre de este informe, alojaba 860 personas internadas.

80 Entrevista con una enfermera en el pabellón 3 de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004).

81 Discurso del Gobernador Felipe Solá en la apertura de 135º período de sesiones ordinarias de la Honorable Legislatura Bonaerense el 01-03-2007, disponible en <http://www.spd.gba.gov.ar/cgi-bin/noticias/viewnews.cgi?newsid1172793522,83252>.

82 Entrevista con el personal del Hospital José Estévez, provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004).

83 Entrevista con el personal de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de agosto de 2006).

Sobre la base de las entrevistas realizadas a funcionarios, profesionales, familiares y personas institucionalizadas puede deducirse que en todo el país aproximadamente un 70 por ciento de las personas institucionalizadas permanecen segregadas de sus comunidades por razones sociales. Dentro de este porcentaje existe un elevado número de personas que no reciben ni medicamentos ni ningún otro tipo de tratamiento, pero que permanecen institucionalizados por decenas de años. Por ello este informe concluye que el sistema de salud mental en Argentina se ha vuelto un “depósito de personas” que carecen de los medios para mantenerse a sí mismas o de familiares que estén en condiciones de actuar como red de sostén, o que estén dispuestos a hacerse cargo de ello.⁸⁴

El principal factor que contribuye con la institucionalización a largo plazo es la carencia de servicios y apoyos adecuados en la comunidad. Según un miembro del Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (FORO), “hay pacientes que necesitan residencias asistidas que precisarán un monitoreo. Se necesitan residencias de medio camino y subsidios económicos. [Si éstos son] bien implementados llevarán a la resocialización de un paciente que ha sido asilado”.⁸⁵ La existencia de servicios adecuados en la comunidad permitiría que los individuos con las primeras manifestaciones de una enfermedad mental reciban una atención apropiada antes de que su salud se deteriore, y permitiría que aquellos que han estado institucionalizados por varios años se reintegren a la comunidad.⁸⁶

Esta carencia de servicios de salud mental basados en la comunidad es un problema complejo por el hecho de que, en general, la formación en salud mental en Argentina enfatiza el psicoanálisis como enfoque privilegiado. Como modalidad de tratamiento éste se orienta hacia la terapia individual más que a la rehabilitación psico-social, componente esencial de lo que las personas dadas de alta de las instituciones psiquiátricas requieren. Más aún, teniendo en cuenta las entrevistas realizadas y el relevamiento de los programas de grado de universidades nacionales, los investigadores constataron que en las universidades argentinas no se capacita, en general, en tratamientos de salud mental interdisciplinarios.⁸⁷ Pudo recogerse información respecto a que los profesionales entrenados en psicoanálisis plantean dificultades para trabajar en grupos interdisciplinarios. Ellos atienden a las personas de manera individual, no se capacitan para trabajar con grupos y se resisten a trabajar en las áreas de promoción y prevención.⁸⁸ Un miembro del FORO comentó, “La tendencia es a hospitalizar a las personas con enfermedades mentales y existe una carencia de entrenamiento en alternativas”.⁸⁹ El Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires informó que no se cumplió con el compromiso de crear guardias interdisciplinarias, hospitales de día y camas de internación psiquiátrica en hospitales generales,

84 Ídem.

85 Entrevista con miembros del FORO, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

86 Ídem.

87 Por supuesto, hay excepciones. Por ejemplo, en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires existen materias sobre salud pública, salud mental, prevención y epidemiología de muy buen nivel. Por lo demás, el psicoanálisis no debería ser entendido como incompatible con una mirada psico-social, tal como lo demuestra, entre otros, el trabajo del Equipo de Salud Mental del CELS.

88 La ausencia de programas de capacitación del personal y concientización ciudadana respecto de la estigmatización y violación de los derechos de las personas con discapacidades mentales fue mencionado por diferentes actores del campo de la salud como obstáculos para la reforma del sistema de salud mental.

89 Entrevista con miembros del FORO, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

que había sido asumido por el Ministerio de Salud de la ciudad en junio de 2005, por cuestiones de presupuesto. Reportó que únicamente fue creada una guardia interdisciplinaria en un hospital general de la ciudad.⁹⁰

En el Hospital Moyano, los funcionarios, el personal y las personas internadas informaron a los investigadores que cientos de mujeres habían permanecido hospitalizadas durante varios años. Un psiquiatra entrevistado afirmó que de las 1750 mujeres internadas en el Moyano, en su momento, 1500 estaban en los pabellones crónicos, donde permanecían indefinidamente.⁹¹ Él estimó que entre un 60 y un 70 por ciento de ellas podría ser dado de alta si hubiera servicios de salud mental adecuados y alternativas de alojamiento en la comunidad.⁹² Un psiquiatra que ha estado trabajando en el Moyano durante 25 años dijo:

“No hay casas de medio camino, no hay dónde [las mujeres] puedan ir. La ley 448 no se cumple. [Las mujeres] tendrían que tener un subsidio para alquilar un cuarto en un hotel o un departamentito”.⁹³

Los tiempos de internación en la ciudad de Buenos Aires van desde los tres meses hasta los 66 años. Del total de las 2414 personas internadas para agosto de 2005, casi un 10 por ciento llevaban más de 25 años de internación; más de un 25 por ciento entre 10 y 25 años de internación. En la ciudad el promedio de internación es de nueve años.⁹⁴ Hasta julio de 2007 el total de personas internadas en el sistema de salud público era de aproximadamente 2460.⁹⁵ Discriminando por hospital el tiempo medio de internación es:

Hospital	Tiempo medio de internación
Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear	1 mes y 3 semanas
Hospital Borda	10 años y 6 meses
Hospital Moyano	9 años y 3 meses
Hospital Tobar García	4 meses y 3 semanas

90 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires (18 de julio de 2007). En el curso de la investigación diferentes actores del campo de la salud mental expresaron que existe fuerte resistencia en los hospitales generales para brindar atención a personas con discapacidad mental y que ello se complementa con la ausencia de estrategias y planes de acción para la atención de la salud mental en la atención primaria. Ambos factores estuvieron identificados como importantes obstáculos para la reforma del sistema de salud.

91 Entrevista con un psiquiatra, Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (6 de junio de 2004).

92 Ídem.

93 Entrevista con una psiquiatra en el hospital de noche, Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

94 Para realizar este cálculo se consideró el tiempo transcurrido desde la última fecha de internación y no se tomaron en cuenta la sumatoria de las distintas reinternaciones, lo que aumentaría significativamente los promedios. En Barraco, Ángel.: Desmanicomialización: los límites de la ley. Revista Topía, nro. 45, noviembre de 2005.

95 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires (18 de julio de 2007).

La historia de una mujer ilustra la urgente necesidad de alternativas de alojamiento en la comunidad:

“Desde hace cuatro años que estoy internada acá. Me internaron porque yo escuchaba voces. Me echaron de mi casa porque no querían ocuparse más de mí. Fui a buscar a mi abuela. Cuando llegué a Buenos Aires me perdí buscando su casa. La policía me encontró en la calle, yo escuchaba voces, y justo me venía la menstruación y estaba toda sangrada y alterada. La policía llamó a mi casa y mi mamá dijo que hacía cuatro años que no me veían y no quería saber más de mí. Cuando entré [en el hospital] me quedé 15 días en admisión y me internaron en [el pabellón] Bosch I. Es un pabellón que tiene un poco de todo... No tengo adónde ir. Estoy de alta médica desde hace dos años. Trabajo en los talleres protegidos. Quiero estudiar algo ahora que no escucho las voces. Quiero estudiar técnico de auxiliar de odontología”.⁹⁶

En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires en 2006 se creó el Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS) para ayudar a las personas anteriormente institucionalizadas a reintegrarse a sus comunidades.⁹⁷ Este programa ha implementado, hasta la fecha de cierre de este informe, dos casas de convivencia para mujeres, dentro de la órbita de la Dirección General del Sistema de Atención Inmediata del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales.⁹⁸ Ambas casas tiene capacidad para que se alojen hasta ocho personas. Está prevista la creación de una tercera casa para varones antes de que finalice el 2007.

En el Hospital Estévez, los investigadores se entrevistaron con mujeres que parecían capaces de vivir en la comunidad y, sin embargo, habían estado institucionalizadas por varios años. En el Pabellón 1, llamado por los administradores un pabellón de “mediano plazo” —con estadías promedio de entre tres y seis meses— los investigadores entrevistaron a varias mujeres que habían estado hospitalizadas por mucho más tiempo:

“He estado aquí por nueve meses. Hay gente que ha estado en este pabellón por 11 años”.⁹⁹

Otra mujer informó:

“Mi familia me abandonó aquí hace ocho años, cuando mi madre falleció. Ellos no me visitan ni me mandan nada. No sé si han vendido mi casa. Yo quiero irme de este lugar. He vivido en el Pabellón 1 por ocho años... Hay una anciana que ha estado acá desde hace 40 años; ella tiene unos 90 años. Hay al menos diez mujeres que han estado en este pabellón por varios años; ellas son las que quedan del pasado, cuando éste no era un pabellón de mediano plazo”.¹⁰⁰

96 Entrevista con una mujer internada en el Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

97 Véase http://www.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/atencion_inmediata/preasis.php?menu_id=19122

98 El respaldo normativo para la creación de las casas de convivencia viene de la Ley 448, supra, Capítulo III, Sistema de Salud Mental, artículo 15° [Rehabilitación y reinserción]: “Las personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente, serán albergadas en establecimientos que al efecto dispondrá el área de Promoción Social”.

99 Entrevista con una persona internada en el Pabellón 1, Hospital José Estévez, provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004).

100 Entrevista con una persona internada en el Pabellón 1, Hospital José Estévez, provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004).

La gran mayoría de las mujeres alojadas en el Hospital Estévez permanece hospitalizada por varios años. De las 1020 camas existentes a octubre de 2006, más de 800 estaban ubicadas en el sector “asilar” del hospital. Una vez internadas allí, las mujeres suelen permanecer de por vida.¹⁰¹ Sin embargo, el hospital está involucrado en un programa para ayudar a reintegrar a las personas institucionalizadas en la comunidad. El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) —dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires— funciona apoyando a las mujeres a integrarse en un ambiente colectivo de casas en la comunidad y ayudándolas a aprender o reaprender habilidades esenciales para la vida. En las palabras de una de las participantes del PREA:

“He estado hospitalizada aquí por tres años. Ahora estoy en el programa PREA; hay sólo seis de nosotras en el programa del hospital. He estado en el PREA desde el 1 de enero de 2003. Pasan un año, más o menos, enseñándote a manejar dinero, a hacerle frente a la vida afuera [del hospital]. Voy a irme a vivir con otras tres mujeres. No sabemos aún cuándo nos mudamos”.¹⁰²

De acuerdo con el personal del Estévez, al momento de la visita de los investigadores en junio de 2004, había 45 mujeres viviendo en casas en la comunidad, como parte del programa PREA.¹⁰³ Para octubre de 2006 el número de personas externadas, residiendo en casas de convivencia, se había elevado a 50.¹⁰⁴

Debido a la deficiente prestación de servicios en salud mental específicos para niños y adolescentes en la provincia de Buenos Aires, del 70 al 80 por ciento de los niños y adolescentes que reciben atención en el Hospital Tobar García, no reside en la ciudad de Buenos Aires.¹⁰⁵ El Director del Hospital Tobar García, Dr. Roberto A. Yunes, informó que “la provincia de Buenos Aires no tiene absolutamente nada” en cuanto a servicios de salud mental para la niñez y la adolescencia.¹⁰⁶

La carencia de servicios para niños y adolescentes en las comunidades contribuye a la incapacidad para darlos de alta, y complica los tratamientos de rehabilitación exponencialmente.¹⁰⁷ El Dr. Yunes agregó que la crisis económica había complicado aún más el problema “La gente no tiene para comer, no tiene para transporte, menos van a tener para atención psiquiátrica. Toma una a dos horas llegar al Tobar [García desde la provincia de Buenos Aires]”.¹⁰⁸ Una vez que los niños

101 Entrevista con profesionales integrantes del PREA, ciudad de Buenos Aires (20 de octubre de 2006).

102 Entrevista con una persona internada en el Pabellón 1, Hospital José Estévez, provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004).

103 Entrevista con la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta, Hospital Interzonal José Estévez (1 de junio de 2004).

104 Entrevista con profesionales integrantes del PREA, ciudad de Buenos Aires (20 de octubre de 2006).

105 Entrevista con el Dr. Roberto A. Yunes, Director del Hospital Tobar García, ciudad de Buenos Aires (24 de enero de 2006).

106 Ídem.

107 Ídem.

108 Ídem.

son dados de alta, la mayor parte de las veces sus familias no tienen los recursos necesarios para poder continuar con los tratamientos ambulatorios indicados.

En el Hospital Borda, el personal se quejó de la falta de servicios para las personas que eran dadas de alta. De acuerdo con un miembro del personal en el pabellón 14/22:

“El problema es que al paciente en condiciones de alta le falta el camino de reintegración a la comunidad donde pueda recuperarse. ¿Adónde van? ¿Quién les va a dar trabajo? ¿Dónde van a vivir? Y es una discriminación. Si dicen que son del 14/22, peor. Tendría que haber un espacio de rehabilitación. Cuando la Unidad 20 está llena, vienen por acá. Falta un espacio de seguimiento. Sin esto nada se mueve”.¹⁰⁹

En la Colonia Montes de Oca, el 85 por ciento de una población de casi 1000 personas institucionalizadas tiene discapacidades intelectuales.¹¹⁰ Así como ocurre con las personas con diagnósticos psiquiátricos, una vez que ingresan, las personas con discapacidades intelectuales generalmente permanecen institucionalizadas de por vida. El ambiente de la institución las lleva a perder las habilidades o la independencia de la que disponían. Durante las visitas realizadas por los investigadores en 2004, se pudo constatar que la ausencia casi absoluta de servicios ubicados en la comunidad llevaba a que las personas con discapacidades intelectuales tuvieran que vivir institucionalizados por el resto de sus vidas.

Sin embargo, a partir de 2005 se comenzaron a implementar en esta institución medidas positivas tendientes a la creación de servicios de salud en la comunidad. En septiembre de 2006, el Director de la Colonia Montes de Oca, Lic. Jorge Rossetto, informó que la institución había iniciado un programa de tratamiento diurno en una casa ubicada en un pueblo cercano. El programa atendía a 30 personas internadas cuyas discapacidades eran consideradas las más graves. El Dr. Rossetto señaló que estos individuos estaban logrando un inmenso progreso, producto de la atención más individualizada que recibían con el programa. Para julio de 2007 se habían creado cinco hospitales de día, uno de los cuales funciona en la localidad de Torres, un hostel y estaba prevista la creación de una segunda casa de externación. Entre 2004 y 2007 el número de camas de internación en los pabellones de la colonia se redujo de 961 a 864.¹¹¹

La falta de servicios de salud mental comunitarios impacta también en los individuos con discapacidades intelectuales. En general, ni las personas institucionalizadas, ni las personas con discapacidades intelectuales que residen en la comunidad, reciben la atención necesaria que les ayudaría a manejarse con independencia en la comunidad. Los miembros de la organización no gubernamental *Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad* (REDI) informaron que, a pesar de que el derecho a la salud está reconocido en Argentina, no está garantizado para las personas con discapacidades intelectuales.¹¹² No hay programas de intervención temprana en los

109 Entrevista con el personal del Pabellón 14/22 Hospital Borda, ciudad de Buenos Aires (25 de enero de 2006).

110 Entrevista con el Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004 y 17 de julio de 2007).

111 Entrevista con el Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (27 de septiembre de 2006 y 17 de julio de 2007).

112 Entrevista con la Lic. Maria Cristina Prado y Lic. Ana María Dones, miembros de Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI) (31 de mayo de 2004).

hospitales públicos y los niños con discapacidades intelectuales no reciben terapia adecuada a una edad temprana. En general, los profesionales no son entrenados para diagnosticar las discapacidades intelectuales y las universidades, en su mayoría, no tienen un cuerpo docente especializado en el trato de los niños con discapacidades intelectuales.¹¹³ La carencia de programas de intervención temprana y de otros tipos de apoyo especializado en la comunidad disminuye radicalmente las posibilidades de que los niños con discapacidades intelectuales se vuelvan miembros activos de la sociedad.

B. El derecho a la integración en la comunidad

Existe un creciente consenso a nivel mundial, de que la inmensa mayoría de las personas con discapacidades mentales—incluyendo a las personas con discapacidades psiquiátricas e intelectuales— puede vivir en la comunidad dada una adecuada provisión de sistemas de servicios y apoyo.¹¹⁴ El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de las Naciones Unidas (Relator Especial sobre el Derecho a la Salud), Paul Hunt, ha señalado que:

“Gracias al mejor conocimiento que se tiene de la discapacidad mental y a los nuevos modelos de servicios y sistemas de apoyo comunitario, muchas personas con discapacidad mental, antes condenadas a vivir encerradas en instituciones, han demostrado que pueden llevar una vida plena y útil dentro de la comunidad. Personas que antes eran incapaces de tomar decisiones de manera autónoma han echado por tierra los estereotipos, mostrando que son capaces de vivir de manera independiente cuando cuentan con las debidas salvaguardias jurídicas y con servicios de apoyo apropiados. Además, muchas personas a las que antes se consideraba permanente o inherentemente limitadas después de un diagnóstico de grave trastorno mental han demostrado que la recuperación total es posible”.¹¹⁵

Estas ideas se han arraigado en América y han sido apoyadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En 1990, la OPS organizó una conferencia regional sobre la reestructuración del cuidado psiquiátrico en América Latina, que reunió a legisladores, autoridades de la salud, profesionales de salud mental, juristas y activistas de organizaciones no gubernamentales. La conferencia adoptó la Declaración de Caracas, que instó a todos los gobiernos a reestructurar la atención en salud mental para promover “modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales”.¹¹⁶ La Declaración de Caracas determinó:

“Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:

- (a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social;
- (b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo;
- (c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental;

113 Ídem. La Universidad de Buenos Aires, por ejemplo, sí capacita a los profesionales para tratar estos casos.

114 OMS, Informe de la Salud Mundial, págs. 89-91 (2001).

115 Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt, Comisión de Derechos Humanos, 61º período de sesiones, Tema 10, ONU Doc. E/CN.4/2005/51 (2005) [en adelante, Informe del Relator Especial], párr. 15.

116 La Declaración de Caracas, supra, art. 1.

(d) impartir una enseñanza insuficiente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores”.¹¹⁷

El modelo de atención ubicado en la comunidad, durante las últimas décadas, ha pasado a ser reconocido como un derecho básico de las personas con discapacidades a la integración comunitaria y no sólo como una buena práctica médica. Al mismo tiempo, se ha reconocido que la negación de este derecho constituye un acto de discriminación.

Ya en 1971, las Naciones Unidas adoptaron la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental para promover la integración de las personas con discapacidades intelectuales “en la mayor medida posible” en la vida cotidiana de sus comunidades.¹¹⁸ En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas afirmó que “[t]oda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad”.¹¹⁹ El propósito de la Convención Interamericana sobre Discapacidad, la cual entró en vigor en 2001, es promover la integración plena de las personas con discapacidades a la sociedad.¹²⁰ La Declaración de Montreal sobre la Discapacidad Intelectual, adoptada en 2004, afirma que “[e]n el contexto de las personas con discapacidades intelectuales, el derecho a la salud debe ejercerse asegurando la inclusión social”.¹²¹ Más recientemente, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2006, señala que cada uno de los Estados parte debe tomar “medidas efectivas y pertinentes” que promuevan “el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad”.¹²²

La Convención Interamericana sobre Discapacidad define la discriminación contra cualquier persona con discapacidades como “toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales”.¹²³ Para poder lograr los objetivos de la Convención de erradicar la discriminación contra las personas con discapacidades “y promover su integración completa en la sociedad”,¹²⁴ los Estados parte deben comprometerse a colaborar en el desarrollo de “medios y recursos diseñados a facilitar o promover la vida independiente, autosuficiencia e integración total, en condiciones de igualdad, a la sociedad de las personas con discapacidad”.¹²⁵

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad requiere que los Estados parte tomen “medidas efectivas y pertinentes” que promuevan “el pleno goce de este

117 Ídem. nota introductoria 2.

118 La Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, A.G. Res. 2856, U.N. GAOR, 26ª Ses., Sup. No. 29, pág. 93, ONU Doc. A/8429 (1971).

119 Principios de Salud Mental, supra, principio 3.

120 Convención Interamericana sobre Discapacidad, supra, art. II.

121 Declaración de Montreal, supra, párr. 4.

122 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, supra, art. 19.

123 Convención Interamericana sobre Discapacidad, supra, art. I. 2. a).

124 Ídem. art. II.

125 Ídem. art. IV. 2. b).

derecho por parte de las personas con discapacidad y la plena inclusión y participación en la comunidad” de las personas con discapacidades, incluyendo que se garantice que:

- “a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;
- b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;
- c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades”.¹²⁶

En la Observación General N° 5, el Comité de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales de la ONU recomienda que para proteger a las personas con discapacidad contra la discriminación, los Estados deben adoptar políticas y legislación que “permitirían que las personas con discapacidad pudieran llevar una vida integrada, independiente y de libre determinación”.¹²⁷ Citando al Programa de Acción Mundial para los Impedidos, la Observación General N° 5 establece que:

“Las medidas contra la discriminación deberían basarse en el principio de la igualdad de derechos para las personas con discapacidad y para las personas que no tienen discapacidad”, que, según se dice en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos, “significa que las necesidades de todo individuo son de la misma importancia, que estas necesidades deben constituir la base de la planificación de las sociedades, y que todos los recursos deben emplearse de tal manera que garanticen una oportunidad igual de participación a cada individuo. Las políticas en materia de incapacidad deben asegurar el acceso de los impedidos a todos los servicios de la comunidad”.¹²⁸

El Relator Especial del Derecho a la Salud de las Naciones Unidas ha reconocido que, “Toda decisión de aislar o segregar a las personas con discapacidad mental, incluido el internamiento innecesario, es por esencia, discriminatoria y contraria al derecho a integrarse en la comunidad previsto en las normas internacionales”.¹²⁹

Para evitar tal discriminación, “los Estados deben adoptar medidas para asegurar una serie completa de servicios de atención y apoyo a la salud mental dentro de la comunidad que sean propicios para la salud, la dignidad y la integración”.¹³⁰

126 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, supra. art. 19.

127 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 5, 11ª Ses., Sup. N° 2, ONU Doc. E/C.12/1994/13 (1994) [en adelante Observación General N° 5], párr. 16.

128 Ídem. párr. 17.

129 Informe del Relator Especial, supra, párr. 54.

130 Ídem. párr. 43. El Relator Especial Paul Hunt, describe que la “serie completa” de los servicios de salud mental dentro de la comunidad incluye “medicación, psicoterapia, servicios ambulatorios, atención hospitalaria para casos agudos, instituciones residenciales, rehabilitación para personas con discapacidad psiquiátrica, programas destinados a lograr un grado máximo de independencia y aptitud para las personas con discapacidad intelectual, apoyo en materia de vivienda y empleo, sostenimiento de los ingresos, educación completa y apropiada para los niños con discapacidad intelectual, y asistencia temporal a las familias que atienden día y noche a las personas con discapacidad mental. De esta manera se podrá evitar su colocación innecesaria en instituciones (...) Las personas

C. Una oportunidad perdida

Recientemente, el gobierno de la ciudad de Buenos Aires parece haber perdido una gran oportunidad para frenar las acciones discriminatorias e invertir en la creación de servicios de salud mental ubicados en la comunidad.

Durante un período de transición hacia servicios basados en la comunidad, se necesita de un financiamiento adicional sustancial para mantener los servicios existentes a la vez que se están creando los servicios y apoyos comunitarios necesarios. El Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, informó a los investigadores que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) estaba suministrando al gobierno de la ciudad de Buenos Aires un préstamo de más de 40 millones de pesos (aproximadamente U\$S 14 millones) para restaurar y reequipar cuatro grandes hospitales de salud mental de la ciudad, pero que no contemplaba asignación alguna para la creación de servicios en la comunidad.¹³¹ El dinero del préstamo del BID equivalía, al momento de su aprobación durante 2004, a más del 60 por ciento al presupuesto anual de salud mental de la ciudad (aproximadamente 68 millones de pesos).¹³²

III. Condiciones inadecuadas y abusos en las instituciones

Durante el curso de la investigación se documentó un amplio rango de condiciones inadecuadas de detención y abusos respecto a las personas con discapacidades mentales en las instituciones psiquiátricas en Argentina. Estos abusos violan el derecho a la vida, a la integridad personal, a la libertad, a la salud y a la rehabilitación.

A. Muertes en las instituciones

Durante la visita de diciembre de 2004 al Hospital Cabred, los administradores del hospital informaron que los índices de muertes eran cuatro veces mayores en los meses de invierno que en los meses de verano. El Director del hospital, Dr. Leo Zavattaro, informó que, en promedio, unas 70 personas hospitalizadas en el Hospital Cabred morían cada año.¹³³ El Dr. Zavattaro afirmó

con discapacidad intelectual necesitan a menudo servicios de apoyo especializados y adaptados a sus necesidades individuales. Entre ellos cabe mencionar los relacionados con la habilitación, la logopedia, la ergoterapia, la fisioterapia y la terapia del comportamiento... También es fundamental prestar apoyo a las familias de las personas que padecen grave discapacidad intelectual, dada la pesada carga que pueden suponer para ellas los cuidados y la ayuda a esos pacientes. Para algunos de éstos y sus familias, el acceso a una pequeña residencia comunitaria abierta, dotada de personal estable y servicios de apoyo especializados puede ofrecer un entorno adecuado” (Ídem. párra. 81).

131 Entrevista con el Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (2 de junio de 2004). El Dr. Soriano dio el ejemplo del Hospital Borda, con 1000 camas. Bajo la nueva estructura del Borda, explicó, habrían 350 camas para una hospitalización máxima de 90 días; 270 camas para adultos mayores (mayores de 60 años); 200 camas para hospitalizaciones mayores a 90 días; 90 camas para rehabilitación y reinserción social; y 180 camas que servirían para alojamiento protegido de pacientes crónicos que no tienen donde vivir y trabajan en el hospital.

132 Ídem.

133 Entrevista con el Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, Open Door, provincia de Buenos Aires (11 de diciembre de 2004).

que el 99 por ciento de las muertes se debía a la avanzada edad de las personas internadas, siendo otras causas de fallecimiento los ataques cardíacos y las muertes súbitas entre los jóvenes.¹³⁴ Sin embargo, en promedio, durante el invierno fallecían aproximadamente dos personas por semana, mientras que en el verano fallecía una persona cada dos semanas.¹³⁵ Estas estadísticas sugieren que las muertes ocurridas durante el invierno no se debían a la “vejez” sino a la falta de calefacción o a enfermedades contagiosas transmitidas en ambientes fríos. El Dr. Zavattaro informó que respecto de estas muertes no se suelen llevar a cabo autopsias.¹³⁶ Durante la visita realizada en julio de 2007 el Dr. Zavattaro informó que el número de fallecimientos había disminuido, aunque no pudo precisar en qué porcentaje.¹³⁷

En este mismo hospital, según información periodística, tres personas fueron encontradas muertas en el hospital y sus alrededores, durante los seis primeros meses de 2005.¹³⁸ El primer cuerpo fue hallado en los bosques que rodean al hospital el 25 de enero de 2005 y el segundo fue encontrado el 15 de febrero de 2005 en un campo perteneciente al predio del hospital.¹³⁹ El tercer cuerpo fue descubierto en un almacén abandonado dentro del hospital, vestido en su pijama y descalzo.¹⁴⁰ En este último caso, la policía determinó que el individuo habría muerto de cinco a diez días antes del hallazgo del cuerpo.¹⁴¹

Si bien en 2005, los administradores del Hospital Cabred informaron que se estaban llevando a cabo investigaciones judiciales con relación a estas muertes sospechosas ocurridas en el 2005; durante la visita a la institución de julio de 2007 el Dr. Zavattaro informó a los investigadores que desconocía el curso que habían seguido las investigaciones judiciales y que no se habían iniciado sumarios administrativos.¹⁴²

En el Hospital Diego Alcorta, el ex Director Interino Dr. Abraham Stoliar, informó en 2004 que en los últimos cinco años, cuatro personas detenidas en las celdas de aislamiento habían fallecido.¹⁴³ El personal del hospital informó a los investigadores en el año 2000, un individuo que había sido enviado a la institución por un juez como una forma de castigo —a pesar de que no padecía de ninguna enfermedad mental—, falleció en una celda de aislamiento luego de haber prendido fuego a su colchón.¹⁴⁴ Ocho meses después, un segundo individuo que fue enviado al

134 Ídem.

135 Ídem.

136 Ídem.

137 Entrevista con el Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, Open Door, provincia de Buenos Aires (25 de julio de 2007).

138 La Nación online, 15 de junio de 2005, “Encuentran un cadáver en un neuropsiquiátrico de Open Door: El cuerpo fue hallado en un galpón abandonado de la Colonia Cabred; es el tercer caso de este tipo en lo que va del año”, disponible en <http://www.lanacion.com.ar/713116>.

139 Ídem.

140 Ídem.

141 Ídem.

142 Entrevista con el Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, Open Door, provincia de Buenos Aires (25 de julio de 2007).

143 Entrevista con el Dr. Abraham Stoliar, ex Director Interino, Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del Estero (6 de diciembre de 2004).

144 Ídem.

hospital por problemas de adicción a las drogas murió incendiado por las llamas en una celda de aislamiento.¹⁴⁵ En 2001, un tercer individuo que estaba en un estado de gran excitación fue puesto en una celda de aislamiento y posteriormente fue encontrado muerto; la causa de esta muerte nunca fue esclarecida.¹⁴⁶ En 2003, una cuarta persona murió en un incendio en una celda de aislamiento.¹⁴⁷ Ninguna de estas muertes fue investigada completamente ni se determinaron responsabilidades por las circunstancias sospechosas en que ocurrieron. Por lo demás, ninguna autoridad asumió su responsabilidad.¹⁴⁸

En el Hospital Moyano, los administradores y el personal informaron que en 1991, durante un lapso de un mes y medio, 32 mujeres internadas habían muerto por malnutrición. Si bien en el período 1991-1992 —durante una intervención previa al hospital—, se había iniciado una investigación por estas muertes, los investigadores constataron que, pasados varios años, nadie había sido sancionado, y la administración que dirigía el Hospital Moyano antes de su intervención había regresado a la dirección en 1992.¹⁴⁹

Estas muertes apuntan hacia un perturbador patrón de abuso, negligencia, y una falta de responsabilidad. Los individuos que se encuentran bajo custodia estatal —teóricamente para lograr una adecuada atención de su salud—, no están recibiendo el cuidado personalizado ni la protección que les corresponde. Al no investigar y documentar las causas de las muertes en instituciones, se vuelve imposible que se tomen medidas que prevendrían estos tipos de decesos en el futuro.

Según la Convención Americana esta ausencia de protección viola el derecho a la vida.¹⁵⁰ La Corte Interamericana de Derechos Humanos (la Corte Interamericana) ha interpretado el derecho a la vida de manera amplia, reconociendo el deber del Estado no sólo de abstenerse de privar arbitrariamente a un individuo de su vida, sino también de tomar medidas positivas para garantizar la vida y las oportunidades de vida. La Corte Interamericana ha determinado que, mientras una persona se encuentre bajo custodia estatal, el Estado es el “garante” del derecho a la vida.¹⁵¹

145 Ídem.

146 Ídem.

147 Ídem.

148 Ídem.

149 Entrevista con los administradores y el personal del Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

150 El derecho a la vida ha sido reconocido como uno de los derechos humanos más fundamentales, y como “el derecho supremo respecto del cual no se autoriza suspensión alguna, ni siquiera en situaciones excepcionales que pongan en peligro la vida de la nación”. Comité de Derechos Humanos, Observación General N° 6, El derecho a la vida, Artículo 6, Ses. 16, 1982, O.N.U. Doc. HRI\GEN\1\Rev.1 en 6 (1994) párr. 1. El derecho a la vida es garantizado en el artículo 4 de la Convención Americana (“toda persona tiene derecho a que se respete su vida”) y el artículo 6 del PIDCP (“el derecho a la vida es inherente a la persona humana”), entre otros instrumentos internacionales.

151 Ver, entre otros, Corte I.D.H., Caso Neira Alegría, Sentencia de 19 de enero de 1995 (Ser. C) No. 20, párr. 60. La Corte Interamericana ha decidido que el Estado tiene la responsabilidad suprema de garantizar el derecho a la vida de aquellas personas que se encuentren detenidas o internadas. El fracaso del Estado en proteger las vidas de las personas bajo su custodia y llevar adelante investigaciones completas e independientes sobre las muertes envía un mensaje a las autoridades de que no serán consideradas responsables por la violación del derecho a la vida de las personas institucionalizadas. Por otra parte, sin investigaciones completas, es difícil formular medidas efectivas para proteger a las personas de futuras muertes prevenibles. En palabras de la Corte Interamericana: “...el Estado, como

B. Uso peligroso de las celdas de aislamiento

Otro problema que constataron los investigadores es el uso inadecuado y prolongado de las celdas de aislamiento sin supervisión suficiente por parte del personal, lo que representa un grave riesgo para el derecho a la vida y la integridad física de las personas institucionalizadas.¹⁵²

En la Unidad 20 los investigadores documentaron —durante las visitas en 2004, 2005 y 2006— el uso de celdas de aislamiento minúsculas, desiertas y sumamente calurosas. Los investigadores encontraron personas encerradas, desnudas, en celdas de aislamiento que medían aproximadamente metro y medio por dos metros cuadrados.¹⁵³ Durante la visita de junio de 2004, el personal reportó que estas personas habían estado encerradas en estas celdas por períodos que iban desde diez días a más de un año; un hombre informó que estaba encerrado en una celda de aislamiento desde noviembre de 2003.¹⁵⁴ Otro hombre había sido detenido en una celda de aislamiento durante tres meses debido a un intento de suicidio.¹⁵⁵

Estas celdas carecían de agua corriente y de baños.¹⁵⁶ A los detenidos se les otorgaban botellas de plástico en las cuales debían orinar, pues no tenían acceso a baños.¹⁵⁷ El personal informó que los detenidos eran desnudados para “prevenir el suicidio” y que esta detención en aislamiento era usada “para observación de los pacientes”.¹⁵⁸ Las celdas de aislamiento carecían de luz natural, no tenían ventilación y la supuesta “observación” sólo hubiera sido posible a través de una minúscula mirilla en la puerta.¹⁵⁹ No había personal asignado al área de estas celdas, lo que hacía que una observación periódica fuera imposible.¹⁶⁰ El personal entrevistado justificó esta detención aislada como “necesaria” para determinar el estatus de los detenidos nuevos antes de ubicarlos en celdas comunes con otros.¹⁶¹ De hecho, la incapacidad del personal para observar las condiciones en las celdas volvía imposible llevar a cabo las evaluaciones cercanas necesarias para determinar qué medidas eran adecuadas para proteger a los otros detenidos. A raíz de diferentes

responsable de los establecimientos de detención, es el garante de estos derechos de los detenidos, lo cual implica, entre otras cosas, que le corresponde explicar lo que suceda a las personas que se encuentran bajo su custodia. Las autoridades estatales ejercen un control total sobre la persona que se encuentra sujeta a su custodia. La forma en que se trata a un detenido debe estar sujeta al escrutinio más estricto, tomando en cuenta la especial vulnerabilidad de aquél”. (Corte I.D.H., Caso Walter Bulacio, Sentencia de 18 de septiembre de 2003, párr.126).

152 Este riesgo es evidente en el Hospital Diego Alcorta donde, a partir de la información documentada, en un plazo de tres años, cuatro personas murieron mientras estaban detenidas en las celdas de aislamiento: tres personas fallecieron incendiadas y una cuarta murió por causas aún desconocidas. Véase el punto “Muertes en las instituciones”, capítulo III, parte A.

153 Observaciones de los investigadores durante las visitas a la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio y 10 de diciembre de 2004; 29 de junio de 2005 y 29 de agosto de 2006).

154 Entrevistas con el personal en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

155 Ídem.

156 Observaciones durante las visitas a la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio y 10 de diciembre de 2004; 29 de junio de 2005 y 29 de agosto de 2006).

157 Ídem.

158 Entrevistas con el personal en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

159 Observaciones de los investigadores durante las visitas a la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio y 10 de diciembre de 2004; 29 de junio de 2005 y 29 de agosto de 2006).

160 Ídem.

161 Entrevistas con el personal en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

acciones llevadas a cabo por las organizaciones firmantes, el uso de las celdas de aislamiento en la Unidad 20 está en proceso de reforma.¹⁶²

Los investigadores también pudieron observar un uso inadecuado de las celdas de aislamiento en la Unidad 27. Según el personal, las celdas se utilizaban durante dos días como máximo. Sin embargo, durante la visita de 2004 pudo constatar que había dos mujeres detenidas en estas celdas, una de las cuales había estado allí por más de un año por orden judicial porque se consideraba que era un peligro para sí misma y para terceros. La otra había estado detenida allí un año y medio por dificultades en su trato con las otras personas.¹⁶³

En la Colonia Montes de Oca, también en 2004, el personal informó a los investigadores que las personas eran encerradas en las celdas de aislamiento por varios días consecutivos.¹⁶⁴ Algunos psiquiatras de la institución defendieron el uso de las celdas de aislamiento y señalaron que, a veces, las celdas son usadas porque no hay suficiente personal.¹⁶⁵ Se pudo corroborar la carencia de suficiente personal: en varios de los pabellones sólo había uno o dos empleados de turno para atender a un rango de 80 a 100 personas institucionalizadas.¹⁶⁶ Al regresar en julio de 2007, los investigadores pudieron constatar que las celdas de aislamiento habían sido desmanteladas.¹⁶⁷

El uso inadecuado y prolongado de celdas de aislamiento sin supervisión suficiente constituye una violación al derecho de las personas a no ser sometidas a un “trato cruel, inhumano o degradante”.¹⁶⁸

La reclusión involuntaria prolongada y la privación sensorial —la restricción total o parcial de estímulos de uno o más de los sentidos— puede exacerbar síntomas psiquiátricos o inducir daño psiquiátrico severo, incluyendo, una agitación profunda, ansiedad extrema, ataques de pánico, depresión, pensamientos desorganizados y un desorden de personalidad antisocial. El daño

162 Durante el curso de la investigación, además de las reiteradas visitas a las unidades, las organizaciones firmantes han tenido reuniones con las autoridades del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, han enviado un informe al Ministerio remarcando las graves violaciones observadas y han publicado información sobre la situación en medios de prensa.

163 Observaciones de los investigadores durante la visita a la Unidad 27, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

164 Entrevista con el personal de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004).

165 Ídem.

166 Observaciones de la visita a la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004). En septiembre del 2006, el Lic. Jorge Rossetto reportó que en la Colonia se estaban dejando de utilizar las celdas de aislamiento. Entrevista con el Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, ciudad de Buenos Aires (27 de septiembre de 2006).

167 Observaciones de las visitas a la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004 y 17 de julio de 2007).

168 Convención Americana, *supra*, art. 5 (2). La Corte Interamericana ha determinado que aislar a un individuo “en una celda minúscula sin luz natural” constituye un trato cruel, inhumano o degradante. (Corte I.D.H., Caso Loayza Tomayo, Sentencia de 17 de septiembre de 1997 (Ser. C) No. 33, párr. 58). Los Principios de Salud Mental afirman que cualquier restricción física o reclusión involuntaria deberá ser utilizada únicamente “cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Estas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar este propósito” (Principios de Salud Mental, *supra*, principio 11 (11)).

causado por aislamiento y privación sensorial “puede resultar en una discapacidad psiquiátrica prolongada o permanente, incluyendo deterioros que pueden reducir seriamente la capacidad [de la persona] a reintegrarse a la comunidad después de que haya sido puesta en libertad...”.¹⁶⁹ Más aún, la restricción y la reclusión nunca deberán ser usadas para disciplinar o coaccionar, por ser convenientes para el personal, o por falta de personal suficiente o de tratamiento activo.¹⁷⁰

Los Principios de Salud Mental requieren que todas las instancias de restricción y reclusión sean documentadas en la historia clínica del paciente, junto con las razones, la naturaleza y el alcance de su uso.¹⁷¹ Llevar historias clínicas detalladas de las personas detenidas en las instituciones psiquiátricas permitirá la supervisión del uso de la reclusión y restricción, así como la implementación de salvaguardas esenciales. Argentina no posee legislación que regule específicamente los temas de la reclusión y restricción, y durante las visitas realizadas en el curso de la investigación se evidenció la falta de respeto a los estándares internacionales en el uso de estas prácticas.¹⁷²

C. Violencia física y sexual

Durante las visitas a la Unidad 20, los hombres detenidos informaron a los investigadores sobre varias situaciones de abuso físico y sexual, incluyendo violaciones sexuales, palizas y otros tipos de violencia física. Dos hombres detenidos informaron haber sido ultrajados sexualmente cuando, al ser detenidos, fueron alojados en las celdas de aislamiento.¹⁷³ Una de las personas también denunció haber sido violado por un guardia y que varios guardias le habían obligado a desfilarse en ropa interior femenina y a actuar de manera afeminada para ellos.¹⁷⁴ Durante la visita de

169 Stuart Grassian, M.D., “Psychiatric Effects of Solitary Confinement” [“Los Efectos Psiquiátricos de la Reclusión Solitaria”], disponible en http://www.prisoncommission.org/statements/grassian_stuart_long.pdf, pág. 13. Cf., Stuart Grassian, Nancy Friedman, “Effects of Sensory Deprivation in Psychiatric Seclusion and Solitary Confinement” [“Los Efectos de la Deprivación Sensorial en la Reclusión Psiquiátrica y la Reclusión Solitaria”], en *International Journal of Law and Psychiatry*, 8, 49-65 (1986); Wanda K. Mohr, et al., *Adverse Effects Associated with Physical Restraint* [Los Efectos Adversos Asociados con la Restricción Física], en *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, Nº 5 (2003). Para una referencia sobre las pautas en el uso de la reclusión y las restricciones físicas, véase, OMS, *Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders* [Pautas para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales], at vi, WHO/MNH/MND/95.4 (1996) pp. 26-27. Véase también National Association of State Mental Health Program Directors, *Position Statement on Seclusion and Restraint* [Declaración de Posición sobre el uso de la Reclusión y las Restricciones Físicas] (visitado el 19 de octubre de 2005) en http://www.nasmhpd.org/general_files/position_statement/posses1.htm (la traducción nos pertenece).

170 National Association of State Mental Health Program Directors, *Position Statement on Seclusion and Restraint* [Declaración de Posición sobre el uso de la Reclusión y las Restricciones Físicas] (visitado el 19 de octubre de 2005), disponible en http://www.nasmhpd.org/general_files/position_statement/posses1.htm. “Tratamiento activo”, como concepto de salud mental, se refiere a: un esfuerzo organizado y agresivo para maximizar el desarrollo potencial de cada cliente. Requiere un integrado plan de servicios dirigido a alcanzar objetivos mensurables de comportamiento. Requiere un ambiente que acerque la vida diaria a la vida en sociedad. La meta es el desarrollo de las habilidades, comportamientos y actitudes esenciales para la vida independiente en la sociedad contemporánea. Michael True, *An Introduction to Active Treatment* [Una Introducción al Tratamiento Activo] (2005), disponible en <http://www.ilresources.com/ACTreat1NR.htm> [en adelante True] (el destacado nos pertenece).

171 Principios de Salud Mental, *supra*, principio 11 (11).

172 Véase Alfredo Kraut, *Los Derechos de los Pacientes*, Editorial Abeledo-Perrot, Argentina, (1997), pág. 356.

173 Entrevistas con personas detenidas en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

174 Ídem.

junio de 2004, los investigadores observaron en varias personas, marcas de haber sido golpeadas en las espaldas y torsos.¹⁷⁵ Estas personas informaron que habían sido golpeadas por el personal.¹⁷⁶ Varios de los detenidos señalaron que los guardias los forzaban a ducharse con agua helada, mientras los golpeaban con sus porras u otros instrumentos de contusión.¹⁷⁷ Un hombre que tenía varios puntos de sutura en su cabeza informó que había sido apaleado por un guardia.¹⁷⁸

En el Hospital Moyano los investigadores recibieron informes de abuso sexual perpetrado por el personal contra las mujeres institucionalizadas. Una mujer compartió su historia con los investigadores:

“Esto me pasó en el 2002 cuando se me ofreció trabajo en la cocina. Se me indicó que iba a trabajar como ayudante de cocina y que se me iba a pagar por los días feriados y fines de semana. Iba a cobrar de parte de la cooperadora del hospital. No tenía para comprar jabón, toallas higiénicas, papel higiénico, ni champú ni nada y me pareció bueno entrar y trabajar. La primera semana fue todo bien. La segunda semana también. La tercera semana mi supervisor me cerró la puerta y me dice “Ahora vamos a tener sexo”. Yo dije que no, que cómo íbamos a tener sexo. Me dijo que si no teníamos sexo no me iba a seguir dando trabajo. Esto pasó entre el 2002 y 2003. En el 2003 lo denuncié porque no aguantaba más. No entendía por qué tenía que tener sexo con ellos. Era un uso deshonesto de mi cuerpo. También tenía que tener relaciones sexuales con su hermano y con otro hermano que trabajaba de mantenimiento en el pabellón. De allí trajeron a otro hombre de afuera [del hospital]. Me hacían violaciones entre los cuatro”.¹⁷⁹

El Hospital Moyano fue intervenido en diciembre de 2005 luego de que se realizaran graves denuncias públicas sobre violaciones a los derechos humanos de las mujeres internadas. Entre ellas: coerción por parte del personal para que algunas mujeres ejercieran la prostitución; experimentación con las mujeres para probar nuevos usos de fármacos existentes; violaciones sexuales a las mujeres presuntamente cometidas por personal del hospital; y mujeres que murieron por desnutrición.

Estas denuncias se encuentran en proceso de investigación judicial. El Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires desconocía el curso que habían seguido estas investigaciones.¹⁸⁰

El Dr. Luis Osvaldo Mazzarella, funcionario integrante del equipo a cargo de la intervención del Hospital Moyano en 2005, informó a los investigadores que había recibido una denuncia de abuso sexual de una mujer institucionalizada. El Dr. Mazzarella dijo que ésta había sido violada por dos miembros del personal pero luego el hecho fue desmentido.¹⁸¹ El personal acusado inventó

175 Observaciones de los investigadores durante la visita a la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

176 Entrevistas con las personas detenidas en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

177 Ídem.

178 Ídem.

179 Entrevista con una mujer internada en el Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

180 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, supra (18 de julio de 2007).

181 Entrevista con el Dr. Luis Osvaldo Mazzarella, funcionario de la intervención del Hospital Moyano, ciudad de

que la violación había sido el resultado de una pelea entre dos mujeres. El Dr. Mazzarella informó a los investigadores que la mujer abusada, en su momento, había sido transferida a la Unidad 27 “para que no hablara”.¹⁸² Luego se la había vuelto a trasladar de regreso al hospital pero había continuado recibiendo amenazas de represalias.¹⁸³

Varios artículos periodísticos y medios televisivos informaron sobre denuncias de prostitución de las mujeres institucionalizadas en el Hospital Moyano por parte del personal.¹⁸⁴ Los investigadores no pudieron documentar directamente tales abusos. Una mujer dijo que sabía que otras habían sido prostituidas, diciendo: “Tienen miedo de hablar”.¹⁸⁵ También remarcó que algunas mujeres eran prostituidas o se prostituían con el personal.

“El que maneja la ambulancia... engancha a las pacientes para prostituirlas. Les da plata, cinco pesos y tiene sexo con las pacientes... Conozco siete mujeres que están prostituidas. Una paciente del pabellón quedó embarazada de un hombre de plomería... A las mujeres que fuman, que necesitan [dinero] para fumar les pagan cinco pesos por el sexo oral”.¹⁸⁶

En el Hospital Diego Alcorta, en diciembre de 2004, los investigadores observaron a dos mujeres en etapas avanzadas de embarazo. Mediante el registro de sus historias clínicas resultaba evidente que ambas habían quedado encintas luego de haber sido internadas en el hospital. Frente a las preguntas de los investigadores un empleado comentó en tono irónico que el tamaño del vientre de una de las dos mujeres se debía a que “tomaba mucho agua”.¹⁸⁷ Cuando los investigadores regresaron en septiembre de 2006, una de las mujeres que había estado embarazada en diciembre de 2004 se estaba recuperando de una cesárea que había tenido lugar el día anterior. La Dra. Marta Mocchi, Directora del hospital, informó a los investigadores que ella misma había ordenado que le hicieran una ligadura de trompas “porque [la paciente] era promiscua”.¹⁸⁸

En el Hospital Cabred, el director informó que tres enfermeros habían sido recientemente transferidos a otros hospitales como “castigo” por haber cometido abusos. Aunque los empleados no habían sido despedidos, el director afirmó que era la primera vez que se tomaban medidas en contra del personal, a pesar de la oposición del gremio.¹⁸⁹ Durante la visita de julio de 2007 el director informó que no habían existido nuevas denuncias contra el personal.¹⁹⁰ Sin embargo uno

Buenos Aires (23 de enero del 2006).

182 Ídem.

183 Ídem.

184 Diario Clarín, 20 de diciembre de 2005, “Intervienen el hospital Moyano y relevan a su director”.

185 Entrevista con una mujer internada en el Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

186 Ídem.

187 Observaciones de los investigadores durante la visita al Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del Estero (7 de diciembre de 2004).

188 Entrevista con la Dra. Marta Mocchi, Directora del Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del Estero (29 de septiembre de 2006). CELS y MDRI enviaron un informe denunciando ésta y otras graves situaciones al Gobernador de la provincia de Santiago del Estero con copia al Ministro de Salud de la Nación y al Subsecretario de Derechos Humanos de la provincia el 22 de diciembre de 2006. A la fecha no hemos recibido respuesta.

189 Entrevista con el Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, Open Door, provincia de Buenos Aires (11 de diciembre de 2004). Es importante advertir que transferir personal de una institución a otra, en principio, no implica sanción alguna y que, por otra parte, conlleva el riesgo de que hechos similares se repitan en la otra institución.

190 Entrevista con el Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred,

de los hombres internados contó que en varias oportunidades los enfermeros les pegan cuando “alguno se altera”. Dijo que, para ello, les aplican “nudos”, es decir, los ahorcan con paños o tela de ropa, para dejarlos sin aire y “calmarlos”. Relató que ocho meses antes de la visita un hombre había muerto dentro del servicio de Clínica Médica a raíz de un estrangulamiento con un nudo aplicado por un enfermero, con la ayuda de otras personas internadas.¹⁹¹

La existencia de abusos físicos y sexuales contra las personas institucionalizadas en instituciones neuropsiquiátricas estatales es innegable, y constituye una violación de la Convención Americana y el PIDCP, normas que establecen que ninguna persona deberá ser sometida a torturas ni a un trato ni a castigos crueles, inhumanos o degradantes.¹⁹² El Estado argentino carece de mecanismos efectivos para proteger a las personas internadas, bajo su custodia, de estos abusos, y esta carencia implica que no cumple con su obligación de prevenir las violaciones de derechos humanos, ni con su obligación de investigar y sancionar a los responsables.¹⁹³

D. Condiciones peligrosas

Durante las visitas realizadas a varias instituciones, se documentaron condiciones peligrosas que violan los derechos a la salud y a la integridad física, mental y moral de las personas internadas. Estas condiciones incluyen la falta de atención médica adecuada y lugares de detención antihigiénicos e inseguros.

1. Falta de atención médica

La falta de atención médica constituye una preocupación sumamente grave en varias de las instituciones visitadas. Tanto en la Unidad 20 como en los hospitales Diego Alcorta, Moyano y Borda los investigadores observaron gran número de personas institucionalizadas con heridas abiertas o en estado de infección avanzada, dientes faltantes y algunos con extremidades con gangrena.

Durante la visita a la provincia de Santiago del Estero, en diciembre de 2004, Digna Ledesma, una mujer que había estado institucionalizada durante los últimos 24 años en el Hospital

Open Door, provincia de Buenos Aires (25 de julio de 2007).

191 Entrevista con un hombre internado en el Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, Open Door, provincia de Buenos Aires (25 de julio de 2007). La denuncia no fue presentada y los investigadores no pudieron confirmarla con otras fuentes.

192 Convención Americana, supra, art. 5 (2), PIDCP, supra, art. 7. El Estado tiene la obligación de garantizar a todas las personas que se encuentran bajo custodia estatal “respeto a la dignidad inherente de la persona humana” (Convención Americana, supra, art. 5 (2). Principios de Salud Mental, supra, principio 1 (2)). De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estados deben adoptar todas las medidas que sean apropiadas para proteger a las personas con discapacidad de “todas las formas de explotación, violencia y abuso...” (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, supra, art. 16(1)). De igual manera, los Principios de Salud Mental establecen que los Estados tienen la obligación de proteger a las personas con discapacidades mentales del abuso físico o sexual, de un trato degradante y de otras formas de explotación (Principios de Salud Mental, supra, principio 1 (3)).

193 Principios de Salud Mental, supra, principio 8 (2).

Diego Alcorta, falleció.¹⁹⁴ La información obtenida a través de las entrevistas indicó que la muerte de la Sra. Ledesma se habría debido a la extrema negligencia del personal del hospital, así como a actitudes discriminatorias del personal de otros hospitales de la zona.¹⁹⁵ De acuerdo con la Dra. Lucía Abdulajad, la médica tratante, la Sra. Ledesma había sido admitida en el Hospital Independencia el 3 de diciembre de 2004, malnutrida, sucia y en condición crítica.¹⁹⁶ La Dra. Abdulajad informó que la Sra. Ledesma había llegado al hospital sin una historia clínica completa, y con una infección del fémur de su pierna izquierda como consecuencia de una operación reciente que no había sido tratada ni higienizada adecuadamente.¹⁹⁷ La Dra. Abdulajad señaló que la pierna de la Sra. Ledesma aún tenía las costuras de la operación cerca de su cadera izquierda y que su pierna estaba descoyuntada.¹⁹⁸ El Dr. David Yanelli, ex Director del Hospital Diego Alcorta, informó que la pierna de la Sra. Ledesma se había fracturado en un accidente dentro del hospital, y que había tenido que esperar dos meses hasta ser atendida por cirujanos en el Hospital Regional.¹⁹⁹ La Sra. Ledesma falleció mientras era transportada en una ambulancia desde el Hospital Independencia hacia el Hospital Regional.²⁰⁰

Durante la visita de enero de 2006 al Hospital Moyano, una mujer internada narró a los investigadores que “otra paciente se venía quejando de dolores de cabeza pero no la atendían. Luego se supo que tenía un tumor pero nunca recibió atención”.²⁰¹

Los investigadores también recibieron informes de que en la Unidad 20, se les niega el tratamiento médico a las personas internadas.²⁰² En junio de 2004, un interno con VIH/SIDA informó que no estaba recibiendo medicamentos antirretrovirales. El médico que acompañaba a los investigadores a través de la unidad respondió, “No todas las personas que tienen VIH tienen que recibir antirretrovirales”. Lo que este profesional no respondió es si se le había practicado a la persona los exámenes necesarios para determinar la necesidad o no de la medicación.²⁰³ Durante la visita de junio de 2005, un detenido informó que durante cuatro días, mientras estuvo encerrado

194 Entrevista con la Dra. Lucía Abdulajad, médica tratante en el Hospital Independencia, provincia de Santiago del Estero (7 de diciembre de 2004). La historia clínica de la Sra. Ledesma indicó como fecha de admisión al Hospital Diego Alcorta el 29 de julio de 1980.

195 Ídem.

196 Ídem.

197 Ídem.

198 Ídem.

199 Entrevista con el Dr. David Yanelli, ex director del Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del Estero (7 de diciembre de 2004).

200 Entrevista con la Dra. Lucía Abdulajad, médica tratante en el Hospital Independencia, provincia de Santiago del Estero (7 de diciembre de 2004).

201 Entrevista con una mujer internada en el Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

202 Entrevistas en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

203 Entrevistas con el personal de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004). Según la fase de infección de VIH, la terapia antirretroviral puede no ser necesaria. Véase, Organización Mundial de la Salud, Scaling Up Antiretroviral Therapy in Resource-Limited Settings: Treatment guidelines for a public health approach [Graduación de la Terapia Antirretroviral en contextos de recursos limitados: Pautas de tratamiento para un acercamiento desde la salud pública] (2004), disponible en http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvrevision2003en.pdf (la traducción nos pertenece).

en una celda de aislamiento, el personal no le suministró sus medicinas antirretrovirales, las cuales necesita para el VIH/SIDA.²⁰⁴

No proveer adecuada atención médica viola el derecho a la salud, garantizado por el artículo 42 de la Constitución Nacional Argentina,²⁰⁵ y los instrumentos internacionales ratificados por Argentina.²⁰⁶ Según la Convención Americana, el derecho a un trato humano incluye el derecho a que se respete la “integridad física, mental y moral” individual.²⁰⁷ La Comisión Interamericana ha afirmado que un Estado viola el derecho a la integridad física cuando le niega, a un individuo bajo su custodia, la atención médica.²⁰⁸

2. Condiciones antihigiénicas

Durante la visita al Hospital Diego Alcorta, en diciembre de 2004, la infraestructura de la institución se encontraba en un estado sumamente deteriorado y carecía de las mínimas

204 Entrevista con un detenido de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de junio de 2005).

205 Constitución Nacional, *supra*, art. 42.

206 El PIDESC remarca que los Estados parte del Pacto “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (PIDESC, *supra*, art. 12 (1)). Esto incluye la implementación de políticas que posibiliten igualdad de oportunidades para que todos se beneficien de los más altos niveles de salud alcanzables. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales —conocido como Protocolo de San Salvador—, también establece en el artículo 10 que todos tienen el derecho a obtener el “más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. Los gobiernos deben comprometerse a tomar las medidas que sean necesarias para garantizar el derecho a la salud y específicamente para satisfacer las necesidades de los grupos de población más vulnerables (cf. art. 10 (2) (f)). De acuerdo con el Protocolo de San Salvador, los Estados tienen la obligación de adoptar las medidas necesarias para asegurar “la plena efectividad” de los derechos garantizados allí (art. 1). Esta obligación incluye, donde sea necesario, el compromiso para crear legislación doméstica que permita la implementación completa de estos derechos (art. 2) (Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 17 de noviembre 1988, O.A.S.T.S. No. 69 (1988), 28 I.L.M. 156 (1989), que entró en vigor el 16 de noviembre de 1999 [en adelante, Protocolo de San Salvador]). Argentina ratificó el Protocolo de San Salvador el 23 de octubre de 2003.) Los estándares internacionales que tratan específicamente sobre las personas con discapacidades refuerzan las obligaciones de los Estados a proveer atención médica a esta población, en condiciones de equidad. El Principio de Salud Mental 8 (1) señala que los gobiernos deben proveerles a los individuos con discapacidades mentales una atención médica y social de acuerdo con sus necesidades y en conformidad con los mismos estándares recibidos por otras personas enfermas (Principios de Salud Mental, *supra*, principio 8 (1)). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, al interpretar este derecho, afirmó que los Estados tienen una “específica y continua obligación a moverse lo más expedita y efectivamente posible hacia la plena realización” del derecho a la salud. Es importante tener en cuenta que, los problemas económicos de Argentina no son una excusa válida para que el gobierno deje de otorgar servicios de salud mental para el sector menos privilegiados de la población. Por el contrario, la obligación de los Estados de proteger a los grupos más vulnerables no disminuye sino que adquiere aún mayor importancia durante los períodos de adversidad económica. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nº 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 22ª Ses., ONU Doc. E/C.12/2000/4 (2000), párr. 31.)

207 Convención Americana, *supra*, art. 5 (1).

208 Corte I.D.H., Caso Cesti Hurtado, Sentencia de 26 de enero de 1999 (Ser. C) No. 49, párr. 7 (6). En el caso de Víctor Rosario Congo, la Comisión estableció que un Estado viola el derecho de un detenido a su integridad física, mental y moral, cuando lo ubica en una celda de aislamiento y le niega la atención médica apropiada, situación que es particularmente seria cuando el detenido tiene una enfermedad mental. CIDH, Caso 11.427, Informe 63/99, Víctor Rosario Congo (Ecuador), párr. 67-68, en Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1998, OEA/Ser.L/V/II.102, doc. 6 rev. (1999) [en adelante, caso Congo].

condiciones que garantizaran una higiene apropiada. Los baños de los pabellones masculinos estaban inutilizables: los inodoros rebalsaban con excrementos, los pisos estaban inundados con orina, los depósitos de agua de los baños estaban rotos, y las duchas no funcionaban. El hedor de los baños hacía que la atmósfera fuese prácticamente irrespirable. A raíz de esto muchos de las personas internadas preferían usar las áreas verdes y los pasillos de las instalaciones para defecar y orinar. Como consecuencia, los jardines, patios y áreas cercanas a las instalaciones del hospital estaban cubiertos de pilas de heces humanas y apestaban a orina.²⁰⁹ En los días siguientes a esta visita, las organizaciones firmantes enviaron una carta al Ministro de Salud Interino de la provincia describiendo las atroces condiciones observadas y solicitando que se tomaran acciones urgentes para remediar los graves peligros para la salud que tales condiciones representaban.

Los investigadores regresaron al Hospital Diego Alcorta en septiembre de 2006 y encontraron que los baños habían sido remodelados y que las condiciones higiénicas de la institución habían mejorado. Sin embargo, el personal manifestó que la institución había sido limpiada en profundidad expresamente para la visita de los investigadores y que, bajo condiciones normales, las instalaciones “nunca” estaban tan limpias.²¹⁰ Se pudo comprobar que los jardines de la institución aún apestaban a excremento y orina.²¹¹

Durante las visitas realizadas a la Unidad 20, los investigadores observaron que ésta no garantizaba a los detenidos las mínimas condiciones esenciales necesarias para una higiene apropiada. En junio de 2004, los detenidos informaron que no habían tenido agua para lavarse o bañarse durante los últimos cinco días.²¹² Se constató la falta de agua caliente, jabón, toallas y accesorios de higiene personal. Se advirtió también una multitud de cucarachas arrastrándose por las paredes, por los marcos de las puertas y por las celdas de aislamiento y las celdas comunes.²¹³ En septiembre de 2006 los investigadores pudieron observar que se estaban realizando reformas y que las nuevas celdas comunes contarían con un baño; sin embargo, para entonces muchos de los detenidos seguían alojados en celdas colectivas sin baños y se mantenían las dificultades para tener acceso a elementos indispensables de higiene personal.²¹⁴

No proveer a los individuos privados de libertad condiciones higiénicas y saludables también viola el derecho a la salud y el derecho a un tratamiento humano.²¹⁵ Además de lo que prevén los

209 Observaciones de los investigadores en el Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del Estero (6 y 7 de diciembre de 2004).

210 Entrevista con el personal del Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del Estero (29 de septiembre de 2006).

211 Observaciones de los investigadores en el Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del Estero (29 de septiembre de 2006).

212 Entrevistas con personas detenidas en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

213 Observaciones de los investigadores en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

214 Observaciones de los investigadores en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de agosto de 2006).

215 Según la Comisión Europea de Derechos Humanos la detención de una persona con una discapacidad mental en “condiciones terribles sin darse consideración alguna a su tratamiento” puede constituir un tratamiento inhumano o degradante (Cf. Caso Congo, supra, párr. 66, n. 14, al citar a la Comisión Europea de Derechos Humanos, *Ashingdane vs. United Kingdom*, Aplicación No. 8225/78 (Ser. A) No. 93, 6 E.H.R.R. 50 (1984)) (traducción no oficial)). En agosto de 2004, la Comisión Interamericana halló que las condiciones antihigiénicas en la penitenciaría de la provincia de Mendoza, en Argentina, ponían en peligro la salud psicosocial de los detenidos. La Comisión

instrumentos internacionales de derechos humanos, la Constitución de Argentina establece que las prisiones deberán ser saludables y limpias, y mantenidas para la seguridad y no para el castigo de los detenidos.²¹⁶

3. Condiciones inseguras

La infraestructura de varios pabellones del Hospital Moyano se encontraba en un estado sumamente deteriorado en el momento de las visitas de los investigadores en 2004 y 2006. Las precarias condiciones físicas de las instalaciones presentaban un peligro para el personal y las mujeres detenidas en la instalación. Estas pésimas condiciones incluían: peligros de seguridad en las instalaciones de electricidad y de gas, fallas estructurales, ventanas quebradas y cables sueltos colgando de las paredes y techos.²¹⁷ Cuando los investigadores regresaron al hospital en enero de 2006, una enfermera de uno de los pabellones informó que había sido golpeada por un bloque de mampostería que cayó del techo. Ella señaló que desde ese incidente había sufrido ataques epilépticos y que no había podido regresar al trabajo.²¹⁸

De acuerdo con el informe de la Superintendencia de Bomberos de la Policía Federal, el cableado de los edificios del Hospital Moyano estuvo expuesto y las instalaciones carecían de suficientes extintores de incendios.²¹⁹ Según reportó el diario Clarín, “Los problemas de infraestructura en el hospital son de tal gravedad que el [ex] Asesor General Tutelar del Ministerio Público de la Ciudad de Buenos Aires, Roberto Cabiche, solicitó a Aníbal Ibarra [ex Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires], que clausure cuánto antes el hospital”.²²⁰ Como ya se señaló, a la fecha de cierre de este informe las obras aún no habían sido finalizadas.²²¹

otorgó medidas cautelares, en parte, debido a las condiciones antihigiénicas del confinamiento en la prisión. En sus recomendaciones al Estado argentino, la Comisión solicitó que el Estado garantice a los prisioneros un acceso a adecuadas condiciones de salud e higiene para prevenir un daño irreparable a sus vidas y a su seguridad personal. Estas medidas cautelares fueron luego ratificadas por la propia Corte Interamericana de Derechos Humanos que dictó medidas provisionales el 22 de noviembre de 2004, las que fueron reiteradas el 18 de junio de 2005 y el 30 de marzo de 2006. Las “medidas cautelares” y las “medidas provisionales” son instrumentos utilizados por el sistema interamericano de derechos humanos para responder a violaciones urgentes y graves de los derechos humanos que requieran de una atención inmediata para proteger a las personas contra un daño irreparable (CIDH, “Medidas cautelares acordadas o extendidas por la Comisión: Argentina, Internos –condenados y procesados— alojados en la Penitenciaría de la Provincia de Mendoza y sus dependencias”, en Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos 2004, OEA/Ser.L/V/II.122, doc. 5., rev. 1 (2005), cáp. III.C(1), párr. 11 [en adelante Medidas cautelares: Argentina] y Corte IDH, “Caso de las Penitenciarías de Mendoza”, Medidas provisionales, en http://www.corteidh.or.cr/serieepdf/penitenciariamendoza_se_01.pdf).

216 Constitución Nacional, supra, art. 18.

217 Observaciones de los investigadores en el Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (6 de junio de 2004).

218 Entrevista con Leonor Iribarne, enfermera del Pabellón Riglos, Hospital Moyano (23 de enero de 2006).

219 Diario Clarín, 7 de mayo de 2005, “Intervinieron el Moyano tras una polémica por falta de seguridad”.

220 Diario Clarín, 11 de mayo de 2005, “Cortaron el gas en otros 4 pabellones del Moyano”. El Dr. Cabiche se desempeñaba como jefe de los asesores tutelares de menores e incapaces de la ciudad de Buenos Aires. Ya no ejerce ese cargo.

221 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, supra (18 de julio de 2007).

También el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear (Hospital Alvear), de la ciudad de Buenos Aires, presenta condiciones inseguras.²²² En el 2007, la Cámara en lo Contencioso Administrativo de la Ciudad hizo lugar a un amparo presentado por la Asesoría Tutelar y condenó al Gobierno de la Ciudad a que refaccione el hospital, por presentar graves problemas edilicios, de seguridad y de atención a las personas internadas. El tribunal se amparó en el derecho a la salud consagrado por la Constitución y los distintos Pactos Internacionales, y sostuvo que no es posible excusar la lesión a derechos humanos alegando problemas presupuestarios.²²³

E. Falta de tratamiento de rehabilitación

En la mayoría de las instituciones visitadas, las personas institucionalizadas no reciben una rehabilitación significativa.²²⁴ El problema observado con mayor frecuencia en los hospitales Diego Alcorta, Borda, Moyano, Domingo Cabred y Estévez, es una inactividad generalizada. En estas instituciones, se observó que un importante número de personas se encontraban acostados sobre sus camas o en el piso, completamente ociosos.²²⁵

Las personas institucionalizadas no reciben ni la asistencia ni la atención que precisan para poder desarrollar las habilidades personales necesarias que les permitan volverse independientes y regresar a la comunidad. Al carecer de tal apoyo, las personas pierden los lazos con sus comunidades y, con el tiempo, se vuelven más dependientes de las instituciones. Como resultado, la institucionalización custodial disminuye la autonomía personal, contribuye a la cronificación de las enfermedades e incrementa las discapacidades, haciendo más difícil que estos individuos se puedan reintegrar a la comunidad.²²⁶

No proveer a las personas con discapacidades de servicios apropiados para asegurar su integración a la vida comunitaria e incrementar su independencia viola el derecho a la rehabilitación, consagrado en normas internacionales²²⁷ y argentinas. A nivel nacional, la ley 25.421 establece la

222 El Hospital Alvear es la única institución psiquiátrica en la Ciudad de Buenos Aires designada como hospital de emergencias psiquiátricas.

223 Disponible en <http://www.diariojudicial.com/nota.asp?IDNoticia=33214> (sentencia del 25 de junio de 2007).

224 Las Normas Uniformes afirman: “La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional” (cf. Normas Uniformes, supra, introducción, párr. 23).

225 En visitas realizadas a la Colonia Montes de Oca durante 2004 y 2005 también podía observarse una inactividad generalizada de las personas internadas. Sin embargo este aspecto había cambiado sustancialmente durante la visita que los investigadores realizaron en julio de 2007. Allí pudo observarse que la mayor parte de las personas internadas estaban involucrados en actividades y solo muy pocas de ellas estaban acostados sobre sus camas.

226 Véase, p.e., Erving Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (1961) [Asilos: Ensayos sobre la Situación Social de Pacientes Mentales y Otros Detenidos]; CÁRDENAS citado en Alfredo Kraut, *Los Derechos de los Pacientes*, Editorial Abeledo-Perrot, Argentina, (1997), pág. 361.

227 La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CDN), afirma que los niños con discapacidades

provisión de la atención en salud mental como parte de la atención primaria, afirmando que uno de sus fines es la rehabilitación y la reinserción social de las personas con discapacidades mentales.²²⁸ En el caso concreto de la Ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, la Constitución de la Ciudad garantiza el derecho a la rehabilitación como un componente del derecho a la salud,²²⁹ y la ley 448 establece el derecho a la rehabilitación junto con el derecho a la reinserción en la comunidad.²³⁰

F. Falta de tratamiento y derivaciones apropiados

Así como la hospitalización a largo plazo acentúa el deterioro y la cronicidad de la discapacidad mental, las prácticas de salud mental que sólo se orientan a la medicalización de la enfermedad suelen reforzar esta cronicación.²³¹ El PREA ha documentado que las medicaciones psicofarmacológicas, cuyo uso deberían ser considerado como parte de un plan de rehabilitación integral de un individuo, son en realidad utilizadas como “una herramienta de disciplinamiento

tienen el derecho a recibir un “cuidado especial”, abarcando el derecho a servicios de rehabilitación. (Convención sobre los Derechos del Niño, A.G. Res. 44/25, U.N. GAOR, 44ª Ses., Sup. No. 49, pág. 166, Doc. ONU A/44/25 (1989) [en adelante CDN], art. 23. Argentina ratificó a la CDN el 3 de enero de 1991 y con la reforma constitucional de 1994 le asignó jerarquía constitucional). De igual manera, la Convención Interamericana sobre la Discapacidad establece el derecho a recibir servicios de rehabilitación completos e inclusivos, tales como programas de intervención temprana, tratamiento, educación y entrenamiento laboral para “asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad” (Convención Interamericana sobre Discapacidad, supra, art. III (2) (b)). La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que los Estados Parte “adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias”, e “intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación”, para las personas con discapacidades. Estos servicios deberán asegurar que las personas con discapacidades “puedan lograr y mantener la máxima independencia vocacional y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, supra, art. 26). Otros estándares internacionales de derechos humanos prevén también el derecho a la rehabilitación. Así, por ejemplo, las Normas Uniformes afirman que los gobiernos “deben asegurar la prestación de servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad”. Los programas de rehabilitación deben estar diseñados para acomodarse a las necesidades individuales e incluir una gama de actividades, tales como entrenamiento en habilidades básicas, asesoramiento a las personas con discapacidades y sus familias, y entrenamiento para el desarrollo de la confianza de éstas en sí mismas. Las Normas Uniformes estipulan, también, que “las personas con discapacidad y sus familias deben estar en condiciones de participar en la concepción y organización de los servicios de rehabilitación que les conciernan”. (Normas Uniformes, supra, regla 3.) Por su parte, los Principios de Salud Mental determinan que las instituciones de salud mental deben “aplicar medidas apropiadas de rehabilitación” y aclara que “[t]ales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad” (Principios de Salud Mental, supra, principio 13 (2) (d)).

228 Ley 25.421, supra.

229 Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1996), art. 20.

230 Ley 448, supra, art. 3 (j). La ley 448 menciona que la rehabilitación y la reinserción social son dos de los objetivos principales de la ley, véase, p.e., arts. 10 (f) y 10 (g), 13 (a) y (c), y 15.

231 Equipo de Entrenamiento, Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (trabajo iniciado en abril de 1999) (manuscrito no publicado en el archivo del autor) [en adelante, Documento del PREA].

y control”.²³² Un ex-paciente describió su experiencia con la sobremedicación como medio de control, diciendo,

“Me daban 20 pastillas por día en la clínica para que quedara medio bobo, para que no moleste a nadie”.²³³

En la Unidad 20, un detenido informó que, como castigo por ofensas menores, se les inyectaban fuertes tranquilizantes que los dejaban inmovilizados por días. “Nos hacen pelota por la palabra”, informó.²³⁴ Los otros siete detenidos en su celda confirmaron sus dichos.

Aproximadamente la mitad de la población de la Unidad 20 era toxicómana en 2004.²³⁵ Estos individuos han sido hospitalizados en esta unidad presumiblemente para recibir tratamiento. El personal admitió, sin embargo, que no se les podía otorgar un tratamiento adecuado debido a que la unidad no poseía ni los recursos humanos, ni económicos, ni los servicios de rehabilitación necesarios para tratar las adicciones.²³⁶

Durante la visita de junio de 2005 a esta unidad, los investigadores revisaron las historias clínicas de los detenidos del pabellón. Cuarenta y seis de los 104 detenidos cuyos diagnósticos aparecían en el registro consultado, tenían un diagnóstico doble de adicción a las drogas y desorden de la personalidad. Otros ocho estaban diagnosticados con retraso mental moderado y adicción a las drogas. Estas 54 personas no habían sido diagnosticadas con ningún otro desorden psiquiátrico mayor y la Unidad 20 no provee los servicios necesarios para tratar su adicción.²³⁷ Durante la visita de agosto de 2006 el personal de la unidad confirmó que el número de personas alojadas con problemas de adicciones continuaba siendo elevado —hablaron de un 50 por ciento de las personas alojadas con este problema—. Algunos empleados confirmaron que la unidad no brindaba aún tratamiento específico a estas personas.²³⁸

El personal de la Unidad 20 advirtió, también, sobre una falta de seguimiento de las solicitudes de traslado para que los detenidos sean ubicados en otras instituciones. En el mencionado registro sobre diagnósticos constaba que más de la mitad de los detenidos (74 de 128) no deberían estar detenidos en la unidad. El personal indicó que 20 de los detenidos deberían estar en una prisión común, 19 deberían ser reubicados en centros de tratamiento de adicción a las drogas, y 35 en pabellones psiquiátricos no forenses. Sólo 61 de los 128 detenidos carecían de la recomendación de su traslado a otras instituciones.²³⁹ El personal informó que habían enviado varias peticiones de alta para estos detenidos al juez competente, pero que, en general, éstos no habían sido atendidos.

232 Ídem.

233 Entrevista con Hugo, miembro de la Radio “La Colifata”, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

234 Entrevistas con personas detenidas en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

235 Entrevistas con el personal de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004). Durante la visita de los investigadores del 10 de diciembre de 2004, 56 de las 146 personas detenidas en esta unidad estaban por problemas de drogadependencia.

236 Ídem.

237 Observaciones de los investigadores en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de junio de 2005).

238 Entrevistas con el personal de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de agosto de 2006).

239 Observaciones de los investigadores en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de junio de 2005).

En algunos casos, las razones de la ausencia de respuesta tenían que ver con la inexistencia de instancias a las que derivar a estas personas.²⁴⁰

De acuerdo con la ley argentina, el Poder Judicial de la Nación está obligado a verificar que las personas con discapacidades mentales reciban un tratamiento adecuado y que sus derechos fundamentales sean respetados. A nivel nacional, la Ley de Internación y Egresos en Establecimientos de Salud Mental, Ley 22.914,²⁴¹ garantiza el derecho a recibir un tratamiento médico apropiado.²⁴² Su artículo 10 establece que los jueces están obligados a verificar que el tratamiento sea apropiado y aplicado de manera efectiva.²⁴³ El artículo 12 requiere que el asesor de menores e incapaces verifique la evolución de la salud del detenido, el tratamiento médico provisto y las condiciones de atención.²⁴⁴

G. Sobrepoblación de las instituciones psiquiátricas

Durante las visitas a la Unidad 20, la unidad se encontraba severamente sobrepoblada. La Unidad 20 tiene una capacidad para albergar a 87 personas. Durante la visita en junio de 2004, el personal informó que 158 individuos se encontraban detenidos en la unidad, lo cual representaba una sobrepoblación de más del 75 por ciento.²⁴⁵ Para junio de 2005, la población de la unidad había descendido a 128 detenidos, principalmente debido a las altas de las personas con problemas de drogadependencia.²⁴⁶ Sin embargo, aún esto representaba una sobrepoblación de más del 40 por ciento de la capacidad. Para septiembre de 2006 la población había descendido a 114 personas,

240 Entrevistas con el personal de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de junio de 2005).

241 Ley de Internación y Egresos en Establecimientos de Salud Mental, Ley 22.914 (1983) [en adelante ley 22.914], art. 10.

242 La sanción de la ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, no supuso la derogación del régimen implementado por el decreto-ley 22.914, porque ambas normativas —la primera local, la segunda federal— no son contrapuestas, sino que se complementan, poseyendo sí la misma finalidad, aunque bien podrá afirmarse que al momento de la reglamentación de la ley local, aquélla perderá virtualidad jurídica, y caerá necesariamente en desuetud. La Ley de Salud Mental local posee un marco de acción mucho más amplio que el acotado decreto-ley 22.914, que se ve tan sólo circunscrito al régimen de internación, externación y visitas; a los casos de internación; funciones de los asesores tutelares; y la responsabilidad de los establecimientos asistenciales, entre otras cosas (Cf. Alfredo Kraut y Nicolás Diana: “La salud mental ante la ley en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. ¿Permanece como un problema de interpretación judicial?” Revista LexisNexis, 2004 – III, Fascículo 11. Bs As, 15/09/2004). El derecho internacional requiere también que el tratamiento médico y psiquiátrico sea adecuado para la condición de salud mental del individuo. Los Principios de Salud Mental establecen que las personas con discapacidades mentales deberán ser protegidas de cualquier forma de abuso, como la medicación abusiva e injustificada (Principios de Salud Mental, supra, principio 8 (2)). La medicación deberá ser provista únicamente con el fin de aliviar el sufrimiento psíquico y “sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros” (Ídem. principio 10). También determinan que “[l]as instituciones psiquiátricas dispondrán de los mismos recursos que cualquier otro establecimiento sanitario”, incluyendo: a) personal médico y de apoyo calificado y en cantidad suficiente, así como instalaciones adecuadas para otorgar a cada paciente privacidad y un programa de terapia apropiada y activo; b) diagnóstico y equipo terapéutico; c) atención profesional apropiada; y d) un tratamiento adecuado, regular y completo, el cual incluya la medicación. (Ídem. principio 14.)

243 Ley 22.914, art. 10.

244 Ídem. art. 12.

245 Entrevistas con el personal de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

246 Entrevistas con el personal de la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de junio de 2005).

lo que representa una sobrepoblación de más del 30 por ciento, pero en junio de 2007, el registro había subido de nuevo a 121 personas detenidas.²⁴⁷

Las celdas comunes de la Unidad 20 albergaban entre 7 y 12 detenidos, aunque en general sólo tienen 6 camas. Como resultado de esto, muchos de los detenidos se ven obligados a dormir en el piso, en colchonetas de goma espuma delgadas y sucias, uno al lado del otro, casi sin ningún espacio entre ellos para moverse. El comedor del pabellón 2, que sirve también como cuarto de actividades, alojaba a dos detenidos durmiendo en colchones sobre el piso.²⁴⁸ Aunque para 2006 descendió el número de detenidos aún podían observarse colchonetas en el suelo en varias de las celdas comunes.²⁴⁹

El Hospital Tobar García enfrenta, también, una sobrepoblación severa. El Dr. Roberto A. Yunes, Director del hospital, explicó que éste tiene un total de 64 camas divididas en tres pisos.²⁵⁰ Durante la visita de enero de 2006, el hospital estaba atendiendo aproximadamente a 150 niños y adolescentes. “Estamos muy por encima de nuestra capacidad”, afirmó el Dr. Yunes, “Ha habido una inmensa explosión numérica en los últimos años”.²⁵¹

Diversos reportajes periodísticos de julio de 2005, anunciaron una situación de sobrepoblación severa en el Hospital Alvear. Según los reportajes periodísticos, un funcionario encargado de defender los derechos de los menores e incapaces informó que durante cuatro visitas sorpresa al hospital, la situación de sobrepoblación era tan extrema que encontró a varias personas durmiendo en el piso de los pasillos.²⁵²

Las estadísticas provistas por el Ministerio de Salud de la Nación indican que el Hospital Moyano tiene capacidad para 1550 camas.²⁵³ En la visita de junio de 2004, el psiquiatra que acompañó a los investigadores durante la recorrida de las instalaciones afirmó que la institución tenía 1750 mujeres internadas.²⁵⁴ La sobrepoblación era obvia en cada uno de los pabellones visitados, con excepción del pabellón de emergencia y del hospital de noche. En los pabellones de “pacientes crónicos”, los amplios cuartos estaban atestados con hileras de camas, casi sin espacio para caminar entre ellas. Para el primer semestre de 2007, la cantidad promedio de personas internadas había disminuido a 993.²⁵⁵ Sin embargo las condiciones de hacinamiento se mantenían,

247 Información colectada durante una visita llevada a cabo por la Procuración Penitenciaria el 13 de junio de 2007.

248 Observaciones de los investigadores en la Unidad 20, ciudad de Buenos Aires (29 de agosto de 2006).

249 Ídem.

250 Entrevista con el Dr. Roberto A. Yunes, Director del Hospital Tobar García, ciudad de Buenos Aires (24 de enero de 2006).

251 Ídem.

252 Diario Clarín.com, 22 de julio de 2005, “Un hospital psiquiátrico con pacientes durmiendo en el piso. Encuentran graves deficiencias en la atención de urgencias en el Hospital Alvear”.

253 Registro con información respecto a la totalidad de camas psiquiátricas en Argentina, públicos y privados, provisto por el Ministerio de Salud en junio de 2005, en archivos de los investigadores.

254 Entrevista con un psiquiatra, Hospital Moyano, ciudad de Buenos Aires (6 de junio de 2004).

255 Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/1er_sem_2007/?menu_id=21300.

a pesar de que aproximadamente 200 mujeres internadas habían sido derivadas a clínicas privadas, debido a que no ha finalizado un plan de obras iniciado en 2005.²⁵⁶

De acuerdo con los estándares internacionales para las personas privadas de libertad, cada persona “dispondrá, en conformidad con los usos locales o nacionales, de una cama individual y de ropa de cama individual suficiente, mantenida convenientemente y mudada con regularidad a fin de asegurar su limpieza”.²⁵⁷ La sobrepoblación de la prisión es uno de los factores que contribuye a las violaciones de derechos humanos de los detenidos. Por ejemplo, puede acarrear serias consecuencias para la salud. La transmisión de enfermedades se incrementa entre personas viviendo tan atestadas, y la sobrepoblación y la carencia de privacidad asociada con ella agravan las discapacidades mentales.²⁵⁸

Varios factores contribuyen a la severa sobrepoblación en muchas de las instituciones psiquiátricas visitadas. Entre ellos, resaltan la ausencia de voluntad política para promover el cambio; reglas de admisión sumamente amplias y difusas; la falta de revisiones periódicas de las internaciones; y la inexistencia de servicios adecuados en la comunidad y de alternativas de alojamiento.

IV. Detención arbitraria en instituciones psiquiátricas

La internación psiquiátrica involuntaria constituye una grave privación de la libertad individual, al aislar a la persona de su familia y amigos, oportunidades laborales y demás aspectos de la vida en la comunidad. Por este motivo, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos protege a las personas contra la detención arbitraria o inadecuada en centros psiquiátricos.²⁵⁹ El artículo 7 de la Convención Americana defiende el derecho a “la libertad y seguridad personales”, y establece que “toda persona privada de libertad tiene derecho a recurrir ante un juez o tribunal competente...”.²⁶⁰ Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha establecido que los Principios de Salud Mental de la ONU deben utilizarse a modo de guía para interpretar los requerimientos de la Convención en cuanto a la protección del derecho a la libertad de las personas con discapacidades mentales.²⁶¹

256 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, supra (18 de julio de 2007).

257 Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, AG. Res. 663 C (XXIV), U.N. (1957) AG. y Res. 2076 (LXII), U.N. (1977), regla 19. La ONU ha aclarado que estos estándares se aplican a todos los individuos detenidos y no sólo a aquellos que se encuentran en prisión.

258 Informe del Relator Especial, supra, párr. 11.

259 Para un repaso general a las garantías establecidas por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos frente a la detención arbitraria en lo concerniente a la internación psiquiátrica, ver Eric Rosenthal & Clarence Sundram, supra, pág. 527.

260 Convención Americana, art. 7(6). Del mismo modo, el preámbulo a la Constitución Nacional Argentina estipula que el gobierno asegurará que los “beneficios de la libertad” alcancen a todos los ciudadanos. (Constitución Nacional, supra, preámbulo).

261 Caso Congo, supra. Con respecto al derecho a la libertad, la Convención Americana garantiza: el derecho a no ser sometido a detención o encarcelamiento arbitrarios (art. 7.3); el derecho “a ser juzgad[o] dentro de un plazo razonable o ser puesto en libertad mientras dure el proceso” (art. 7.5) por “un juez o tribunal competente” (art. 7.6); el derecho de defenderse personalmente o de ser asistido por un defensor (art. 8.2); el derecho de recurrir del

Los Principios de Salud Mental garantizan el derecho a la revisión judicial periódica de todas las internaciones psiquiátricas, e incluyen una gama de garantías procesales dentro de ese proceso, entre las que se encuentra el derecho a ser representado por un defensor. Además, establecen criterios que limitan las circunstancias bajo las cuales las personas pueden ser internadas de manera involuntaria. Según los Principios de Salud Mental, una persona, a la que le hayan diagnosticado una “enfermedad mental”, puede ser internada sólo si presenta un “riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros”.²⁶² También puede ser permisible la internación psiquiátrica coactiva, en algunas circunstancias, cuando sea necesaria para prevenir un “deterioro considerable” del estado mental del sujeto.²⁶³ La internación en estos casos es considerada aceptable únicamente cuando fuera imposible ofrecer tratamiento en la comunidad.²⁶⁴

La legislación argentina está aún muy lejos de cumplir con los requerimientos establecidos por los estándares internacionales.²⁶⁵ Las leyes nacionales permiten la internación de aquellos sujetos que pudieran “afectar la tranquilidad pública” y no establecen mecanismos que les garanticen una audiencia dentro de un periodo razonable, el derecho a ser representado por un defensor, ni el derecho a la revisión periódica de las decisiones acerca de su internación.²⁶⁶

En el 2005, la Corte Suprema de Justicia de la Nación pronunció un fallo histórico en cuanto a las internaciones psiquiátricas civiles en el caso de Ricardo Alberto Tufano.²⁶⁷ Mediante esta sentencia el Alto Tribunal exige que las internaciones psiquiátricas civiles cumplan con los estándares internacionales de derechos humanos en materia de derecho a la libertad. Si bien es cierto que se está desarrollando una marcada tendencia de parte de los jueces y del resto de los

fallo ante juez o tribunal superior (art. 8.2); y a disponer de un “recurso efectivo” ante la violación de sus derechos fundamentales (art. 25).

262 Principios de Salud Mental, *supra*, principio 16(1) (a).

263 Los Principios de Salud Mental también establecen como condición que la “capacidad de juicio [de la persona] esté afectada”, principio 16(1)(b).

264 Ídem. La nueva Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU determina que los Estados parte deben garantizar a las personas con discapacidades el “disfrut[e] del derecho a la libertad y la seguridad [personales...] en igualdad de condiciones con las demás”, sin permitir ninguna excepción a esta norma general. La Convención, además, establece que “la existencia de una discapacidad no justific[ca] en ningún caso una privación de la libertad” (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *supra*, art. 14(1)). El alcance de esta disposición dependerá en definitiva de la interpretación que se le dé al tratado. Sin embargo —dado que se requiere algo más que una discapacidad para justificar la internación— puede afirmarse que, según la Convención, la privación de la libertad con el único fin de proporcionar un tratamiento —es decir, basada en el “serio deterioro” de la condición de la persona— no estaría justificada.

265 Este informe solamente examina los estándares aplicables a la internación coactiva contemplados en el Código Civil argentino, así como las normas que rigen la internación coactiva en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Mientras el Código Civil se aplica a todo el país, cada provincia es libre de establecer sus propias normas de procedimiento, siempre y cuando cumplan con los estándares establecidos en la legislación federal.

266 Código Civil argentino, Título XIII, art. 482, párr. 2.

267 CSJN, “Tufano, Ricardo Alberto s/ internación”, sentencia del 27 de diciembre de 2005. En este caso, la Corte Suprema de Justicia de la Nación constató que en casos de hospitalización psiquiátrica involuntaria o coactiva, “es esencial el respeto al debido proceso en resguardo de los derechos fundamentales”. (Considerando 4º) La Corte afirmó que el cumplimiento de las garantías del debido proceso es aun más importante en los casos de hospitalización psiquiátrica involuntaria, dada la “vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y abandono” que a menudo padecen las personas internadas en contra de su voluntad. De este modo, la Corte Suprema estimó que era “esencial” que los jueces controlaran cuidadosamente los procedimientos en casos de este tipo (Considerando 4º).

operadores judiciales en la aplicación de la doctrina emanada del caso “Tufano”, esta aplicación no ha sido uniforme,²⁶⁸ y la gran mayoría de las personas hospitalizadas en instituciones psiquiátricas argentinas siguen siendo detenidas arbitrariamente.

A. Motivos para la internación excesivamente generales y poco definidos

En Argentina, los estándares legales establecidos en el Código Civil respecto a la internación psiquiátrica son extremadamente generales y ambiguos, y permiten la detención de personas en instituciones psiquiátricas bajo una gama amplia de circunstancias. El texto original del artículo 482 establece que “el demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros”.²⁶⁹ Si bien la condición del “dañarse a sí mismo o a otros” sí cumple con los estándares internacionales, el artículo 482 nunca llega a definir el término “demente”, que es extremadamente ambiguo y, por lo demás, altamente estigmatizante. Una reforma legal añadió a este artículo dos supuestos más —la posibilidad de internar a personas que pudieran “afectar la tranquilidad pública” o que tuvieran problemas de abuso de sustancias o de alcohol”— expandiendo los parámetros de quien puede estar internado bajo la ley.²⁷⁰ Por su parte, también el artículo 482 del Código Civil autoriza a un juez a internar a una persona en un centro psiquiátrico si entiende que “necesita asistencia”, sin que sea indispensable que dicho individuo se encuentre en riesgo de serio deterioro psiquiátrico, o que se hayan agotado todas las vías menos restrictivas antes de ordenar su detención.²⁷¹

Cuando la internación psiquiátrica no se limita estrictamente a casos de personas en peligro inminente de dañarse a sí mismas o a otras personas, como ocurre en Argentina, se corre el riesgo de cometer graves abusos. Es así que algunas personas podrían resultar internadas simplemente por serle así conveniente a vecinos o familiares, o debido al miedo irracional que las personas con discapacidades mentales generan en ciertos sectores de la población. De esta manera sería posible internar a personas cuya discapacidad mental no les impide ser capaces de vivir en la comunidad. Es más, la legislación argentina permite la internación psiquiátrica de personas que padecen algún tipo de problemas por abuso de sustancias o alcohol, a quienes no se les ha diagnosticado una

268 Ver, en este sentido, CSJN, “Hermosa, Luis Alberto s/ insania-proceso especial”, sentencia del 12 de junio de 2007.

269 Código Civil argentino, Título XIII, art. 482.

270 La ley 17.711 agregó dos párrafos al artículo 482 del Código Civil, que aluden a dos supuestos diferentes: la internación por orden policial (párr. 2) y por orden judicial (párr. 3). En el primero se dispone que: “Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse, previo dictamen del médico oficial” (art. 482, párr. 2). En el segundo párrafo se dispone que: “A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144, el juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aun evitarla, si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos” (art. 482, párr. 3).

271 Código Civil, art. 144.

enfermedad mental, aun cuando el centro de salud mental al que se las remita no ofrezca ningún tratamiento apropiado para dichos problemas.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación, en el caso “Tufano”, cita los Principios de Salud Mental estipulando que la internación coactiva se debe limitar a aquellos casos donde “exista un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros”.²⁷² Pese a estos antecedentes, puede afirmarse que en la práctica, se siguen aplicando las causales generales y poco definidas del Código Civil en las internaciones psiquiátricas.

B. Insuficientes garantías procesales

La legislación argentina contiene pocas disposiciones procesales para proteger los derechos de personas involucradas en procesos de internación coactiva.²⁷³ Esta legislación no garantiza el derecho a ser juzgado dentro de un plazo razonable, no concede el derecho a designar un defensor, y no ofrece un examen periódico por parte de un órgano de revisión de las internaciones involuntarias, tal y como lo requiere el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.²⁷⁴

1. Ausencia de una audiencia independiente dentro de un plazo razonable

El derecho internacional establece que las personas detenidas tienen derecho a ser juzgadas por un tribunal independiente e imparcial dentro de un plazo razonable.²⁷⁵ Sin embargo, el Código Civil argentino permite que una amplia gama de personas inicien procesos de internación por diversos motivos. La policía puede internar a una persona que padezca una enfermedad mental o sea alcohólica o toxicómana, siempre y cuando se dé cuenta de ello inmediatamente a un juez y la

272 Cf. Caso “Tufano”, supra. Ver también el comentario sobre este fallo en Alfredo Kraut, Hacia una transformación a favor de la legalidad de los pacientes mentales en Revista La Ley N°. 44, 2 de junio de 2006.

273 Ver excepciones descritas en capítulo VI, parte A de este informe.

274 Para un análisis en profundidad de lo que requiere el debido proceso en casos de internación psiquiátrica, ver Eric Rosenthal y Clarence Sundram, supra. Los Principios de Salud Mental especifican que toda internación coactiva debe ser ordenada por “un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional”. (Principios de Salud Mental, supra, principio 17(1).) La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha determinado que nadie puede ser “privado de su libertad excepto por razones, casos o circunstancias definidas expresamente por la ley (aspecto material) y además en estricta observación de los procesos descritos por esa ley (aspecto formal)” (Cf. Caso Gangaram Panday, Sentencia del 21 de junio de 1994, (Ser. C) No. 16, párr. 47). Según la Corte IDH, la detención puede ser considerada “arbitraria” incluso en casos en los que haya sido dispuesta en virtud de una ley existente, cuando sea impuesta de forma injustificada, desproporcionada o caprichosa, o cuando no se garantice el debido proceso. Personas que están sujetas a una internación psiquiátrica involuntaria deben tener el derecho a “apelar ante un tribunal superior” (principio 17(7)), a “designar a un defensor” (principio 18(1)), y el derecho a que cada caso sea examinado “periódicamente” [...] “a intervalos razonables” (principio 17(3)).

275 El artículo 7 de la Convención Americana garantiza el derecho de los detenidos a ser juzgados dentro de un plazo razonable. Los Principios de Salud Mental determinan que deberá establecerse, de acuerdo con la ley nacional, un órgano de revisión imparcial e independiente para examinar las internaciones y que este órgano debería ser asesorado por profesionales de la salud mental independientes (Principios de Salud Mental, supra, principio 17(1)). El examen inicial deberá llevarse a cabo “lo antes posible” después de que se decida internar o retener a un individuo en contra de su voluntad, cumpliendo con “procedimientos sencillos y expeditos establecidos por la legislación nacional”. (Ídem. principio 17(2)).

hospitalización esté basada en el dictamen del médico oficial.²⁷⁶ Un juez también puede ordenar la internación de un individuo en estas circunstancias en base a información sumaria, incluso sin que estas personas hayan sido declaradas dementes, alcohólicas o drogadictas. Familiares y vecinos incomodados²⁷⁷ pueden solicitar ante un juez la internación coactiva de un individuo.²⁷⁸

Sin embargo, el Código Civil no provee el derecho a ser juzgado dentro de un plazo razonable, ante un tribunal independiente e imparcial.²⁷⁹

La ley 22.914 —que sólo se aplica en la ciudad de Buenos Aires²⁸⁰— ofrece algunos resguardos adicionales al Código Civil. Esta ley requiere que el director del hospital proporcione su opinión médica, o bien confirme la opinión de otro establecimiento, dentro de las primeras 48 horas siguientes a una internación.²⁸¹ Y también establece que dicha internación deberá ser comunicada al Ministerio Público²⁸² dentro de las primeras 72 horas, en determinados supuestos,²⁸³ y en general cuando la internación supere los 20 días.²⁸⁴ No obstante, estos resguardos limitados no cumplen con las normas internacionales al no garantizar el derecho a una revisión independiente.

Si bien, la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, N° 448, contiene sólidas garantías que abogan por los derechos de las personas con discapacidades mentales y, sin embargo, no protege adecuadamente a las personas contra la detención arbitraria.²⁸⁵ El único requerimiento que, a modo de garantía, impone esta ley, es que toda internación involuntaria “debe ser certificada por dos profesionales, los que no pueden pertenecer a la misma institución”.²⁸⁶ La ley no exige que las internaciones sean revisadas por un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial.²⁸⁷

276 Código Civil, Título XIII, art. 482.

277 Código Civil, Título X, art. 144.

278 Ídem. El artículo 482, párrafo tercero, estipula que: “A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 [1ro. El esposo o esposa no separados personalmente o divorciados vincularmente; 2do. Los parientes del demente; 3ro. El Ministerio de Menores; 4to. El respectivo cónsul, si el demente fuese extranjero; 5to. Cualquier persona del pueblo, cuando el demente sea furioso, o incomode a sus vecinos] el juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos, que requieran asistencia en establecimientos adecuados [...]”.

279 Ídem.

280 Ley 22.914, art. 15.

281 Ley 22.914, art. 2(b)(1).

282 Ley 22.914, art. 12, inc. c).

283 Ley 22.914, art. 2(b)(2).

284 Ley 22.914, art. 2(b)(3).

285 Ley 448, supra. Con respecto a todas las internaciones psiquiátricas, la ley 448 requiere que un equipo interdisciplinario evalúe a los individuos internados dentro de las 24 horas posteriores a su internación, y verifique si se dan las condiciones para continuar su hospitalización (art. 22). En los siguientes 15 días, y posteriormente por lo menos una vez al año, requiere que el equipo de salud mental evalúe de nuevo al individuo para determinar si se sigue justificando la hospitalización.

286 Ídem. art. 31.

287 Principios de Salud Mental, supra, principio 17(1).

2. Falta de designación de un defensor

Las normas argentinas no garantizan de manera adecuada el derecho de las personas institucionalizadas a designar un defensor para que las representen en procedimientos de internación involuntaria. Según el Código Civil argentino, el juez debe designar un defensor especial cuya labor será, en la medida de lo posible, evitar la internación o, si ésta fuera necesaria, asegurar que no se prolongue más de lo necesario.²⁸⁸ Pero la ley no determina que el defensor especial necesariamente represente el interés del individuo, y tampoco garantiza el derecho del individuo a testificar o presentar pruebas en representación propia. Asimismo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la ley 448 no prevé que aquellas personas involucradas en procesos de internación involuntaria tengan derecho a designar un defensor para que las represente en calidad de personas institucionalizadas.

Según el Dr. Alejandro Molina, Defensor Público de Menores e Incapaces ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, en la práctica no existe verdadera representación legal para individuos internados en instituciones psiquiátricas. Sólo existe un defensor oficial ante la Cámara para todos los casos que se presenten y éste no está obligado a representar el punto de vista de la persona cuya internación está en juego.²⁸⁹ Por el contrario, este abogado produce “una síntesis adecuada” de los deseos del individuo y aquello que el abogado considera lo mejor para el individuo. El Dr. Molina explicó que los abogados de la Cámara procuran “obtener consenso” entre las partes, afirmando: “pensamos más en el bienestar del grupo, no en los derechos individuales”.²⁹⁰

Los Principios de Salud Mental establecen el derecho de un individuo 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”.²⁹¹ En caso de que el individuo careciera de medios para

288 Código Civil, Título XIII, art. 482.

289 Sin embargo, curadoras públicas entrevistadas informaron que una representación adecuada es prácticamente imposible ya que cada curador tiene a su cargo, aproximadamente, entre 800 y 1000 casos judiciales. (Entrevista con curadoras públicas, ciudad de Buenos Aires (12 de diciembre de 2006 y 19 de julio de 2007). De acuerdo con el Informe Anual 2005 de la Defensoría General de la Nación existen 7 Defensorías Públicas de Menores e Incapaces que intervienen ante 216 Juzgados Nacionales de Primera Instancia de los fueros en: lo Civil (110 juzgados); lo Comercial (26 juzgados); y lo Laboral (80 juzgados) con asiento en la Capital Federal. Hay una Defensoría Pública de Menores e Incapaces de Segunda Instancia (con injerencia ante la Cámara), que interviene ante 28 Salas de Cámara Nacional de Apelaciones: 13 en lo Civil; 5 en lo Comercial; y 10 en lo Laboral. El número de defensorías es sumamente limitado teniendo en cuenta el número de casos que deben asistir y la diversidad de fueros ante los que deben actuar. Ello permite deducir la imposibilidad de especialización y dedicación exclusiva a una problemática como la de salud mental. El Dr. Eduardo Madar, Director General de Tutores y Curadores Públicos de la Defensoría General de la Nación, confirmó estos datos, dijo que pese a que la situación continuaba siendo delicada, se habían realizado algunos avances. El equipo técnico se había prácticamente duplicado en número de profesionales y se habían realizado acciones tendientes a transparentar el modo de trabajo de la oficina. (Entrevista con el Dr. Eduardo Madar, Director General de Tutores y Curadores Públicos de la Defensoría General de la Nación (16 de agosto de 2007)).

290 Entrevista con el Dr. Alejandro Molina, Defensor Público de Menores e Incapaces ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, ciudad de Buenos Aires (2 de junio de 2004).

291 Ídem. principio 18(1).

costear su propio defensor, el Estado le proporcionará uno.²⁹² El individuo, su representante y su defensor tienen derecho a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella.²⁹³

La Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina determinó en el caso “Tufano” que los Principios de Salud Mental proveen derechos básicos y garantías procesales a personas “presuntamente afectadas por trastornos mentales”, e incluyen el derecho a “la designación de un defensor [...] y la obtención de un dictamen independiente sobre la posible enfermedad mental”.²⁹⁴ La Corte Suprema también estimó que se habían violado garantías procesales fundamentales en aquellos casos donde no se concedió inmediatamente una audiencia con representación personal o de otro tipo.²⁹⁵

3. Inexistencia de revisiones periódicas independientes de las internaciones

Los síntomas que presentan las personas con problemas psiquiátricos pueden sufrir enormes variaciones a lo largo de una vida. Por ello es fundamental llevar a cabo revisiones sistemáticas y periódicas, a cargo de órganos de supervisión independientes, para proteger el derecho a la libertad y asegurar que las personas no permanezcan detenidas cuando no constituyan un peligro inminente para sí mismos o para terceros.²⁹⁶

Sin embargo, la legislación argentina no contempla el examen periódico, por parte de un órgano de revisión independiente e imparcial, de las decisiones sobre internaciones involuntarias. En la ciudad de Buenos Aires, la ley 22.914 establece que tanto jueces²⁹⁷ como asesores de personas discapacitadas o menores de edad deben verificar la evolución de la salud del paciente, el régimen de atención, el estado del entorno en el que vive, y la atención personal y médica que recibe.²⁹⁸ Pero la ley 22.914 ni la ley 448 contienen disposiciones que garanticen expresamente el derecho al examen periódico de las internaciones por parte de un órgano de revisión independiente e imparcial.²⁹⁹

En todas las instalaciones que se visitaron en el marco de la investigación, tanto los trabajadores como las personas internadas denunciaron que no se llevaban a cabo revisiones

292 Ídem.

293 Ídem. principio 18(5).

294 Caso “Tufano”, supra.

295 Ídem. haciendo referencia a, Corte Europea de Derechos Humanos, “Winterwerp v. The Netherlands”, Serie A, N° 33, 1979.

296 En su informe sobre Salud Mental y el Derecho a la Salud, el Relator Especial sobre el Derecho a la Salud de la ONU Paul Hunt recomienda enfáticamente que: “las personas con discapacidades mentales, u otras personas apropiadas, deberán poder recurrir a un órgano de revisión independiente encargado de examinar periódicamente los casos de admisión y tratamiento involuntarios”, el cual deberá tener la facultad de revocar una internación involuntaria en caso de que juzgue “inapropiado o innecesario” continuar con la internación (Informe del Relator Especial, supra, párr. 71).

297 Ley 22.914, supra, art. 10.

298 Ídem. art. 12.

299 Para un análisis de las consecuencias de la ausencia de revisión periódica de las internaciones psiquiátricas, ver, Diario Página 12, 7 de agosto de 2006, “La justicia había ordenado su libertad, pero seguían presos por años”.

periódicas de las internaciones coactivas. En la Unidad 20 el personal y las personas detenidas informaron que no se contaba con un sistema de revisiones periódicas de las detenciones y que los jueces asignados a los casos de las personas internadas en la unidad “casi nunca vienen a visitarlos, y no preguntan por sus casos”.³⁰⁰ Añadieron que aun en los pocos casos en que algún juez sí visita a personas internadas, estas visitas son esporádicas.³⁰¹ El Dr. Molina, Defensor Público de Menores e Incapaces, informó —refiriéndose al Hospital Tobar García— que “los jueces acuden con muy poca frecuencia; quizá una vez al año”.³⁰² Los empleados del Hospital Diego Alcorta también afirmaron que en este nosocomio tampoco se llevaban a cabo revisiones periódicas de las internaciones.³⁰³ Para advertir la gravedad de la situación es importante tomar en consideración que cada curador oficial tiene a su cargo aproximadamente 1000 casos judiciales, lo que permite deducir la imposibilidad de especialización y dedicación a una problemática como la de salud mental.³⁰⁴ Es importante destacar que las visitas mencionadas, incluso si fueran regulares, no cumplen con los requisitos de revisión periódica independiente e imparcial.

V. Insuficiente supervisión y monitoreo de los derechos humanos de las personas institucionalizadas

La supervisión y el monitoreo de los derechos humanos es indispensable para asegurar la protección de los derechos de las personas detenidas en las instituciones. Es claro que las personas detenidas en las instituciones psiquiátricas y en otras instituciones cerradas se encuentran particularmente vulnerables a sufrir abusos de sus derechos humanos.³⁰⁵ Los individuos detenidos a largo plazo en las instituciones dependen de éstas para satisfacer sus necesidades básicas: comida, vestimenta, protección del daño y cuidado médico. Estas instituciones controlan el acceso a la comunicación y el contacto de los individuos con el mundo exterior. Esta dinámica hace difícil que las personas detenidas puedan denunciar abusos. Ello debido a los problemas que rodean a la posibilidad de comunicarse libremente, porque pueden temer represalias por contar lo que ocurre o, simplemente, porque no existen mecanismos establecidos mediante los cuales pueden denunciar tales abusos. Cuando los individuos diagnosticados con una enfermedad mental o aquellos con discapacidades intelectuales denuncian lo que ocurre, generalmente son tratados como si carecieran de credibilidad, como si estuvieran delirando, no tuvieran contacto con la realidad, o como si

300 Ídem.

301 Ídem.

302 Entrevista con el Dr. Alejandro Molina, Defensor Público de Menores e Incapaces ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, ciudad de Buenos Aires (2 de junio de 2004).

303 Entrevista con el Dr. Abraham Stoliar, ex Director Interino, Hospital Diego Alcorta, provincia de Santiago del Estero (6 de diciembre de 2004).

304 Entrevistas con curadoras públicas, ciudad de Buenos Aires (12 de diciembre de 2006 y 19 de julio de 2007). Entrevista con el Dr. Eduardo Madar, Director General de Tutores y Curadores Públicos de la Defensoría General de la Nación (16 de agosto de 2007).

305 Véase, p.e., Informe del Relator Especial, supra, Véase también, Mental Disability Rights International, *Derechos Humanos y Salud Mental: Uruguay* (1995); MDRI, *Human Rights & Mental Health: Hungary* (1997); MDRI, *Children in Russia's Institutions: Human Rights and Opportunities for Reform* (1999); MDRI, *Derechos Humanos y Salud Mental: México* (2000); MDRI, *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo* (2002); MDRI y APRODEH, *Derechos Humanos y Salud Mental en el Perú* (2004); MDRI, *Behind Closed Doors: Human Rights Abuses in the Psychiatric Facilities, Orphanages and Rehabilitation Centers of Turkey* (2005).

estuvieran inventándolo. Por ende, tal y como se documenta en este informe, los abusos a los derechos humanos continúan sin ser documentados ni atendidos durante años.

En Argentina, en general, las diferentes instancias estatales no prevén suficiente supervisión ni monitoreo de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales internadas en instituciones psiquiátricas. En principio los individuos podrían dirigir denuncias sobre las violaciones a sus derechos a las autoridades correspondientes.³⁰⁶ Sin embargo, por las razones arriba referidas, es raro y dificultoso que puedan realizarse estas denuncias efectivamente.

En la ciudad de Buenos Aires, de acuerdo con la ley 22.914, los jueces y los asesores de menores e incapaces asignados a los casos de las personas institucionalizadas están obligados a supervisar y monitorear las condiciones y el tratamiento ofrecidos en las instituciones de salud mental.³⁰⁷ A pesar de que estos procedimientos de supervisión y monitoreo han sido establecidos legalmente, el personal y las personas internadas informaron que, o bien no se cumplen (tal y como informó el personal de la Unidad 20), o no producen un cambio notorio en las condiciones y el tratamiento que los individuos institucionalizados reciben.

Han habido casos en los cuales el monitoreo parece haber sido efectivo. En 2005, cuatro visitas no anunciadas a un hospital por parte de funcionarios de la ciudad de Buenos Aires, motivaron una acción judicial.³⁰⁸ Durante estas visitas, un asesor tutelar de la ciudad encontró que este nosocomio estaba tan sobrepoblado que las personas internadas debían dormir en el piso de los pasillos.³⁰⁹ La necesidad de una mayor supervisión y monitoreo de las condiciones en las instalaciones psiquiátricas se pone de manifiesto en el comentario de un funcionario a la prensa: “El sistema público de salud mental en Buenos Aires está en estado de abandono”.³¹⁰ También durante 2005 la Comisión de Cárceles de la Defensoría General de la Nación y la Procuración Penitenciaria de la Nación elaboraron y elevaron a las autoridades responsables informes de situación y acciones

306 Quienes pueden recibir denuncias son, por ejemplo el juez competente, el defensor del pueblo, el ombudsman municipal, la secretaría de derechos humanos, y los organismos no gubernamentales de derechos humanos, Cf. Alfredo Kraut, *Los Derechos de los Pacientes*, Editorial Abeledo-Perrot, Argentina, (1997), pág. 367.

307 Ley 22.914, supra. De acuerdo con el artículo 10, los jueces están obligados a inspeccionar las instalaciones de hospitalización y a verificar las condiciones de alojamiento, de atención personal y médica ofrecida. El artículo 12 establece que, cada seis meses, los asesores de menores e incapaces deben verificar la evolución de la salud del paciente, las condiciones de alojamiento y la atención personal y médica ofrecidas. Los asesores deben luego informar al juez asignado al caso de sus hallazgos.

308 El 25 de junio de 2007 la Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la ciudad de Buenos Aires confirmó el fallo de primera instancia, que fuera dictado como consecuencia del amparo colectivo a favor de todas las personas internadas en el Hospital Alvear, interpuesto por el Ministerio Público Tutelar. La Cámara de Apelaciones condenó al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por violación de los derechos a la integridad física, a la salud mental, a la intimidad y a la dignidad, ordenándole realizar las obras necesarias para garantizar la seguridad de las personas internadas, designar personal suficiente para el adecuado funcionamiento del hospital, y asegurar que cada persona que requiera internación sea alojada en condiciones adecuadas para la eficacia del tratamiento, su contención y atención en los aspectos médico, psicológico y social (ver CCAyT, Sala I, “Asesoría Tutelar Contencioso Administrativo y Tributario c/ GCBA s/ amparo - Exp.17.091/0”, sentencia del 25 de junio de 2007).

309 *Diario Clarín.com*, 22 de julio de 2005, “Un hospital psiquiátrico con pacientes durmiendo en el piso. Encuentran graves deficiencias en la atención de urgencias en el Hospital Alvear”.

310 Ídem.

judiciales denunciando las graves condiciones de alojamiento de las personas que se encontraban detenidas en la Unidad 20.³¹¹

Los estándares internacionales de derechos humanos obligan a que los Estados garanticen la seguridad y el bienestar de los individuos detenidos.³¹² La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad requiere que los Estados parte prevengan todas las formas de “explotación, violencia y abuso” asegurando el monitoreo efectivo de todas las instituciones y programas que provean servicios a las personas con discapacidades, mediante autoridades independientes.³¹³ De igual manera los Principios de Salud Mental establecen la necesidad de establecer mecanismos para “inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes”.³¹⁴

Según la Comisión Interamericana, los Estados deben comprometer a sus instituciones dedicadas a la defensa de los derechos humanos a monitorear que se cumplan los derechos de las personas con discapacidades mentales en las instituciones.³¹⁵ La Comisión recomienda a todos los Estados que “apoy[en] la creación de organismos que supervisen el cumplimiento con las normas de derechos humanos en todas las instituciones y servicios de atención psiquiátrica”.³¹⁶ Tales órganos deben incluir a los usuarios, sus familiares, los representantes de los usuarios y los trabajadores de la salud mental.³¹⁷

De acuerdo con el Relator Especial sobre el Derecho a la Salud, debido a que la “extrema vulnerabilidad de algunas” personas con discapacidades mentales es crítica, “la disponibilidad de mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas que sean eficaces, transparentes y accesibles reviste una importancia capital”.³¹⁸ El incremento del monitoreo, de la asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas de los funcionarios en los hospitales a nivel internacional y nacional es “[u]na de las medidas más urgentes que deberán adoptar muchos Estados para facilitar la realización efectiva del derecho a la salud de las personas con discapacidad mental”.³¹⁹

311 Durante 2005 y 2006 la Procuración Penitenciaria de la Nación efectuó presentaciones judiciales en calidad de amigo del tribunal (*amicus curiae*) ante cada uno de los jueces que se encontraban a cargo de las personas alojadas en la Unidad N° 20 en condiciones de recibir el alta médica. Requirió re-examinar las condiciones de salud, externaciones y, en su caso, la continuidad de los tratamientos en los establecimientos de salud no carcelarios. (Cf. Informe Anual 2005 - 2006 de la Procuración Penitenciaria al Congreso de la Nación). En junio de 2007 la Procuración Penitenciaria interpuso un *habeas corpus* correctivo luego de recibir una carta anónima de familiares denunciando malos tratos a las personas institucionalizadas en esa misma.

312 Convención Americana, *supra*, art. 1.

313 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *supra*, art. 16 (3).

314 Principios de Salud Mental, *supra*, principio 22.

315 Recomendación de la CIDH, *supra*, párr. 5.

316 Ídem. párr. 7.

317 Ídem.

318 Informe del Relator Especial, *supra*, párr. 67.

319 Ídem. párr. 68.

VI. La reforma de salud mental

A. Iniciativas prometedoras de reforma del sistema de salud mental

1. Ámbito Nacional

En febrero de 2006, se creó la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos.³²⁰ La Mesa se constituyó con los objetivos de promover una política pública en salud mental que incluya la perspectiva de derechos humanos e impulsar transformaciones institucionales para la aplicación de buenas prácticas en salud mental. Se propone desarrollar estrategias de difusión sobre salud mental y derechos humanos a nivel nacional, haciendo hincapié en los temas de estigmatización y discriminación de las personas con padecimiento mental. También pretende impulsar la formulación de diagnósticos de la situación de los derechos humanos y la salud mental en todo el país.

En este marco se han desarrollado coloquios regionales en distintas zonas del país con el fin de promover el fortalecimiento de las organizaciones locales y fomentar la conformación de mesas regionales. De acuerdo con las experiencias adquiridas a partir de la participación directa en las actividades organizadas por la Mesa, puede afirmarse que más allá de lo incipiente del proyecto y de la falta de un sustento normativo que le permita adquirir solidez institucional,³²¹ lo cierto es que esta iniciativa ha despertado apoyo y esperanza para lograr una reforma integral en el sistema de salud mental hacia el futuro. Además, ha aportado un espacio de incidencia a las voces no estatales dedicadas a estos temas.

2. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En 1994, la ciudad de Buenos Aires obtuvo su autonomía a través de una reforma de la Constitución Nacional. Desde entonces, la ciudad ha promulgado varias disposiciones legales valiosas que poseen un lenguaje a favor de iniciativas de reforma de la salud mental. La Constitución de la ciudad de 1996 establece la base para la reforma del sistema de salud mental, determinando que las políticas de salud mental no deben ser instituidas con la finalidad de control social o castigo para las personas, sino que deben dirigirse hacia la desinstitucionalización progresiva y la creación de una red de servicios de protección social.³²² El artículo 48 de la Ley Básica de Salud N° 153, promulgada en 1999, establece que la atención a la salud mental debe evitar instituciones

320 La Mesa es una iniciativa de la Dirección de Asistencia Directa a Personas y Grupos Vulnerables de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, y de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación. En esta Mesa participan representantes de los organismos nombrados, junto a directores de hospitales y funcionarios provinciales y locales de la salud mental y los derechos humanos. También participan asociaciones de familiares, usuarios y voluntarios, organizaciones no gubernamentales, y la Oficina de Salud Mental para Sudamérica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

321 Esto se ve reflejado en la no obligatoriedad de la asistencia y compromiso por parte de las autoridades estatales de las distintas jurisdicciones a la participación en las actividades de la Mesa.

322 Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, *supra*, art. 21, párr. 12.

segregadoras y trabajar para lograr una desinstitucionalización progresiva.³²³ La ley requiere que la ciudad implemente modelos alternativos de atención orientados a conseguir la integración social, tales como hogares de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.³²⁴

En el año 2000, la ciudad aprobó la ley 448, que reconoce los derechos y protecciones para las personas que reciben tratamiento en el sistema de salud mental.³²⁵ Esta ley hace eco de varios de los estándares internacionales de derechos humanos, incluyendo: el derecho al respeto de la dignidad de la persona; el derecho al consentimiento informado;³²⁶ el derecho a una atención personalizada; y el derecho a la rehabilitación e integración en la comunidad.³²⁷ También establece que debe procurarse que el tratamiento sea otorgado de manera ambulatoria. Asimismo, la ley determina que “son derechos de todas las personas en su relación con el Sistema de Salud Mental los establecidos por la Constitución Nacional, la Convención de los Derechos del Niño y demás tratados internacionales, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, y la ley 153 en su artículo 4”.³²⁸ La ley 448 también prevé que se debe crear un Consejo General de Salud Mental, encargado de “a) la formulación de políticas, programas y actividades de salud mental; b) la evaluación y seguimiento del Plan de Salud Mental; c) los aspectos vinculados a cuestiones éticas; d) los lineamientos generales de políticas en articulación con el Consejo General de Salud”.³²⁹

Desafortunadamente, aunque la ley 448 es un importante paso adelante en la reforma del sistema de salud mental, aún no ha sido implementada de manera integral. La ley 448 dispone que la atención en salud mental debe ser suministrada por equipos interdisciplinarios, erradicando cualquier estatus jerárquico entre las profesiones de la salud mental. Sin embargo existen grupos de profesionales que se oponen a la ley 448.³³⁰

En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires en 2006 se creó el Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS).³³¹ Los dispositivos establecidos a partir de PREASIS apuntan a una salida planificada, que busca estimular la autonomía y la reintegración en

323 Ley 153, supra, art. 48 (c) (2).

324 Ídem. art. 48 (c) (3).

325 Ley 448, supra.

326 El consentimiento informado es un consentimiento obtenido libremente, sin amenazas ni imposiciones, después de habersele revelado al paciente las características y naturaleza del tratamiento que recibirá en una forma adecuada y comprensible y en un lenguaje que él entienda (Principios de Salud Mental, supra, principio 11 (11)).

327 Ley 448, supra, art. 3.

328 Ídem.

329 Ídem, art. 7.

330 La Asociación Gremial de Psiquiatras de la Capital Federal, la Asociación Argentina de Psiquiatras, la Confederación Médica de la República Argentina y la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires promovieron una demanda de inconstitucionalidad de la Ley de Salud Mental. El Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de Buenos Aires declaró inadmisibile esta acción de inconstitucionalidad. Véase CELS: Derechos Humanos en Argentina. Informe 2007. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, págs. 342-343. Asimismo diferentes actores del campo de la salud mental con los que los investigadores pudieron entrevistarse expresaron que existe una poderosa oposición de los gremios como un importante obstáculo a la reforma del sistema de salud mental.

331 Ley 448, supra, Capítulo III, Sistema de Salud Mental, Artículo 15 [Rehabilitación y reinserción]: “La personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente, serán albergadas en establecimientos que al efecto dispondrá el área de Promoción Social”.

la comunidad de las personas externadas de las instituciones psiquiátricas.³³² Al momento de cierre de este informe el programa había implementado dos casas de convivencia para mujeres. Ambas casas tienen capacidad para que se alojen ocho personas. Asimismo, el programa tiene prevista la creación de una tercera casa para varones.

3. La provincia de Buenos Aires

En la provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud está involucrado en el PREA. Esta iniciativa, fundada en 1999, se basa en la determinación que los individuos hospitalizados sufren principalmente de dos problemas: “el deterioro que la institucionalización produce, con la consecuente pérdida de autonomía, habilidades y capacidades, y el abandono socio-familiar”.³³³ Para superar estos problemas, el programa busca la reintegración comunitaria de los individuos hospitalizados a través de la promoción de redes sociales que deberían funcionar como un apoyo al proceso de reinserción comunitaria.

El PREA ha establecido un sistema de apoyos para las personas que son dadas de alta del hospital, incluyendo apoyo financiero para alquilar una vivienda y para los gastos asociados con ésta, y la ayuda a los participantes del programa a encontrar un trabajo. Antes de ser dados de alta, el PREA trabaja con aquellas personas que están en el programa ayudándoles a recuperar las habilidades que necesitan para vivir independientemente.

Durante la visita al Hospital Estévez, una mujer internada que estaba involucrada en el programa afirmó que estaba reaprendiendo las habilidades que años de hospitalización habían borrado,

“[el personal del programa] se pasa un año o más enseñándote cómo manejar el dinero y vivir afuera [del hospital]”, afirmó.³³⁴

En junio de 2004, la Coordinadora del PREA, la Dra. Patricia Esmerado, dijo que había 45 mujeres, todas del Hospital Estévez, viviendo solas en casas en la comunidad como parte del programa, y que estaban trabajando para incorporar a más mujeres en el programa.³³⁵ Para octubre de 2006 el número de personas externadas, residiendo en casas de convivencia, se había elevado a 50.³³⁶

El Hospital Cabred tenía previsto realizar, al momento de cierre de este informe, las Primeras Jornadas Nacionales e Internacionales: Salud Mental y Derechos Humanos. Experiencias de reforma para la inclusión. Allí se incluyeron como ejes de trabajo: la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, la agenda de las políticas públicas, las problemáticas judiciales, las experiencias de reforma, y la incorporación de los actores sociales directamente afectados

332 Ídem.

333 Documento del PREA, supra.

334 Entrevista con una mujer institucionalizada en el Hospital José Estévez, provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004).

335 Entrevista con la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta del Hospital José Estévez, provincia de Buenos Aires (1 de junio de 2004).

336 Entrevista con profesionales integrantes del PREA (20 de octubre de 2006).

por las políticas en su planificación y implementación. Este encuentro tuvo como antecedente el Precoloquio en Salud Mental que se llevó a cabo en mayo de 2007, en el que se debatió muchos de los mismos temas en su relación a la reforma en sistema de salud mental.

Adicionalmente, el Intendente de la localidad de Morón, Martín Sabbatella y el ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, Claudio Mate, firmaron un convenio que se plasmará en el proyecto “Casa de Convivencia”. Se trata de un espacio que busca integrar a las personas externadas de las instituciones psiquiátricas a la vida en la comunidad, evitar las internaciones prolongadas y fomentar la autonomía de las personas externadas.³³⁷

Tanto la Jornada, como el Precoloquio y el convenio de coordinación operativa entre el Municipio de Morón y el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires son parte de un programa terapéutico que incluye acuerdos entre el Hospital Cabred y otros municipios.³³⁸ Este programa se propone facilitar la inclusión social de las personas institucionalizadas a partir de la creación de casas de externación, subsidios, atención a la salud mental en centros de salud descentralizados y articulación del trabajo con los tribunales de familia.³³⁹

4. La provincia de Río Negro³⁴⁰

La provincia de Río Negro, al norte de la Patagonia, ofrece otro modelo positivo de atención en la comunidad para las personas con discapacidades mentales.³⁴¹ En 1991, la provincia aprobó la ley 2.440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”, que establece la ilegalidad de los hospitales mentales públicos y define la estructura a seguir para la reinserción social de las personas con enfermedades mentales.³⁴²

Actualmente, la provincia ofrece servicios de salud mental en 33 hospitales generales, 178 centros de salud, seis hogares de medio camino y seis empresas sociales o microemprendimientos sociales para reinsertar socialmente a las personas externadas. Estos servicios atienden a la población de Río Negro, de poco más de medio millón de personas.³⁴³

Los servicios de salud mental en la ciudad de El Bolsón ilustran el modelo de Río Negro. El psiquiatra en jefe de El Bolsón participó del movimiento que llevó a la promulgación de la ley

337 Disponible en <http://www.moron.gov.ar/detalle.php?action=fullnews&id=1172>, 7 de mayo de 2007.

338 Estos municipios son: Moreno, Morón, La Matanza, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Luján, Pilar y San Isidro.

339 Diario Página 12, 1 de julio de 2007 “Pacientes externados”. Entrevista con el Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred, Open Door, provincia de Buenos Aires (18 de julio de 2007).

340 Para elaborar esta sección del informe, se contó con la colaboración de Victoria de Menil, candidata a una Maestría en Salud Pública de la Universidad de Harvard.

341 El Banco Mundial reconoció el innovador enfoque de El Bolsón para la atención en salud mental, otorgando a sus servicios de salud mental un premio en la Feria de Desarrollo del Banco Mundial de 2005.

342 Ley 2440. Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental Disponible en http://www.legisrn.gov.ar/detallado_ley.php?ejecutar=DOCU.SECU%3D7548&tablas=leddocu+as+DOCU.

343 Entrevista con la Dra. Ana Lía Broide, Jefa de Psiquiatría de El Bolsón, provincia de Río Negro (25 de julio de 2005).

2.440, y ha trabajado para implementar sus reformas desde ese entonces.³⁴⁴ En 2005 los servicios de salud mental de El Bolsón estaban conformados por un equipo de cinco psicólogos, cinco trabajadores de salud mental y un psiquiatra. El equipo trabajaba de manera interdisciplinaria con las familias, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, policías, abogados y empresarios con el objetivo de reintegrar a los usuarios de los servicios de salud mental a la comunidad. La tercera parte de las sesiones de terapia con los profesionales involucraba, al menos, a algún otro miembro de la familia. Además de la terapia tradicional, el equipo ofrecía talleres artísticos y oportunidades laborales de medio tiempo en una cafetería y un servicio de preparación de comidas para banquetes y fiestas. Los trabajadores de la salud mental desempeñaban un rol crucial para ayudar a los usuarios a lograr la transición entre el hospital y la comunidad, llevando a cabo, frecuentemente, visitas a sus hogares o acompañándolos con sus tareas cotidianas.

Si bien Río Negro ofrece un modelo bastante alentador de reforma de la salud mental, no carece de problemas propios. Un estudio independiente llevado a cabo sobre los servicios de salud mental en la provincia concluye que se necesita un mayor financiamiento para que la ley 2.440 se pueda cumplir plenamente.³⁴⁵ Es preciso una mayor inversión, en particular para la provisión de alternativas de alojamiento para los individuos con enfermedades mentales crónicas que no tienen familiares que se hagan cargo.³⁴⁶ El estudio también encontró que los usuarios de los servicios de salud mental no han sido adecuadamente involucrados en la toma de decisiones concernientes a los servicios ofrecidos.³⁴⁷

5. La provincia de San Luis

El “Hospital Escuela de Salud Mental” (Hospital Escuela) en la provincia de San Luis, puede ser otro modelo prometedor de desinstitutionalización. Desde 1993, el hospital psiquiátrico de San Luis ha sido sometido a una gran reforma, principalmente bajo la dirección del Dr. Jorge Luis Pellegrini. El hospital ha sido transformado de una institución cerrada con más de 100 personas internadas a largo plazo, a una clínica con 10 camas para el cuidado de casos agudos. El Dr. Pellegrini afirmó que el promedio de la estadía oscila entre los tres y los siete días.³⁴⁸ Actualmente el hospital funciona más como una clínica comunitaria que como un hospital de internación psiquiátrica. Además de atención en salud mental, ofrece servicios de salud general, incluyendo vacunaciones, pruebas de embarazo y talleres de recuperación del alcoholismo.³⁴⁹

Al comienzo de la iniciativa de reforma, según el Dr. Pellegrini,
“[El personal] veía a los pacientes como niños, no conocía sus nombres, sólo sus apodos, y

344 Ídem.

345 Pamela Y. Collins, “Waving the banner of the mental health revolution: Psychiatric reform and community mental health in the Province of Rio Negro, Argentina” [Flameando la bandera de la revolución en salud mental: Reforma psiquiátrica y salud mental comunitaria en la Provincia de Río Negro, Argentina], en *Innovative Community Mental Health Services in Latin America and the Caribbean* (JM Caldas de Almeida & A. Cohen eds., en imprenta).

346 Ídem.

347 Ídem.

348 Entrevista con el Dr. Jorge Luis Pellegrini, Director del Hospital Escuela de Salud Mental, provincia de San Luis (8 de diciembre de 2004).

349 Ídem.

la mayoría de los hospitalizados eran castigados [por el personal]”.³⁵⁰

Al describir las condiciones del hospital al inicio de la reforma el Dr. Pellegrini dijo que “las paredes estaban cubiertas de material fecal y orina”.³⁵¹ Para impulsar la reforma, el Dr. Pellegrini instaló su oficina en una de las celdas de aislamiento de la institución. Luego el Hospital Escuela abrió los candados de las puertas de la institución, se compraron nuevas vestimentas para los residentes, se eliminó el logo del hospital de la ropa, y se introdujo un sentido de dignidad en el cuidado y el tratamiento ofrecido.³⁵²

El farmacéutico responsable del hospital, Enrique Capella, también describió serios problemas con el uso impropio y excesivo de los medicamentos antes de la reforma:

“Cuando llegué encontré muchos medicamentos que estaban vencidos o a punto de vencerse. Me tomó tres horas cada día preparar los medicamentos para 106 personas. ví que había un chaleco químico sobre los pacientes, estaban como zombis”.³⁵³

La primera táctica a seguir, según el Sr. Capella, fue reducir la cantidad de medicación administrada a las personas internadas. El proceso empezó con una reevaluación del diagnóstico de cada persona internada y una revisión de los medicamentos que cada uno tomaba.³⁵⁴

Los investigadores no pudieron confirmar qué sucedió con las personas que habían estado institucionalizadas en el Hospital Escuela antes de la reforma. El Dr. Pellegrini informó que la vasta mayoría de las personas se habían ido a vivir con sus familias, mientras que el Sr. Capella afirmó que de las 106 personas, 80 habían ido a hogares sustitutos.³⁵⁵ Los investigadores no tuvieron la oportunidad de visitar estos hogares y no se pudo confirmar en qué condiciones se encontraban las personas que habían sido dadas de alta del hospital.

En diciembre de 2006, la Legislatura de la Provincia de San Luis sancionó la Ley de Desinstitucionalización, la cual contiene varias disposiciones progresistas con respecto a la salud mental y los derechos de las personas con discapacidades mentales.³⁵⁶ La ley prohíbe la institucionalización de las personas con discapacidades mentales en cualquier parte de la provincia.³⁵⁷ También presume que estas personas son capaces de tomar sus propias decisiones, “salvo prueba en contrario”, aunque no define qué tipo de prueba es necesaria, quién es el encargado de determinar la incapacidad, ni a través de qué proceso se llega a esta determinación.³⁵⁸ La ley sí especifica que

350 Ídem.

351 Ídem.

352 Ídem.

353 Entrevista con Enrique A. Capella, Farmacéutico, Hospital Escuela de Salud Mental, provincia de San Luis (9 de diciembre de 2004).

354 Ídem.

355 Ídem.

356 Ley de Desinstitucionalización, provincia de San Luis (2006).

357 Ídem. art. 3. La institucionalización es definida por la ley como “la reclusión, internación, guarda o medida similar sobre personas, restringiendo su libertad y/o desconociendo su autodeterminación y autonomía, conformando un proceso inverso a la recuperación, rehabilitación, reinserción o tratamiento del ser humano por concluir con su discriminación, cronificación, abandono o exclusión social en instituciones” (Ídem. art. 7).

358 Ídem. art. 5 (e).

el hecho de que se encuentre a una persona incapaz en un contexto específico no implica que la persona sea incapaz de ejercer el derecho a la autodeterminación en otros contextos.³⁵⁹

B. Movimiento de desinstitucionalización

Muchos grupos de usuarios, “ex-pacientes”, organizaciones profesionales, activistas de derechos de discapacidad y grupos de derechos humanos están activamente involucrados en un movimiento para la desinstitucionalización de los servicios de salud mental en Argentina. Algunos de estos grupos y organizaciones son enumerados a continuación.

1. Los grupos de usuarios y “ex-pacientes”

Los investigadores se reunieron con varias organizaciones de usuarios y “ex-pacientes” que apoyan la desinstitucionalización.

Por ejemplo, los miembros de la radio “La Colifata”, un programa radial fundado en 1993 en el Hospital Borda para brindarles una voz a los usuarios y “ex-pacientes”, describieron cómo la experiencia de la radio había impactado en sus vidas y los había ayudado a organizarse a favor de la desinstitucionalización.

“[Así es] Cómo nos ayudó la radio. Nos encontró una familia. La idea de Alfredo [Olivera] de hacer la radio surgió cuando él era estudiante de psicología. Gracias a él pudimos ver el otro lado del mundo. Que a los internos se nos oyera afuera. Lo bueno de la radio es que mostramos que podemos hacer cosas profesionales, demostrarles a la sociedad que podemos hacerlo”.³⁶⁰

Hugo, un ex-paciente, miembro de “la Colifata” dijo:

“El gobierno está pagando casi 3000 pesos [por mes] por paciente [internado]. Si a mí me pagan 1000 pesos para vivir en un departamento vivo muy bien y el gobierno [se] queda con 2000 pesos”.³⁶¹

Otro miembro de la radio comentó,

“En la Colifata sentí que no se trataba sólo de combatir [el modelo de atención] del hospital psiquiátrico sino de proponer alternativas”.³⁶²

Los integrantes de estas organizaciones son sumamente conscientes del estigma y el prejuicio que enfrentan como consecuencia de haber recibido servicios de salud mental. Hablando sobre la discriminación a la que se ha visto expuesto, Fernando, un miembro de la radio “La Colifata” narró:

“En el '97 o '98 consigo trabajo en una pizzería de delivery. Empiezo a trabajar, yo muy

359 Ídem. art. 5 (f).

360 Entrevista con Julio, miembro de la radio “La Colifata”, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

361 Entrevista con Hugo, miembro de la radio “La Colifata”, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006). El Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, Carlos de Lajonquiere, confirmó este dato en una entrevista que se mantuvo el 18 de julio de 2007.

362 Entrevista con Fernando, miembro de la radio “La Colifata”, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

callado, y me voy recuperando. En la radio Colifata nos [hicieron una] entrevista, salió por la televisión y la vio una mujer que trabajaba en la caja. Ella lo coment[ó] a los patrones y a la semana me pid[ieron] la ropa y no me llama[ro]n más”.³⁶³

Otro miembro de la radio comentó,
 “Hace un año que tramito mi pensión de discapacidad. No sé más qué hacer. Estamos desprotegidos por todas partes. Nos discriminan. No podemos conseguir trabajo en ningún lado. Hace cuatro años que estoy buscando trabajo. La sociedad también nos pone trabas”.³⁶⁴

Cabe destacar que en el mes de mayo de 2007, “La Colifata”, junto a Tea Imagen Escuela Integral de Televisión y la Subsecretaría de Derechos Humanos de la Ciudad de Buenos Aires, organizaron el *Primer Encuentro Mundial de “Colifatas” o Radios Realizadas por Usuarios de Salud Mental*.³⁶⁵ El encuentro era un foro mundial de emisoras de radio que funcionan en centros psiquiátricos, con el objeto de intercambiar experiencias entre los asistentes. En dicho encuentro hubo debates, presentaciones artísticas y una convocatoria de cortometrajes referidos a las diversas miradas sociales sobre la locura.

2. Las organizaciones profesionales activas

Existen varias organizaciones profesionales que apoyan los esfuerzos de la reforma de salud mental. El FORO es un ejemplo. El FORO está formado por 20 instituciones que trabajan en el sector de salud mental y representa aproximadamente a 9000 profesionales. El grupo fue formado en 1997 con el objetivo de preservar el derecho a la salud mental. El gobierno de la Ciudad de Buenos Aires pidió a esta organización que participara como asesor en la formulación de la ley 448, y sus miembros han integrado el Consejo General de Salud Mental, establecido en el artículo 5 (k) de esa ley.³⁶⁶

El FORO tiene lo que sus integrantes describen como un concepto “sociopolítico” de la salud mental, y está involucrado en examinar los efectos no-médicos de la enfermedad mental. Los miembros de la organización proponen la desinstitucionalización, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud mental. Afirmaron que los hospitales Tobar García, Borda y Moyano gastan el 80 por ciento del presupuesto de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. Integrantes del FORO informaron a los investigadores que los gastos en salud mental eran alrededor de 2500 pesos mensuales por persona internada. Este dinero, argumentan, sería mejor invertido en servicios en la comunidad y proveyendo alojamiento alternativo a las personas que están institucionalizadas.³⁶⁷

363 Ídem.

364 Entrevista con Julio, miembro de la radio “La Colifata”, ciudad de Buenos Aires (23 de enero de 2006).

365 Disponible en: <http://www.gacemil.com.ar/Detalle.asp?NotaID=7657>. http://www.buenosaires.gov.ar/areas/jef_gabinete/derechos_humanos/noticias/?modulo=ver&item_id=7540&contenido_id=18128&idioma=es y <http://www.lanacion.com.ar/912112>.

366 Entrevista con integrantes del FORO, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

367 Ídem.

La Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), una asociación de 2400 miembros, que incluye a psicólogos, antropólogos y abogados, también ha apoyado la reforma de salud mental. APSA coordina un foro sobre las políticas de salud mental, que abarca el entrenamiento en la administración de servicios de salud mental y la implementación de políticas. APSA ha sido crucial en atraer la atención del gobierno hacia los abusos de derechos humanos que ocurrieron en los hospitales psiquiátricos y ha estado involucrada en el proceso de desinstitucionalización del Hospital Escuela de San Luis.³⁶⁸

En 2004, La Dra. Graciela Lucatelli, ex presidenta de APSA, estimó que con el presupuesto nacional de salud mental, que de acuerdo a sus estimaciones era de 1.5 millones de pesos anuales (aproximadamente U\$S 500.000), podría atenderse a los “pacientes agudos”, a los hogares de medio camino y a equipos ambulatorios que proporcionaran atención a domicilio “y tendríamos dinero de sobra”.³⁶⁹ La Dra. Lucatelli hizo hincapié en la importancia de establecer alianzas con otras organizaciones no gubernamentales y sociedades científicas para lograr la reforma de la salud mental. “Los trabajadores creen que si se cierran los hospitales se quedarán sin trabajo”, dijo, agregando que “los líderes tienen la excusa de los gremios para no avanzar con estos cambios”.³⁷⁰

Otra organización que apoya una transformación en los servicios de salud mental es la Asociación en Defensa de los Derechos en Salud Mental (ADESAM). ADESAM está integrada por psicólogos, psiquiatras y abogados dedicados a la promoción y defensa de los derechos de las personas con discapacidades mentales.³⁷¹ En diciembre de 2005 los investigadores participaron del primer encuentro del Movimiento de Desmanicomialización y Transformación Institucional en el que convergieron organizaciones de diferentes sectores y experiencias de trabajo para discutir esfuerzos hacia la desmanicomialización.

3. Los directores de las instituciones

En el marco de la investigación se pudo reconocer también un inmenso apoyo a la reforma de salud mental entre varios profesionales de la salud mental, incluyendo a muchos de los directores de las instituciones. En la Colonia Nacional Montes de Oca el Director, Dr. Jorge Rossetto, está involucrado activamente en cambiar el paradigma de la atención de salud mental. El Dr. Rossetto señaló: “las personas que entraron en la institución murieron aquí”. Ahora se está trabajando para poder dar de alta a las personas institucionalizadas. En 2004 fue habilitada una casa dentro de la colonia que, al momento de la visita de los investigadores, albergaba a tres personas en proceso de alta. Dos de estas personas concurrían a la escuela, en la cercana localidad de Torres, y uno trabajaba para la municipalidad de la ciudad. En la colonia se estaba trabajando para darles de alta y reinsertarles en la comunidad. El Dr. Rossetto comentó: “Queremos que los pacientes regresen a la comunidad. Queremos demostrar que todos pueden ser rehabilitados”.³⁷² En julio de 2007, dos

368 Entrevista con la Dra. Graciela Lucatelli, Presidenta, Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), ciudad de Buenos Aires (5 de junio de 2004).

369 Ídem.

370 Ídem.

371 Disponible en <http://www.adesam.org.ar/objetivos.html>

372 Entrevista con el Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (3 de junio de 2004).

de las tres personas en la casa habían sido externados.³⁷³

Para implementar su visión, el Dr. Rossetto había firmado un convenio con el Hospital Escuela de San Luis, para que éste provea capacitación al personal de la colonia sobre cómo implementar una reforma del sistema de salud mental. Como parte de este plan de reforma se crearon, además, cinco hospitales de día y una casa de externación y está prevista la creación de una segunda casa de externación. Otro componente del plan es el programa “Regreso a casa” que contempla ayudas económicas de 360 pesos mensuales (aproximadamente U\$S 120) destinadas a personas en condiciones de ser externadas que cuentan con familias continentales pero que no podrían acompañar el proceso de externación por motivos de orden económico. A la fecha de cierre de este informe forman parte del programa 41 personas.³⁷⁴

En 2002 fue lanzado un programa de reforma en el Hospital Cabred. Hasta ese momento no existían en la institución programas terapéuticos y las personas internadas por plazos breves se alojaban en los mismos pabellones que aquellos internados a largo plazo. El Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Cabred, informó que el plan estratégico actual del hospital contempla procesos de reforma y desinstitucionalización, a través de la firma de convenios entre el hospital y los municipios cercanos para crear casas de convivencia para los individuos en proceso de externación. Para el 2005 el hospital ya había firmado convenios con los municipios de Moreno y de Pilar y estaba a la firma de otro con el municipio de Morón. El borrador del plan estratégico del Hospital Cabred llega hasta el año 2010, momento en el cual el plan propone que la capacidad del hospital sea reducida de 1320 a 500 camas, 200 de las cuales funcionarían como instalaciones de cuidado geriátrico. El Dr. Zavattaro informó que un subsidio del Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires permitiría externar a 300 personas con problemas económicos. Él estimó que otros 200 podrían ser externados gracias a los convenios logrados con los municipios. Para 2007 el Dr. Zavattaro informó que más de 250 personas fueron externadas y se han firmado convenios con cinco municipios más.³⁷⁵

En el Hospital Borda, el Director Dr. Miguel Angel Materazzi informó que en 1998 había 1250 personas hospitalizadas en el nosocomio; y que al momento de la visita en 2004 el número se había reducido a 1050. Para el primer semestre de 2007 el promedio se redujo a 853 personas internadas.³⁷⁶ “Mi énfasis está en la atención domiciliaria”, Dr. Materazzi afirmó.³⁷⁷ El Dr. Materazzi también expresó su apoyo a la reforma de la salud mental establecida en la legislación de la ciudad diciendo, “estamos aplicando la ley 448. Estoy totalmente de acuerdo con la [ley] 448”.³⁷⁸

373 Entrevista con el Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (17 de julio de 2007).

374 Entrevistas con el Lic. Jorge Rossetto, Director de la Colonia Montes de Oca, provincia de Buenos Aires (27 de septiembre de 2006 y 17 de julio de 2007).

375 Estos municipios son: Morón, La Matanza, José C. Paz, Malvinas y San Isidro. Diario Página 12., 1 de julio de 2007, “Pacientes externados”.

376 Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/1er_sem_2007/?menu_id=21300.

377 Entrevista con el Dr. Miguel Angel Materazzi, Director, Hospital Borda, ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004).

378 Entrevista con el Dr. Miguel Angel Materazzi, Director, Hospital Borda, ciudad de Buenos Aires (25 de enero de 2006).

VII. El derecho a conocer y defender sus propios derechos

Si bien Argentina tiene un movimiento de usuarios y ex-usuarios bastante activo, estos grupos no son consultados por el gobierno para la planificación ni la ejecución de los servicios. Aunque los administradores del Hospital Cabred afirmaron que el grupo “Asociación Argentina de Ayuda a la Persona que Padece de Esquizofrenia y a su Familia” (APEF), dirigido por familiares de las personas con discapacidades, mantiene una relación de asesoría con el hospital, los investigadores no pudieron confirmar que alguna otra organización de usuarios cumpliera un rol sustancial en la formulación de las políticas ya sea en el ámbito hospitalario o gubernamental.

De acuerdo con los estándares internacionales, las personas con discapacidades mentales tienen el derecho a estar involucradas en la planificación y la ejecución de los servicios que las afectan. La Convención Interamericana sobre Discapacidad establece inequívocamente el derecho de las personas con discapacidades a participar en la “elaboración, ejecución y evaluación de medidas y políticas”.³⁷⁹ Más aún, la Convención afirma que los gobiernos deberán promover la participación de las personas con discapacidades en la planificación e implementación de las políticas.³⁸⁰

Las Normas Uniformes de la ONU también señalan con claridad que las personas con discapacidades tienen el derecho de participar en la formulación de políticas públicas, y de solicitar a sus gobiernos que “prom[uevan] y apoy[en] económicamente y por otros medios la creación y el fortalecimiento de organizaciones que agrupen a personas con discapacidad, a sus familiares y a otras personas que defiendan sus derechos”.³⁸¹ La simple representación, sin una capacidad real de participar en la planificación de las políticas, es insuficiente.³⁸² Las Normas Uniformes enfatizan la importancia de que las personas con discapacidades puedan valerse por sí mismas en los ámbitos locales, nacionales e internacionales. También señalan que es de “máxima importancia”³⁸³ la participación de las personas con discapacidades en la elaboración de programas gubernamentales que las afecten. Esta participación debe incluir una participación activa en la planificación y creación de políticas públicas, en la elaboración de políticas económicas, en la recopilación de información, en el entrenamiento del personal y en el monitoreo y evaluación de los programas de salud sobre discapacidad.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce también que todos los usuarios de los servicios de salud mental desempeñan un rol esencial en la formulación de las políticas. Si bien los familiares de los usuarios, los trabajadores de la salud mental y la comunidad en general cumplen un papel importante en la formulación de las políticas, la OPS reconoce que, “en primer lugar están las personas (pacientes, clientes, usuarios) alrededor de los cuales toda la política debería ser estructurada”.³⁸⁴

379 Convención Interamericana sobre Discapacidad, *supra*, art. V (1).

380 Ídem.

381 Normas Uniformes, *supra*, norma 18.

382 Ídem, normas 13-22.

383 Ídem.

384 Organización Panamericana de la Salud, *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías Para su Implementación*, Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención

VIII. Conclusiones

El sistema argentino de servicios sociales y de salud mental para las personas con discapacidades psiquiátricas e intelectuales se encuentra desfasado respecto de los cambios ocurridos en el mundo durante los últimos 30 años. Debido, en gran parte, a la inexistencia de servicios de salud mental en la comunidad, las personas con discapacidades mentales han sido segregadas de la sociedad, ubicándose en instituciones psiquiátricas. Esta segregación constituye una forma de discriminación contra las personas con discapacidades y contra las personas inadecuadamente etiquetadas con un diagnóstico psiquiátrico, una práctica prohibida por el derecho internacional de derechos humanos.³⁸⁵

Al encerrar a miles de individuos en grandes instituciones, en vez de proveer alternativas a la institucionalización —tales como el alojamiento, los servicios y los apoyos ubicados en la comunidad—, Argentina está causando un daño incalculable a personas que, con los servicios y apoyos apropiados, podrían llevar adelante vidas productivas y sanas. La segregación de estas personas de sus vínculos familiares, de oportunidades y de sus comunidades, sin ninguna otra opción que no sea la institucionalización, aumenta su aislamiento, potencia su discapacidad y hace que la posibilidad de que regresen a regirse y valerse por sí mismos sea inmensamente más dificultosa.

Esta institucionalización masiva es, fundamentalmente, el resultado de decisiones políticas erróneas que se traducen en una mala asignación de los recursos gubernamentales y en la ausencia de planificación en políticas específicas que se orienten a proveer atención a la salud mental centrada en la comunidad.

Las normas argentinas que regulan las internaciones involuntarias en los hospitales psiquiátricos no establecen protecciones adecuadas en contra de la detención arbitraria. Las previsiones sustantivas que permiten la detención son demasiado amplias y están mal definidas. Los procedimientos vigentes no garantizan el derecho a que la medida de internación de una persona sea decidida por un órgano independiente, no establecen el derecho a la representación y no prevén el derecho a la revisión periódica de las órdenes de internación por una autoridad judicial u otra autoridad independiente.

Dentro de muchas de las instituciones psiquiátricas argentinas se perpetran violaciones a los derechos humanos de las personas internadas, incluyendo violaciones al derecho a la vida, a la salud, y a un trato digno y humano, cuyos responsables no son investigados ni sancionados. La falta de monitoreo y supervisión en las instituciones asilares contribuye a crear un clima donde no gobierna la ley, tanto por los abusos inflingidos contra aquellos que están institucionalizados, como por la corrupción en el funcionamiento administrativo.

Psiquiátrica, Caracas, Venezuela, 11 al 14 de noviembre de 1990 (1991).

385 Eric Rosenthal y Clarence Sundram, *International Human Rights in Mental Health Legislation*, 21 N. Y. L. Sch. J. Int'l & Comp. L. 469, 504 (2002).

Sin embargo, mientras hay obstáculos importantes a vencer, Argentina tiene los recursos necesarios para comprometerse con un cambio significativo en la manera en la cual se prestan los servicios de salud mental públicos. El país cuenta con una amplia base de profesionales de la salud mental; modelos de reforma de salud mental reconocidos; leyes progresistas que favorecen la promoción de la atención de salud mental en la atención primaria, la formación de servicios ubicados en la comunidad y la desinstitucionalización. En la ciudad y provincia de Buenos Aires, donde se encuentran el 75 por ciento de las instituciones psiquiátricas más grandes, las autoridades, en general, están a favor de la reforma de la política de salud mental y están tomando medidas positivas hacia una transformación en los servicios de salud mental. Numerosas organizaciones profesionales, de derechos humanos, de familiares y de usuarios y “ex-pacientes” están activamente comprometidas con diversas acciones que apoyan este cambio de paradigma. En las palabras de un funcionario de la ciudad de Buenos Aires, “Hay dinero [para implementar la reforma], tenemos que hacer los cambios; tenemos que hacerlos ahora”.³⁸⁶

386 Entrevista con el Dr. Velez Carreras, Jefe de Gabinete de la ex Secretaría de Salud de la ciudad de Buenos Aires (26 de enero de 2006).

Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones proponen una serie de acciones concretas que las autoridades nacionales, provinciales y municipales, directores de instituciones, y las instituciones financieras internacionales deberían tomar con el objetivo de conducir una reforma de los servicios de salud mental en Argentina que sea respetuosa de los derechos humanos y que prevenga futuros abusos.

AL PODER EJECUTIVO NACIONAL, Y ESPECÍFICAMENTE AL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN:

❖ **Crear una Comisión Nacional de alto nivel que planifique la reforma del sistema de servicios de salud mental**

El gobierno federal debería crear una Comisión Nacional de alto nivel que planifique la reforma del sistema de salud mental y que actúe de manera coordinada con la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación. El gobierno sólo resolverá el problema de la institucionalización custodial y la internación inapropiada cuando se comprometa a crear sistemas de apoyo ubicados en la comunidad que asistan a las personas con discapacidades mentales a vivir integradas en la sociedad. La Comisión Nacional debería contar con la amplia participación de profesionales, organismos de derechos humanos, organizaciones de proveedores de servicios, de abogados, de las familias y de los usuarios de acuerdo con los requisitos de las Normas Uniformes de Naciones Unidas.³⁸⁷ Esta Comisión debería desarrollar un plan maestro que promueva una política nacional para la provisión de servicios para las personas con discapacidades mentales en el entorno menos restrictivo posible. Este plan debería, como mínimo, incluir:

- i. el desarrollo de servicios comunitarios residenciales y programas de día para las personas que se encuentran institucionalizadas;
- ii. el desarrollo de programas vocacionales de rehabilitación, oportunidades de trabajo y de participación activa de los usuarios en su tratamiento y rehabilitación;
- iii. el desarrollo de servicios de apoyo que permitan que las familias continúen cuidando de sus miembros con discapacidades mentales;
- iv. la apertura de cupos psiquiátricos que den atención a corto plazo a los casos agudos en hospitales generales o en clínicas ubicadas en la comunidad;
- v. un cronograma de altas planificadas para las personas institucionalizadas, una política de no internar a largo plazo y la clausura paulatina de las instituciones de internación a largo plazo en colaboración con los directores de los mismos centros psiquiátricos; y
- vi. una campaña nacional para implementar un programa de educación pública para combatir el estigma y la discriminación contra las personas con discapacidades mentales, incluyendo la capacitación de profesionales de la salud, profesores y otros que atienden a las personas con discapacidades mentales, tendientes a generar conciencia en la comunidad en temas de derechos humanos y discapacidad mental.

❖ **Revisar todas las internaciones psiquiátricas**

La Comisión Nacional también debería llevar adelante una revisión de todas las historias clínicas

³⁸⁷ Normas Uniformes, supra.

de las personas alojadas en instituciones de salud mental a mediano y largo plazo. Ello con el fin de identificar las necesidades que éstas tengan de servicios en la comunidad y organizar su posterior alta, decidiendo las prioridades en cada caso, conjuntamente con los directores de los hospitales psiquiátricos. En este sentido, la Ley de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, Ley 448, establece tal revisión de las admisiones en los hospitales psiquiátricos. Esta provisión debería ser implementada en todo el país y no sólo en la ciudad de Buenos Aires.

❖ **Implementar un programa nacional para desarrollar servicios de salud mental de atención comunitaria**

La Comisión Nacional también debería implementar un programa de atención comunitaria en salud mental con alcance nacional que desarrolle servicios de salud mental en la comunidad y servicios que aseguren la resocialización de las personas con discapacidades mentales.

❖ **Redirigir el financiamiento hacia servicios basados en la comunidad**

La Comisión Nacional debería desarrollar e implementar una política que dictamine la reinversión de los ahorros obtenidos de la administración de los servicios institucionales provenientes del alta de las personas internadas a largo plazo. Estos recursos deberían estar dirigidos al desarrollo de servicios residenciales comunitarios y otros servicios de apoyo.

❖ **Proveer mayores recursos a la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación**

El gobierno federal debería proveer a la Unidad Coordinadora los recursos necesarios para que ésta pueda recolectar y centralizar datos de salud mental de las provincias, lo cual es esencial para asegurar una efectiva planificación e implementación de políticas públicas en salud mental en todo el país.

❖ **Apoyar el desarrollo de un movimiento de defensa de derechos dirigido por los mismos usuarios del sistema de salud**

El gobierno federal debería proveer apoyo logístico y financiero para que grupos de usuarios, “ex-pacientes” del sistema de salud mental y sus familiares puedan actuar como defensores de sus propios derechos. El gobierno debería garantizar oportunidades para que tales grupos participen activamente en la elaboración e implementación de las políticas, programas y servicios que los afectan.

❖ **Desarrollar un plan de capacitación del personal**

El gobierno federal debería desarrollar un plan de capacitación para los trabajadores de la salud mental, desde los profesionales hasta los técnicos, que permita implementar programas de rehabilitación para las personas internadas en las instituciones psiquiátricas. Esta capacitación debería incluir la transmisión sobre principios básicos de derechos humanos y no discriminación.³⁸⁸

388 De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estados deben promover la capacitación inicial y periódica del personal que trabaja en los servicios de rehabilitación. (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, supra, art. 26 (2)).

❖ **Asegurar un entorno habitable, seguro, limpio y humano en todas las instituciones psiquiátricas**

El gobierno federal debería establecer disposiciones vinculantes para erradicar las condiciones peligrosas, insalubres y antihigiénicas de todas las instituciones del país. Todas ellas deberían cumplir con ciertos estándares básicos, tales como:

- i. reparación inmediata de los inodoros, lavatorios y duchas que no funcionen;
- ii. limpieza diaria de los espacios habitados y de las áreas de baño con productos desinfectantes;
- iii. acceso de todos y cada uno de los individuos internados a una cama con colchón, frazadas y sábanas limpias;
- iv. vestimenta y calzado limpios y en buenas condiciones;
- v. acceso inmediato a jabón, toallas, papel higiénico y productos de higiene personal para cada persona detenida;
- vi. comida suficiente con un balance nutricional adaptado a las necesidades particulares de cada individuo;
- vii. fumigación inmediata y regular de las instalaciones.

❖ **Proveer atención médica y psiquiátrica apropiada**

El gobierno federal debería ordenar la provisión de atención médica y psiquiátrica para garantizar la seguridad y salud de todas las personas internadas en instituciones psiquiátricas.

AL PODER LEGISLATIVO NACIONAL:

❖ **Sancionar una ley marco nacional de salud mental**

El Poder Legislativo Nacional debería propiciar la sanción de una ley marco nacional de salud mental adaptada a los estándares internacionales de derechos humanos a los que las provincias deberían adherir. Tal ley debería asegurar, como mínimo:

- i. Garantías del debido proceso en los trámites de internación psiquiátrica involuntaria o forzosa, incluyendo:
 1. El derecho a la revisión judicial de todas las internaciones involuntarias por parte de una autoridad independiente dentro de las 72 horas desde el comienzo de la internación;
 2. El derecho a la revisión periódica por un órgano de revisión independiente e imparcial de las internaciones involuntarias;
 3. El derecho a contar con representación legal desde las primeras audiencias de internación y en todas las subsiguientes audiencias. El Estado debería garantizar la defensa gratuita si el individuo no pudiera contratar un abogado.
- ii. Principios vinculados a la asistencia en salud mental, incluyendo tratamiento y rehabilitación adecuados y basados en la comunidad orientados alrededor de las necesidades y deseos de los individuos que reciban estos servicios, y garantías de que todo tipo de asistencia sea provisto sólo después de obtener el consentimiento informado de ellos;

- iii. Los demás derechos reconocidos en los estándares internacionales pertinentes a las personas con discapacidades mentales.³⁸⁹

A LA PROCURACIÓN GENERAL DE LA NACIÓN Y A LAS PROCURACIONES GENERALES DE LAS PROVINCIAS:

❖ **Investigar las muertes recientes en instituciones y establecer un protocolo que asegure que se investigará plenamente cualquier muerte que ocurra en adelante**

Un grupo de funcionarios independientes debería investigar y hacerse público todas las muertes que ocurran en las instituciones. Durante el curso de la investigación se documentaron cuatro muertes inexplicadas en el Hospital Diego Alcorta y un índice de muertes cuatro veces más elevado durante los meses de invierno en el Hospital Cabred. Los fiscales, de acuerdo con la jurisdicción correspondiente, deberían investigar éstas y otras muertes y establecer un protocolo que asegure una investigación completa e independiente de cualquier muerte que ocurra en el futuro en las instituciones.

❖ **Investigar y elaborar informes sobre las instituciones que presenten condiciones particularmente abusivas**

Los fiscales deberían investigar las denuncias de abuso en instituciones psiquiátricas —se identificaron condiciones particularmente abusivas en los hospitales Diego Alcorta y Moyano y en la Unidad 20— y perseguir penalmente a aquéllos que sean encontrados responsables de abusos. Los fiscales, de acuerdo con las jurisdicciones correspondientes, deberían analizar patrones de violaciones y evaluar la posibilidad de hacer informes públicos sobre lo descubierto que ayuden a hacer cesar las condiciones de abuso en las instituciones psiquiátricas.

AL MINISTERIO PÚBLICO DE LA DEFENSA DE LA NACIÓN Y A LOS MINISTERIOS PÚBLICOS DE LA DEFENSA PROVINCIALES:

❖ **Garantizar una defensa gratuita y eficiente de las personas internadas en las instituciones psiquiátricas**

La Defensoría General de la Nación debería garantizar que todas las personas privadas de libertad en instituciones psiquiátricas cuenten con defensores disponibles, responsables de realizar visitas periódicas en las instituciones, ayudar a las personas institucionalizadas y sus familias, interponer y resolver sus denuncias, e investigar las denuncias por abuso o negligencia, así como las muertes sospechosas. Similares medidas deberían tomarse en cada una de las provincias con instituciones psiquiátricas. Los defensores, de acuerdo con las jurisdicciones correspondientes, deberían analizar patrones de violaciones y evaluar la posibilidad de hacer informes públicos sobre lo descubierto que ayuden a hacer cesar las condiciones de abuso en las instituciones psiquiátricas.

389 Véase, p.e., Los Principios de Salud Mental y La Declaración de Montreal, supra. Para ampliar sobre los derechos específicos de las personas con discapacidades mentales puede verse a Alfredo Kraut, Salud Mental. Tutela Jurídica, Editorial Rubinzal Culzoni, Argentina (2006), págs. 490/534.

A LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA NACIÓN:**❖ Crear un programa que proteja a las personas de abusos dentro de las instituciones psiquiátricas**

La Defensoría del Pueblo debería monitorear activamente las condiciones en todas las instalaciones que atiendan a personas con discapacidades psiquiátricas o intelectuales y evaluar la posibilidad de proveer asistencia y patrocinio jurídico gratuito ante las denuncias de las personas institucionalizadas y sus familiares. Además, el Defensor del Pueblo debería estar autorizado para realizar inspecciones sin previo aviso, de día o de noche y, de manera regular, en todas las instituciones; similar a la facultad que dispone el Procurador Penitenciario respecto de las unidades penales psiquiátricas. Los informes de los resultados deberían hacerse públicos.

AL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES:**❖ Aplicar efectivamente lo dispuesto por el artículo 48 de la ley 153**

El gobierno de la ciudad de Buenos Aires debería poner en práctica el artículo 48 de la Ley Básica de Salud N° 153, que determina que el gobierno debe trabajar hacia la desinstitucionalización progresiva. La ley dispone, más aún, que el gobierno debe implementar modelos alternativos de atención enfocados en la integración social tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.

❖ Implementar sin demoras todas las medidas necesarias para darle efectividad real a la ley 448

El gobierno de la ciudad de Buenos Aires debería hacer cumplir la ley 448 y tomar pasos proactivos para implementarla, creando un programa de atención comunitaria en salud mental y resocialización de personas con discapacidades mentales.³⁹⁰ La ley 448 establece avanzar hacia la desinstitucionalización progresiva, y garantiza los derechos humanos de las personas que reciben tratamiento en el sistema de salud mental de la ciudad, incluyendo el derecho al respeto de la dignidad personal; el derecho al consentimiento informado; el derecho a la atención personalizada; y el derecho a la rehabilitación y a la integración en la comunidad.

❖ Cumplir las disposiciones transitorias de la ley 448

El gobierno de la ciudad de Buenos Aires debería cumplir con las disposiciones transitorias de la ley 448, en particular la segunda disposición, que establece que se debe realizar un relevamiento de la totalidad de las personas internadas, a fin de poder determinar las causas, tiempo de internación y certificar la necesidad o no de continuar con la internación.

❖ Informar a la población acerca de la implementación de la ley 448

El Jefe de Gobierno de la ciudad de Buenos Aires debería hacer pública cierta información vinculada con la implementación de la ley 448. En particular:

- i. El presupuesto aplicado para acciones de salud mental en los distintos programas del gobierno de la ciudad de Buenos Aires;
- ii. La creación de la comisión de seguimiento de la ley 448;

³⁹⁰ Ley 448, supra, art. 3ro. inc. I, J; art. 10 inc. G.

- iii. El estado actual de concursos para equipos de asistencia en salud mental del ámbito público;
- iv. Los programas y actividades tendientes a la resocialización de personas internados y a la desmanicomialización; y
- v. Las acciones en prevención de la violación de los derechos humanos en salud mental.

❖ **Aplicar efectivamente lo dispuesto por el artículo 21 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires**

El gobierno de la ciudad de Buenos Aires debería implementar el inciso 12 del artículo 21 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires referido a las políticas de salud mental. Esta norma dispone que estas políticas reconocerán a las personas que reciben servicios de salud mental como sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales, y que tales establecimientos no tienen como fin el control social y erradicarán el castigo. Las políticas propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social.

A LOS GOBIERNOS PROVINCIALES:

❖ **Adoptar y hacer cumplir leyes que promuevan los derechos humanos en materia de salud mental**

Los gobiernos de las provincias deberían adoptar y hacer cumplir leyes de salud mental que sean respetuosas de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales. Las leyes deberían establecer, como política de los gobiernos, avanzar hacia la desinstitucionalización progresiva, y garantizar los derechos humanos de las personas que reciben tratamiento en el sistema de salud mental en las provincias. Los gobiernos provinciales deberían también garantizar el cumplimiento cabal de estas leyes.

A LOS DIRECTORES DE LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS:

❖ **Eliminar el aislamiento a largo plazo**

Los directores de las instituciones psiquiátricas deberían eliminar el uso de las celdas de aislamiento a largo plazo y asegurar condiciones de confinamiento seguras y humanas. Cualquier uso de las celdas de aislamiento debe cumplir estrictamente con los procedimientos aceptados internacionalmente que protegen a las personas allí encerradas a tratos dignos y debe ser usada únicamente para “prevenir un daño inmediato o inminente al paciente o a otros”.³⁹¹ Antes de usar este método, se deben emplear métodos alternativos de protección, y la reclusión únicamente debe ser usada “cuando sea el único medio disponible para proteger a las personas institucionalizadas de tales daños.”³⁹² El aislamiento no se debe prolongar “más allá del período estrictamente necesario para alcanzar este propósito”.³⁹³ Bajo ninguna circunstancia debería usarse la reclusión durante períodos de días o semanas. La reclusión y la restricción nunca deben ser utilizadas como una forma de disciplinar o coaccionar al interno, por el hecho de que sean convenientes para el

391 Principios de Salud Mental, supra, principio 11 (11).

392 Ídem.

393 Ídem.

personal, o como sustitución de una dotación adecuada de personal o de tratamiento activo.³⁹⁴ Los directores de hospitales deben implementar las protecciones establecidas en los Principios de Salud Mental para asegurar que las personas que se encuentran en aislamiento sean mantenidas bajo “condiciones humanas”.

❖ **Implementar medidas para evitar el abuso físico y sexual**

Los directores de las instituciones psiquiátricas deben tomar medidas inmediatas para proteger a los individuos internados del abuso físico y sexual. El personal debe estar capacitado para poder identificar y proteger a las personas institucionalizadas de tales abusos.

❖ **Realizar una revisión de todas las personas institucionalizadas a mediano y largo plazo**

Los directores de las instituciones psiquiátricas deberían supervisar la identificación de las necesidades de servicios comunitarios y crear un plan priorizando el alta de las personas internadas a mediano y largo plazo. Los directores de las instituciones deberían implementar las altas planificadas e instituir una política de no admitir nuevas internaciones a largo plazo.

❖ **Procurar los recursos necesarios para sus hospitales**

Los directores de las instituciones psiquiátricas deben procurar una dotación de personal suficiente y los recursos necesarios para el funcionamiento adecuado de sus hospitales.

A LAS INSTITUCIONES FINANCIERAS INTERNACIONALES Y, EN ESPECIAL, AL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID):

❖ **Las instituciones financieras internacionales deberían reorientar la mayor parte de los fondos actualmente asignados para la reconstrucción de las instituciones psiquiátricas a la creación de los servicios de salud mental basados en la comunidad**

A excepción de las reparaciones de infraestructura que sean esenciales para asegurar condiciones seguras en las instituciones psiquiátricas existentes, las instituciones financieras internacionales deberían, en coordinación con el gobierno argentino, orientar los préstamos a la creación e implementación de servicios de salud mental basados en la comunidad. En el caso particular de los fondos del préstamo del BID, los funcionarios argentinos deberían renegociar los términos del préstamo para que la mayor parte de los fondos puedan ser asignados a satisfacer la urgente necesidad de servicios ubicados en la comunidad. Por su parte, el BID debería orientar sus préstamos de tal manera que respeten los estándares internacionales de derechos humanos, dirigiendo su financiamiento hacia la creación y el fortalecimiento de servicios basados en la comunidad para las personas con discapacidades mentales.

394 Michael True, *supra*.

Agradecimientos

Este informe es producto de la labor conjunta de Mental Disability Rights International (MDRI), y el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). La autora e investigadora principal de este informe es Alison A. Hillman de Velásquez, Directora de Programas en las Américas de MDRI.

La mayor parte de la investigación para este informe se llevó a cabo durante seis investigaciones en Argentina en el transcurso de tres años, desde junio de 2004 hasta agosto de 2007. En muchas de las instituciones y programas de atención en la comunidad visitados, los administradores, el personal y las personas con discapacidades mentales fueron sumamente generosos con su tiempo. Los investigadores regresaron a muchas de las instituciones en el curso de la investigación. Los administradores de las instituciones fueron particularmente atentos y acogedores, a pesar de que cada vez se repetían en general las mismas preguntas. Muchos funcionarios gubernamentales y organizaciones de profesionales, familiares y “ex-pacientes” también accedieron a ser entrevistados para este informe. La evaluación de todas estas personas sobre los servicios de salud mental disponibles en Argentina dio forma a gran parte del contenido de este informe.

Sin el apoyo logístico meticulosamente coordinado por Roxana Amendolaro, Coordinadora del Equipo de Salud Mental del CELS, la investigación de este informe no hubiera sido posible. Roxana mostró un inmenso compromiso con este proyecto, participando en cinco de las investigaciones, a pesar de estar con ocho meses de embarazo durante una de ellas, esperando a su primera hija Carla, y encabezando una ronda final de entrevistas y visitas cuando este informe iba a la imprenta. Alfredo Jorge Kraut, Secretario de la Corte Suprema de Justicia de la Nación y el principal especialista sobre los derechos de las personas con discapacidades en Argentina, abrió numerosas puertas que permitieron el acceso a autoridades y profesionales de la salud mental por igual. Alfredo brindó comentarios muy profundos al informe, sobre la base de su vasto conocimiento de los aspectos intrincados del sistema legal argentino y su tratamiento de los asuntos relevantes para las personas con discapacidades mentales. De no haber sido por la energía, el entusiasmo y los contactos de Alfredo, la ardua tarea de recopilar información acerca del sistema argentino de servicios de salud hubiera sido una labor hercúlea.

Eric Rosenthal, Director Ejecutivo de MDRI, brindó su consejo y apoyo meticuloso durante todo el proceso de redacción del informe, revisando numerosas versiones del informe y brindando su valioso conocimiento para afinar y pulir el producto final. Laurie Ahern, Directora Adjunta de MDRI, ofreció también su valiosa experiencia como periodista, enfatizando la necesidad de resaltar los testimonios individuales como parte del proceso de investigación y recopilación de información. Andrea Pochak, Directora Adjunta del CELS, brindó el apoyo institucional a este proyecto y realizó meticulosas y detalladas revisiones del informe. Joanne Mariner, ex Directora Adjunta del Programa de las Américas de HRW, redactó comentarios perspicaces para los múltiples borradores, sugiriendo varias mejoras al informe. Daniel Wilkinson y María McFarland de HRW brindaron también recomendaciones editoriales y estilísticas importantes.

Las organizaciones firmantes desean agradecer a las personas que participaron en la investigación y documentación de este informe, y a quienes revisaron los borradores del informe y ofrecieron sus comentarios y correcciones. Ellos son: Ana Laura Aiello, abogada, Master y Candidata Doctoral de Derechos Fundamentales de la Universidad de Madrid Carlos III; Graciela Guilis, ex Directora del Equipo de Salud Mental del CELS; Mariano Laufer Cabrera, abogado del CELS; Humberto L. Martinez, médico psiquiatra, Director Ejecutivo del Concejo de Salud Mental del Sur del Bronx; Victoria de Menil, Maestría en Salud Pública; Clarence Sundram, abogado, Presidente del Concejo Directivo del MDRI; Willians Valentini, médico psiquiatra, consultor de la Organización Mundial de la Salud; y Alicia Ely Yamin, abogada, Maestría en Salud Pública, Miembro del Concejo Directivo de MDRI e Instructora, Escuela de Salud Pública de Harvard. Además, cabe reconocer a los miembros del Equipo de Salud Mental del CELS, Adelqui Del Do, psicólogo; y Laura Sobredo, médica psiquiatra, y al pasante legal del CELS Pablo Álvarez, quienes también participaron en el proceso de investigación de este informe.

Marcel Velásquez Landmann, antropólogo, Candidato a la Maestría de la Escuela de Políticas Públicas de la Universidad de Georgetown, participó como investigador e intérprete, y tradujo este informe del inglés al español. Marcel demostró una infatigable paciencia al incorporar lo que por momentos parecían interminables revisiones por parte de muchos colaboradores. Sin su cariño y apoyo, este informe nunca hubiera pasado del borrador inicial.

El fotógrafo *freelance* Eugene Richards tomó varias de las cautivadoras imágenes que acompañan este informe. Las semanas de trabajo que donó y el interés que ha mostrado durante décadas por exponer los abusos que sufren las personas con discapacidades mentales han sido invaluable para otorgar un rostro humano al sufrimiento silencioso de las miles de personas que se encuentran institucionalizadas. MDRI se siente particularmente agradecido con Gene por su dedicación y apoyo infatigable a nuestro trabajo. También se contó con la importante colaboración de los fotógrafos Elizabeth Mallow y Jeremy Robbins.

Brian Cooper ayudó a redactar el informe. Adrienne Jones, administradora de MDRI, apoyó formateando el informe y brindó asistencia técnica valiosa

Este informe se llevó a cabo gracias al apoyo esencial de la Fundación Overbrook, la cual financió la investigación y redacción de este informe. Asimismo, la Fundación Morton K. & Jane Blaustein, la Fundación Holthues y la Fundación Merck brindaron un apoyo sustancial, permitiendo que este informe pueda ser completado y difundido.