

Buenos Aires, Enero de 2014

A las/os expertas/os del Comité de Derechos Humanos

Ref.: Lista de Cuestiones Previas al Informe de Argentina – 110ª sesión del Comité

De nuestra mayor consideración,

Nos dirigimos a ustedes en representación del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), organización dedicada desde 1979 a la defensa y protección de los derechos humanos en Argentina. El CELS ha participado con diversos aportes en el marco de evaluaciones anteriores ante este Ilustre Comité. En esta ocasión, queremos poner a su disposición información complementaria a la provista el pasado 19 de diciembre para la elaboración de la Lista de Cuestiones Previa al Informe de Argentina, a ser adoptada en la próxima sesión del Comité en marzo de 2014.

Teniendo en cuenta las Observaciones Finales respecto de Argentina luego del examen celebrado en marzo de 2010 (CCPR/C/ARG/CO/4), y en particular las consideradas del párrafo 24¹, entendemos que puede ser de utilidad remitir esta información para que el Ilustre Comité pueda realizar un análisis más completo sobre las afectaciones a los derechos de las personas con discapacidad psicosocial en el país. En este sentido, a continuación se presenta información relativa al estado de cumplimiento de las obligaciones del Estado argentino en torno a los derechos consagrados en los artículos 9, 10, 14, 15 y 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).

Sin perjuicio de la información que brindamos en esta oportunidad, el CELS remitirá un informe alternativo de cara al diálogo interactivo con el Estado, que contendrá mayor información y señalará preguntas y recomendaciones sugeridas para el marco de la evaluación.

Quedamos a vuestra disposición para ampliar o aclarar lo que estimen necesario.

Atentamente,



Gastón Chillier
Director Ejecutivo
Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)

¹ 24. Preocupa al Comité la información recibida respecto a las deficiencias en la atención de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular en lo relativo al derecho a ser oídos y a gozar de asistencia jurídica en decisiones relativas a su internamiento. (Artículo 26 del Pacto) *El Estado Parte debe tomar medidas con miras a proteger los derechos de estas personas de conformidad con el Pacto, y de adecuar la legislación y práctica a los estándares internacionales relativos a los derechos de las personas con discapacidad.*

Aportes a la Lista de Cuestiones Previas al Informe de Argentina sobre el cumplimiento de sus obligaciones en torno al PIDCP

Derechos humanos de las personas con discapacidad psico- social (PCDPS)

Marco jurídico

En el año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 (LNSM), que recepta estándares de la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (CDPD).² La LNSM es una normativa pionera a nivel mundial en la consagración de derechos fundamentales de las personas con padecimientos mentales, con el objetivo de revertir las graves violaciones de derechos humanos a las que están sometidas las personas con discapacidad psicosocial, históricamente segregadas en asilos psiquiátricos.

El 29 de mayo de 2013 se aprobó el decreto n° 603/13, reglamentario de la Ley 26.657 reafirmando los derechos contenidos en dicha normativa, lo que representó un gran avance hacia la conformación de los espacios políticos institucionales encargados de impulsar la implementación de la LNSM en todo el territorio del país. Entre ellos, la conformación del Órgano de Revisión Nacional (OR) el 18 de octubre de 2013 es uno de los ámbitos privilegiados para el control de la implementación de la LNSM, por ser su una de sus principales funciones controlar e impulsar la implementación de LNSM y proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.³ Asimismo, la creación de la Comisión Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones es el ámbito de implementación de políticas públicas de inclusión social, para la efectiva implementación de la ley (art. 2 Dto. 603/13).

La referida normativa reconoce que la internación a causa de un padecimiento mental es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Por ello debe ser lo más breve posible y en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. En ningún caso puede efectuarse en respuesta a problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes (LNSM, Arts. 14 y 15). El Estado Argentino, a través del sistema de salud pública, está obligado a orientar los servicios de atención psicosocial en el sentido dispuesto por la LNSM, como así también debe controlar que el ámbito privado funcione bajo los mismos lineamientos.

Si bien el marco jurídico y el contexto fáctico de la situación de las PCDPS que se encuentran internadas varían según su internación sea voluntaria o involuntaria, ambas deben propender a un abordaje comunitario para reducir las situaciones de privación de la libertad y bajo condiciones que promuevan la inclusión social plena.

La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación y siempre que ésta se prolongue por más de sesenta días corridos el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al Órgano de Revisión. Sin perjuicio de ello, para que el consentimiento sea ejercido en igualdad de oportunidades es una condición indispensable el acceso a servicios de atención comunitaria como alternativa previa y el diseño de políticas públicas que garanticen la inclusión comunitaria plena.

² El Estado Argentino ratificó la CDPD en el año 2008. Durante la 7° Sesión del Comité Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, llevada a cabo en septiembre de 2012, se realizó la primera evaluación sobre el estado de implementación de la CDPD en Argentina.

Para mayor información sobre la evaluación de Argentina ver el siguiente link: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/SessionDetails1.aspx?SessionID=772&Lang=en

³ En el subtítulo relativo a “prevención contra la tortura tratos crueles” se profundizará acerca del Órgano de Revisión creado por el artículo 38 de la Ley Nacional de Salud Mental

Por otra parte y conforme a lo que dispone la LNSM, la internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios. En este último supuesto la persona tendrá derecho a recibir el tratamiento menos restrictivo posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.⁴ Sólo podrá realizarse una internación involuntaria cuando a criterio del equipo tratante interdisciplinario exista un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros,⁵ si antes se aplicaron los tratamientos alternativos y aún así continúa ese riesgo. Inclusive en este caso debe intervenir el OR.⁶

La sanción de la LNSM significó un avance relevante al reconocer a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (LNSM, Art. 3).⁷ En concordancia con el modelo social de la discapacidad, receptado en la CDPD este nuevo enfoque implica la obligación estatal de poner el acento en la estrecha relación entre la salud mental y el ejercicio de otros derechos humanos fundamentales.

Dicha normativa de cumplimiento obligatorio en todo el país, pretende asegurar el derecho de todos los que habitan el suelo argentino a la protección de su salud mental, y establece puntualmente los derechos que le asisten a aquellas personas con padecimientos mentales en relación al sistema de salud, tanto en el sector público como en el privado. Además, incluye de manera explícita, la problemática de las adicciones, históricamente relegada incluso más allá de los límites del sector de la salud, para quedar en manos de la justicia o la policía, con resultados verdaderamente frustrantes.

La clave en la implementación de la LNSM está en el fortalecimiento de la red de servicios de salud mental con base en la comunidad y su articulación intersectorial con procesos de inclusión socio laboral, educativa y acceso a la vivienda.⁸ En efecto, desde la perspectiva de inclusión social, el abordaje comunitario en salud mental y adicciones requiere la articulación entre los diferentes actores involucrados y el fortalecimiento de los dispositivos que forman parte de los tres niveles de atención en salud a través de estrategias en Atención Primaria de la Salud (Centros Integradores Comunitarios, Centros de Atención Primaria de Salud, Hospital General y organizaciones de la sociedad civil, entre otros).

⁴ Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, ONU, principio 9, 1. Este instrumento internacional es parte integrante de la LNSM conforme lo dispone su artículo 2.

⁵Ídem, principio 16, a.

⁶LNSM, arts. 38 y 39, inc. c y CC art. 482. 38.

En este sentido, es de destacar lo que ha dicho la Corte Suprema de Justicia de la Nación en su fallo del año 2008 "R., M. J. s/ insania.": *"Se debe tener en cuenta que, en la práctica, más allá de que la medida de internamiento posea un carácter terapéutico, se lleva a cabo una auténtica privación de libertad de la persona"* y *"...el internamiento involuntario sólo debe tener un carácter excepcional y es necesario realizar todos los esfuerzos posibles para evitar el ingreso en contra de la voluntad del paciente"*.

⁷ Cabe señalar que la LNSM fue reconocida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), cuyo asesoramiento fue fundamental. Esta Ley aparece como la más avanzada de la región y ejemplo a seguir en todo el mundo en materia de salud mental. La misma brinda un marco para que las políticas en la materia, en todo el territorio de la Nación, se desarrollen cumpliendo todos los compromisos que hemos suscripto en materia de Derechos Humanos y los estándares internacionalmente establecidos.

⁸ El artículo 9 de la LNSM y las normas concordantes impone la obligación de abordaje intersectorial.

La respuesta estatal a las Personas con Discapacidad Psicosocial: segregación en asilos psiquiátricos⁹
(Art. 9 del PIDCP)

Contrario a lo que dispone el marco normativo, la respuesta estatal a las PCDPS sigue siendo la internación psiquiátrica prolongada y la ausencia de controles eficaces en aquellos lugares de encierro. La brecha existente entre la necesidad de las personas de acceder a la atención de su salud mental y la disponibilidad y calidad de los servicios es muy grande, por lo que sólo una minoría recibe atención efectiva. En la actualidad se registra en Argentina un insuficiente e incipiente desarrollo de servicios de salud mental comunitarios que cumplimenten con la normativa de derechos humanos en la materia.

Los presupuestos destinados a salud mental han estado tradicionalmente concentrados en los hospitales psiquiátricos de tipo asilar, que a pesar de ser cuestionados históricamente, representan aún el eje del sistema de salud mental en varias regiones del país.¹⁰ Datos recientes publicados por el Ministerio de Salud de la Nación revelan que un 89 % de las camas públicas destinadas a salud mental están concentradas en hospitales psiquiátricos, mientras que sólo un 7.1% están concentradas en Hospitales Generales y 3.9% en estructuras comunitarias.¹¹

En materia presupuestaria la LNSM dispone que: “en forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (años) a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos presupuestarios un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo de DIEZ POR CIENTO (10%) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio” (Art. 32).

En este contexto es necesario un doble control: determinar si la inversión presupuestaria en políticas en salud mental cumple con el mínimo establecido y monitorear que el destino de esos fondos respondan a un programa progresivo de transferencia de recursos desde los asilos psiquiátricos a servicios de atención insertos en la comunidad. Para esto último es fundamental que el programa de salud contemple la articulación intersectorial con las demás áreas encargadas de implementar políticas públicas que propendan a la inclusión social de las personas con discapacidad psicosocial, esto significa, como mínimo, articulación con programas de inclusión socio laboral, educativo y acceso a la vivienda.

Cabe señalar que el modelo de tipo asilar, que aún está vigente en los hechos, se caracteriza por la existencia de grandes instituciones psiquiátricas monovalentes donde se mantienen internaciones prolongadas en condiciones de aislamiento de la comunidad, hacinamiento, falta de atención médica apropiada y ausencia de procesos de rehabilitación. Esta lógica de funcionamiento institucional propicia condiciones de encierro peligrosas, antihigiénicas e inseguras por la falta de controles adecuados, además de facilitar situaciones de abuso de poder (que en muchos casos derivan en abusos físicos o sexuales y en muertes violentas).¹²

De conformidad con los datos preliminares del Programa Nacional de Epidemiología en Salud Mental (PRONESAM), elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2001 existían 54 instituciones con internamiento crónico, de las cuales una es colonia nacional, 14 son colonias provinciales y 42 son hospitales monovalentes provinciales. Para el mismo año, 21.000 personas se encontraban internadas en

⁹ Para mayor información, ver: Informe CELS y Mental Disabilities Rights International (MDRI), *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2008. Asimismo, ver: Informe Anual CELS 2012: *la situación de los derechos humanos en Argentina*. Capítulo III: “El modelo de prisión depósito. Medidas urgentes en los lugares de detención en la Argentina” Apartado 5 “El encierro en las instituciones psiquiátricas: los alcances de la estigmatización, la medicalización y la represión de la locura”; y Capítulo VI: “Las personas con discapacidad psicosocial: del estigma y el encierro hacia la inclusión social plena”. Ambos disponibles en www.cels.org.ar

¹⁰ Información de la DNSMyA disponible en <http://grup.copolis.org/wp-content/uploads/2012/01/DNSMyA-50-acciones-de-trabajo.-02.12.11.pdf>

¹¹ Información extraída del 2° Boletín Oficial de la DNSMyA de 2010.

¹² Véase como ejemplo la presente noticia, cuya cruda foto grafica el nivel de abusos que pueden padecer las personas con discapacidad psicosocial e intelectual: <http://www.lagaceta.com.ar/nota/455320/Policiales> (se trata de una mujer en ropa interior atada a un poste y amordazada).

instituciones psiquiátricas. De ese total, 14.000 estaban encerradas en colonias y 7.000 en hospitales monovalentes.¹³ Según la Investigación “*Vidas Arrasadas*”,¹⁴ hacia el año 2007 las personas internadas en instituciones psiquiátricas superaban las 25.000 personas en Argentina.¹⁵ De allí que, un 89 % de las camas públicas destinadas a salud mental están concentradas en hospitales psiquiátricos, mientras que sólo un 7.1% están concentradas en hospitales generales y 3.9% en estructuras comunitarias.¹⁶

Esta situación se corrobora con la información proporcionada por la Oficina de Estadísticas del Poder Judicial de la Nación, de los 19.000 casos relacionados con salud mental sólo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (desde inicios de 2009 hasta septiembre de 2011), cerca del 70% de los iniciados en 2009 corresponden a internaciones, porcentaje que aumenta un 7% hasta septiembre de 2011.¹⁷

Por su parte, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (en adelante “DNSMyA”)¹⁸ adoptó algunas medidas tendientes a cumplir con las obligaciones comprometidas en la CDPD y la LNSM. El informe de gestión presentado a un año de su creación revela una reducción de camas en hospitales monovalentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y un aumento -muy incipiente- de su disponibilidad en hospitales polivalentes en varios lugares del país.¹⁹

Sin perjuicio de esos avances que también han sido señalados por el Estado en la respuesta a la Lista de Cuestiones del Comité de la CDPD, para que la baja de personas internadas en hospitales neuropsiquiátricos se traduzca en un verdadero proceso de desinstitucionalización, se deben crear políticas de ampliación de dispositivos suficientes y accesibles que brinden una verdadera alternativa de inclusión a quienes durante años han vivido abandonados y aislados de la comunidad y verificar mecanismos de seguimiento y monitoreo de la situación de las personas externadas, hasta tanto se compruebe su inclusión en la comunidad en forma sostenible. En este sentido es de gran relevancia el seguimiento a la implementación del Plan Nacional de Salud Mental, aprobado en el año 2013.²⁰

Para avanzar en la implementación de un plan progresivo de desinstitucionalización es necesario que el abordaje en salud mental tienda a restringir al máximo posible las situaciones de privación de la libertad y propicie mecanismos de control efectivos. Estos cambios deberían plasmarse, como mínimo, en un aumento de las casas de medio camino o residencias, el acceso a los servicios de salud mental en hospitales generales, en programas de inserción laboral así como en la creación de sistemas de apoyos adecuados para el acceso a la justicia, entre otros aspectos. Además, la ampliación de programas que atienden diversas necesidades de la población debería expresarse también en una disminución del requerimiento de medidas más restrictivas como la internación.

La situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Existe una política regresiva que da cuenta de esta fuerte resistencia desde autoridades estatales a cumplir con el marco normativo vigente. Una medida estatal ejemplificadora de ello fue la decisión del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de cerrar el servicio de zooterapia (terapia asistida con animales) destinado a la rehabilitación, recuperación y asistencias de 300 niños, niñas y adolescentes con discapacidad.²¹ En similar orientación y en la misma jurisdicción, el 28 de octubre de 2011 se ordenó

¹³Para acceder al informe completo del PRONESAM ver el link oficial del Ministerio de Salud de la Nación: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2-camas-disponibles-destinadas.pdf>

¹⁴ CELS y MDRI, “*Vidas Arrasadas...*”, Ob. Cit.

¹⁵ CELS y MDRI, “*Vidas Arrasadas...*”, Ob. Cit.

¹⁶Información extraída del 2° Boletín Oficial de la DNSMyA de 2010.

¹⁷Elaboración propia sobre la base del informe de la Oficina de Estadísticas, del Poder Judicial de la Nación, realizado a pedido del CELS, noviembre de 2011.

¹⁸Pertenece al Ministerio de Salud de la Nación dentro de la órbita del Poder Ejecutivo.

¹⁹Información de la DNSMyA disponible en <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/recursos-comunicacion/publicaciones/presentacion-y-resultados-de-la-convocatoria.pdf>

²⁰ Para ver el Plan Nacional de Salud Mental acceder al siguiente link: http://www.ssalud.gov.ar/novedades/archivos/documentos/2013-10-08_plan-nacional-salud-mental_1.pdf

²¹Resolución de la Dirección General de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires n° 1050/MSGC/11 de 28 de junio de 2011.

a los/as directores/as de los hospitales que sancionen a los/as empleados/as que respondan preguntas del Ministerio Público Tutelar²². Con ello se obstaculizó la tarea de contralor que constitucionalmente le corresponde a este organismo.²³ Estas medidas resultan aún más alarmantes si se considera que violan la Constitución y la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires n° 448 (con más de diez años de vigencia formal).

En la misma orientación, el 3 de enero de 2012 el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires aprobó mediante Resolución n° 52/MSGC/12 los pliegos para la licitación del “*Servicio de internación prolongada de pacientes psiquiátricos y pacientes gerontopsiquiátricos*”. La licitación pública asciende a un monto de casi 13 millones de pesos para un total de 60 camas de internación psiquiátrica *prolongada*²⁴ Esta decisión fue adoptada en clara violación de las leyes local N° 448 y nacional N° 26.657 en cuanto a la desinstitucionalización progresiva de las personas internadas por razones de salud mental (la LNSM prohíbe expresamente la creación de nuevos manicomios a la vez que obliga a adaptar los ya existentes hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos).²⁵

Condiciones de indignidad en el marco de internaciones (Arts. 9 y 10 del PIDCP)

Una de las decisiones promisorias con relación a las condiciones de encierro del Hospital Neuropsiquiátrico “José T. Borda” -uno de los más importantes del país- ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante “H. Borda”) fue la sentencia dictada el 08 de noviembre de 2011 por la Sala II de la Cámara de Apelaciones Contencioso, Administrativo y Tributario de la misma ciudad, mediante la cual se ordenó la modificación de condiciones edilicias de carácter urgente y en razón de hechos violentos sucedidos en dichas instalaciones.²⁶ Sin perjuicio de esta decisión, aún muy lejana a una respuesta estatal que respete la CDPD, el cumplimiento de la LNSM impone a las autoridades planificar una inversión económica, no solamente para mejorar las instituciones psiquiátricas en sus condiciones edilicias sino también para sustituirlas por servicios de atención comunitaria que se traduzcan en verdaderos dispositivos de inclusión.

No obstante el tiempo transcurrido desde los reiterados reclamos por las condiciones edilicias y, pese a la sentencia judicial mencionada, las condiciones de encierro siguen presentando graves irregularidades. Así por ejemplo, el mencionado hospital mantiene algunos sectores sin suministro de gas, aún en épocas invernales.²⁷

Además, en los últimos días se han producido varios hechos de violencia por la construcción de una nueva sede para la Jefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y cinco ministerios en tres hectáreas dentro del H. Borda. Dentro de ese espacio está el edificio donde funciona uno de los talleres protegidos intrahospitalarios (donde se trabaja en la capacitación en oficios de carpintería y herrería y fabrican camas, sillas, armarios y otros muebles para el equipamiento hospitalario).²⁸ Con independencia del desarrollo que se realizará en el apartado del Art. 27 sobre la compatibilidad de la estructura de los

²² El Ministerio Público Tutelar es una institución que integra el Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de conformidad con los Artículos 124 y 125 de su Constitución y tiene como misión principal la justa aplicación de la ley, la legalidad de los procedimientos y el respeto, la protección y la satisfacción de los derechos y garantías de las PCDPS

²³MEMORANDUM n° 2011- 01927071 de la Dirección General de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre “pautas a seguir frente a las inspecciones de los Asesores Generales Tutelares”.

²⁴ <http://asesoria.jusbaires.gob.ar/content/privada-no-es-buena-la-salud-mental.html>
<http://www.diariojudicial.com/noticias/Privada-no-es-buena-la-salud-mental-20120125-0002.html>

²⁵ Si bien la licitación fue suspendida transitoriamente a raíz de una acción judicial de la Asesoría General Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires, aún se desconoce el fin de los fondos que estaban destinados a esa licitación y no se descarta que se reanude el proceso administrativo.

²⁶Cámara de Apelaciones Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad de Buenos Aires, Sala II, causa n°: 24708/0, caratulada “ASESORIA TUTELAR n° 1 ANTE LA JUSTICIA EN LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO Y TRIBUTARIO DE LA CABA c/ GCBA s/ AMPARO (ART. 14 CCABA). 8 de noviembre de 2011

²⁷ Véase más información en el siguiente link: <http://laboratoriosocialesargentinabenasayag.blogspot.com.ar/>

²⁸ Al respecto ver notas periodísticas sobre los recientes hechos de violencia en el Borda: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-200669-2012-08-09.html>

talleres protegidos con la CDPD, resulta particularmente preocupante que decisiones de transferencia de recursos no respondan a un plan integral de desinstitucionalización.²⁹

Aún cuando existen escasas excepciones judiciales en las cuales se adoptan decisiones para el mejoramiento de las condiciones de encierro, resulta casi imposible que las agencias estatales encargadas de implementarlo cumplan las decisiones jurisdiccionales. Las sentencias como la ley, se convierten en letra muerta cuando no existe voluntad política de revertir la grave situación de los asilos psiquiátricos.

Esta situación se complejiza aún más cuando se trata de deconstruir la lógica del manicomio dentro de instituciones privadas. En ellas es mayor la imposibilidad fáctica de un funcionamiento eficaz de los mecanismos de control legalmente previstos. Además, el circuito de articulación intersectorial para avanzar hacia el nuevo paradigma es aún más complejo con la presencia de actores privados cuyos intereses corporativos intervienen en el diseño del sistema de salud.

La situación de las personas con padecimiento mental en cárceles comunes (Arts. 9, 10, 14, 15 del PIDCP)

En el Servicio Penitenciario Federal (SPF), existen programas en materia de salud mental bajo la dirección de Sanidad: Programa de Asistencia Grupal para Adictos (AGA), Programa de Prevención de Suicidios (PPS), Programa para Internos condenados por delitos de agresión sexual (CAS), el Servicio de Psiquiatría para Varones, el Servicio de Psiquiatría para Mujeres, los Centros de Rehabilitación de Drogadependientes (CRD) y el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA).

Sin embargo, es evidente la ausencia de una mirada integral sobre la persona y sus padecimientos, que incluya una comprensión del entorno carcelario como un aspecto facilitador a la manifestación de deficiencias psicosociales. La diversificación de programas de atención de la salud mental eleva el riesgo de convertir el abordaje en una modalidad de “ventanilla” que genera más estigmas, vulneraciones y abandono al ya existente. Un hecho revelador es que de las 56 personas fallecidas en el ámbito del SPF durante 2012, 11 de ellas (casi un 25% del total) fueron suicidios por ahorcamiento, convirtiéndose en la principal causa de muerte.

La situación requiere de medidas políticas concretas y urgentes que prioricen al sujeto y no a los emergentes del padecimiento mental, ya que los esfuerzos por brindar una respuesta acorde y articulada han sido, como mínimo, insuficientes.

Contexto general sobre la privación de la libertad de Personas con Discapacidad Psicosocial en unidades carcelarias neuropsiquiátricas (Arts. 9, 10, 14 y 15 del PIDCP)

Al marco jurídico general de protección de las PCDPS deben agregarse aquellas regulaciones relativas a las que se encuentran involucradas en un proceso penal. El Código Penal de la Nación (CPN) prevé la imposición de una medida de seguridad privativa de la libertad en aquellos casos en los cuales la persona es declarada inimputable pero, a consideración judicial, reviste criterios de “peligrosidad”.³⁰ Cabe señalar

²⁹ Preocupa particularmente que estas medidas se adopten en un contexto de derivaciones sin controles ni criterios preestablecidos hacia psiquiátricos privados que tienen convenios con las obras sociales, y de “externaciones” que terminan en la situación de calle de las PCD. Se cortan los tratamientos de muchos años y se destruyen los pocos vínculos de confianza que mantienen las PCD con su equipo tratante, sin construir otros apoyos que les permita mantener una vida autónoma. La lectura dual que puede hacerse de estas situaciones (defender la salud pública no es defender el manicomio) conlleva el riesgo de vaciar la inversión en salud pública en pos de intereses privados, so pretexto de cumplir el proceso de desinstitucionalización que manda la LNSM y la CDPD.

³⁰ Código Penal de la Nación, Artículo 34:

No son punibles:

1º. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

que el pasado 7 de mayo, mediante Decreto 678/2012 de la Presidencia de la Nación, se creó la Comisión para la Elaboración del Proyecto de Ley de Reforma, Actualización e Integración del CPN, oportunidad inmejorable para debatir la adecuación normativa de esta legislación interna a los estándares de la CDPD, teniendo la mirada transversal del Art. 12 CDPD.

Conforme la mencionada norma, la medida impuesta solo puede cesar cuando desaparece el “peligro” que le diera origen. La amplitud de la ley penal permite que, en la mayoría de los casos, estas medidas – generalmente privativas de la libertad- se basen en un pronóstico de peligrosidad futura y se tornen absolutamente indeterminadas en el tiempo, violando el principio de legalidad penal contenido en normas de rango constitucional.³¹ Conforme lo han establecido los órganos de aplicación de los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por el Estado Argentino, el principio de legalidad consiste no solamente en la descripción legal del hecho, sino también en la determinación de la pena y sus consecuencias, es decir, que en la norma penal debe especificar en forma clara y precisa la determinación material y temporal de la coerción estatal.³² Si bien existen discusiones con relación a la naturaleza jurídica de las medidas de seguridad, lo cierto es que son una expresión del poder punitivo estatal contra personas que cometieron actos dañosos y frente a los cuales se impone la privación de la libertad. Por consiguiente, es imprescindible el establecimiento de límites ajustados al principio de legalidad.

Esta vaguedad y amplitud en la norma penal deriva, en muchos casos, en que el máximo de la pena prevista para la conducta delictiva que diera origen a la intervención estatal resulta ampliamente superado por los años que la persona pasa privada de la libertad por la medida de seguridad impuesta.³³ En consecuencia, las personas quedan detenidas en forma indeterminada hasta que se considere que no manifiestan conductas peligrosas, circunstancia de controvertida comprobación puesto que, la idea de “peligrosidad” implica hacer un pronóstico sobre las conductas futuras del sujeto. A ello debe agregarse que, las condiciones de encierro propias de las cárceles psiquiátricas destinadas a alojar a esta parte de la población penitenciaria y la ausencia de atención interdisciplinaria adecuada a las necesidades de las personas, ponen en creciente riesgo el estado de salud mental del sujeto.

En otro orden de ideas, la legislación penal argentina reconoce a través del instituto de “prisión domiciliaria” la probable colisión entre el encierro y el proceso de rehabilitación exitoso de una persona con algún tipo de discapacidad, por lo que prevé la posibilidad de cumplimiento de la pena en su domicilio para poder recibir una atención acorde a sus necesidades de tratamiento.³⁴ Es de destacar que esta

En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás.

En los demás casos en que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso.

³¹ El principio de legalidad se encuentra consagrado en el artículo 18 de la Constitución Nacional Argentina; artículo 9 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el artículo 15 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ambos instrumentos internacionales con jerarquía constitucional conforme el artículo 75 inc. 22 de la Constitución Nacional):

³² Corte IDH, caso Fermín-Ramírez vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia de 20 de junio de 2005, serie 126, párr. 92.

³³ Así, por ejemplo, se puede mencionar el caso de una persona con discapacidad psicosocial detenida en la Unidad Penitenciaria Neuropsiquiátricas N° 34 de la localidad de Melchor Romero, La Plata, Provincia de Buenos Aires (dependiente del Servicio Penitenciario de la Pcia. De Bs. As). El delito por el cual se le inició la causa penal es el de “amenazas” que prevé un máximo de pena de 3 años aún con agravante. Sin embargo, tras declarada su inimputabilidad se le impuso una medida de seguridad y en virtud de la cual hace 16 años se encuentra privado de la libertad.

³⁴ El Artículo 1, incisos “a” y “c” de la ley n° 26.472, modifican el artículo 32 la Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad, n° 24.660 incorporando la posibilidad de disponer el cumplimiento de la pena en prisión domiciliaria cuando la privación de la libertad impida recuperarse o tratar adecuadamente su dolencia y no correspondiere internación y cuando la privación de la libertad en un establecimiento carcelario sea inadecuada por su condición, implicando un trato indigno, inhumano o cruel.

posibilidad de cumplimiento alternativo de pena para las PCD que introduce la Ley N° 26.472³⁵ de 2009 es un avance pero no contamos con información sobre su efectividad en los hechos.

Cuando se trata de una discapacidad psicosocial la colisión entre la rehabilitación y el encierro deja de ser una probabilidad para convertirse en un dato de la realidad. La segregación efectiva de las personas en las instituciones psiquiátricas contribuye a incrementar su exclusión social, además de violar 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; quedan sometidas al régimen custodial de las instituciones psiquiátricas y pierden las habilidades de vida esenciales que necesitan para vivir en la sociedad, todo lo cual impide su inclusión en la comunidad.³⁶

Por consiguiente, si existen razones de salud que justifiquen la necesidad de una internación psiquiátrica y, además, la persona se encuentra en cumplimiento de una condena o con prisión preventiva, se deben adoptar las medidas para que la privación de la libertad por causas penales sea llevada a cabo en resguardo de la atención necesaria en materia de salud mental. Si por el contrario, no existen causas de salud para la internación debe primar la decisión que favorezca a la rehabilitación de la PCDPS, así fuera el otorgamiento del arresto domiciliario y siempre que el Estado garantice que la persona tenga acceso a los servicios de atención que requiere.

Sin perjuicio de los factores de riesgo que representan las disposiciones legales mencionadas con relación a las causas estructurales que determinan las condiciones de hacinamiento y malos tratos en las cárceles neuropsiquiátricas, en los hechos la mayoría de las PCDPS que se encuentran detenidas en este tipo de unidades penitenciarias fueron sobreseídas luego de una declaración de inimputabilidad. Sin embargo, bajo fundamento de peligrosidad, se les impone una medida de seguridad privativa de la libertad, la cual es instrumentada en la mayoría de los casos, por la lógica coercitiva de los servicios penitenciarios. Son inocentes privados de la libertad que gozan de menores garantías procesales que aquellas personas condenadas y cuyas necesidades en salud mental son, en general, incompatibles con las condiciones de encierro en las cuales se encuentran.

En este contexto, las PCDPS bajo el sistema penal se encuentran sujetas a una doble lógica coercitiva: el manicomio en la cárcel. Es preciso adelantar que, las situaciones difieren mucho según se trate de institutos penitenciario psiquiátricos federales y provinciales, con particular atención a la gravedad de aquellos pertenecientes al Sistema Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires.

Servicio Penitenciario Federal. La creación del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA)

Dentro del esquema federal, las autoridades nacionales ordenaron el cierre de las unidades penitenciarias psiquiátricas N° 20 y 27 que pertenecían al Servicio Penitenciario Federal, luego de producido un incendio que causó la muerte de dos personas que se encontraban detenidas.³⁷ Tras el cierre de estas Unidades se creó el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (en adelante "PRISMA").³⁸

El CELS hizo un seguimiento de aquellas condiciones de encierro, denunciando las graves violaciones que allí sucedían y promoviendo la generación de políticas públicas que sustituyan el modelo de asilamiento de las PCDPS que se encuentran bajo el régimen penal por otra respetuosa de sus derechos, de acuerdo a los estándares de la CDPD.

³⁵ Véase: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/145000-149999/149566/norma.htm>

³⁶ CELS y MDRI, "Vidas Arrasadas...", Ob. Cit.

³⁷ Sobre el particular ver apartado relativo al Art. 13.

³⁸El programa fue creado el 27 de julio de 2011 por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y Ministerio de Salud, Resolución Conjunta 1075/2011-MJDH y 1128/2011-MS - SALUD PÚBLICA - Crea Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA).

En el marco de este seguimiento, en el año 2007 se constataron graves violaciones a los derechos humanos de las PCDPS allí detenidas.³⁹ Durante el año 2010 se verificaron algunos cambios superficiales y solamente sobre las condiciones edilicias, sin producirse modificaciones sobre las características estructurales del sistema asilar y coercitivo.⁴⁰

Finalmente, luego del incendio en la ex U20 del SPF, con la creación del PRISMA se establecieron dispositivos de evaluación (o admisión), de tratamiento y de inclusión social (o egreso) para brindar asistencia a las PCDPS alojadas en las cárceles federales, que cumplan con los criterios de admisión fijados. Así se presentó una respuesta alternativa y superadora del modelo anterior, alineada con los estándares a la LNSM., Los hombres fueron trasladados al Hospital Penitenciario Central I de Ezeiza (HPC), adaptado para esta nueva función, y las mujeres fueron derivadas al Instituto Correccional de Mujeres Unidad 3 de Ezeiza. En ambos casos se tratan de cárceles de mediana a alta seguridad.

Hasta donde pudo conocerse, el dispositivo pretende garantizar que las personas admitidas cumplan estrictamente con los criterios previstos, evitando que estos espacios se conviertan –una vez más- en depósitos de PCDPS y con distintas necesidades de intervención.⁴¹ Respecto de las condiciones de alojamiento se advierten mejoras visibles para el caso de los hombres y condiciones menos favorables para las mujeres.⁴² El sistema de egreso es el punto más innovador del Programa. Se propone un dispositivo sanitario abierto, por fuera del sistema penal, con una casa de medio camino y equipos de seguimiento comunitario. Esta es la marca diferencial del nuevo esquema de intervención, ya que propone un acompañamiento desde que la persona está en situación de obtener su libertad hasta que se encuentra en condiciones de continuar su vida en sociedad, con un enfoque centrado en la

³⁹CELS y MDRI, *Vidas Arrasadas*, *Ibíd.*

⁴⁰La información fue relevada de la visita que realizó el CELS el 3 de noviembre de 2010 a la U20 del Servicio Penitenciario Federal, en respuesta a una invitación de autoridades de esa Unidad, a partir de la cual elaboró un informe de situación que denuncia los escasos cambios observados con relación a la situación de las personas allí alojadas en 2005/2007. Entre las cuestiones más alarmantes se destacan las siguientes: 1) el uso de las celdas de aislamiento continúa vigente, siguen sin contar con fuentes de luz natural, ventilación, ni instalaciones sanitarias; 2) se constató la falta de atención médica en algunos pacientes que presentaron evidentes infecciones producto de heridas; 3) si bien ha habido un progreso en lo que respecta a la adecuación y monitoreo de los tratamientos farmacológicos aún persisten casos de internos pacientes cuyas necesidades de tratamiento no son atendidas; 4) persiste la internación prolongada de personas que están en condiciones de alta médica sin que esto pueda materializarse por falta de servicios sociales que permitan su externación a inclusión en la comunidad; 5) no existen programas educativos orientados a la rehabilitación o al favorecimiento de algún tipo de reincorporación en el entramado social de parte de los internos sigue siendo una de las mayores limitaciones del penal, la mayoría de los internos permanecen largas horas en sus celdas sin desarrollar ningún tipo de actividad; 6) insuficiente supervisión y monitoreo de los derechos humanos de las personas institucionalizadas

⁴¹El CELS visitó los lugares en donde actualmente opera el PRISMA los días 14, 21 y 28 de diciembre de 2011.

⁴²El dispositivo de varones tiene capacidad para 60 personas y al 14 de diciembre de 2011 alojaba 52 personas. Las instalaciones son nuevas, las celdas son en su mayoría individuales, y se asemejan a una habitación con altas medidas de seguridad. Es destacable que no hay celdas de aislamiento o de privación sensorial. Sin embargo, aún no se habían terminado de reemplazar los colchones por otros ignífugos (anti llamas). Según pudimos constatar en las visitas realizadas, las personas entrevistadas (PDPS detenidas y profesionales del campo de la salud) mencionaron una disminución de los hechos de violencia en la interacción con los integrantes del SPF, que atribuyen al cambio de dinámica convivencial. Por su parte, el dispositivo de tratamiento para mujeres tiene una capacidad para 22 personas, y la población era de 13 mujeres al 28 de diciembre de 2011. A diferencia de los hombres, las mujeres habitan en una cárcel común diseñada en un esquema de *peine*, y el encierro mantiene la forma tradicional de pequeñas celdas individuales con escasa luz, donde las mujeres con discapacidad psicosocial aguardaban de pie la visita junto a las puertas. Hay un espacio de uso común con salida al exterior que las mujeres pueden transitar libremente durante el día, según el personal. Sorprende la existencia de un sector en esquema de abanico recientemente construido, a escasos metros de este pabellón, de gran tamaño, con comodidades y moderna infraestructura, bastante similar al dispositivo para varones, que se encuentra en condiciones de ser habitado pero la mudanza aún no se había efectuado.

reconstrucción de los vínculos familiares o sociales. Sin embargo, se desconoce la implementación efectiva de este dispositivo.⁴³

Podemos identificar algunos puntos de preocupación que harán al éxito y la viabilidad de una propuesta que pretende adecuar sus prácticas a los estándares de la CDPD y que podría tomarse como un piso mínimo de derechos adquiridos que debiera ser respetado en todas las cárceles del Estado Argentino.

Una de las principales inquietudes sobre PRISMA radica en la necesaria articulación que debería existir con los mecanismos de control previstos en la LNSM, en particular en lo atinente a la intervención de los abogados defensores⁴⁴ y al Órgano de Revisión,⁴⁵ como así también las previsiones relativas a la implementación del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT) que surge del Protocolo Facultativo a la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (OPCAT) y que la Argentina debería haber establecido hace ya varios años.⁴⁶

Otra cuestión que merece ser señalada es la dimensión del PRISMA en cuanto a la población que abarca, es que se trata de un modelo implementado en el Sistema Penitenciario Federal dependiente del Estado Nacional. Las provincias se reservan la persecución y sanción penal de delitos ordinarios (aquellos que no tienen, por vía de excepción legislativa, competencia federal). Por ello, si bien el programa muestra un avance es preciso que se diseñe el modo de articulación para que instancias similares sean provistas en los sistemas provinciales.

También es preocupante la situación de la población que no es admitida al PRISMA. Más allá de los criterios de admisión basados en diagnósticos,⁴⁷ es necesario definir los dispositivos y los responsables de los tratamientos de las personas que no encuadren en ellos. Por ejemplo, las personas con problemáticas de adicciones o discapacidad intelectual, que son un importante porcentaje de la población que estaba alojada en la ex U 20, quedan fuera del programa y se desconoce con qué criterios quedan derivados a cárceles comunes y el tratamiento que allí tienen. Además se debe evitar que el abordaje de este tipo de necesidades de asistencia en las unidades penitenciarias comunes quede a cargo de personal que no esté capacitado en los estándares de tratamiento acordes al nuevo paradigma. Más aún teniendo en cuenta que las PCDPS requieren para su inclusión social ciertos servicios de asistencia comunitaria que, generalmente, resulta contradictoria a la lógica del encierro propia del sistema carcelario.

Es necesario conocer cómo articulan los criterios previsto en el PRISMA y la implementación de la “prisión domiciliaria”. Según la normativa que crea el referido programa si bajo criterio clínico hay razones de internación la persona quedaría admitida al programa. En caso contrario no está claro en qué situaciones y bajo qué criterios se determina que la PCDPS debe cumplir su condena en cárceles comunes (y en ese supuesto como se realizará su tratamiento) y ante qué otros supuestos puede cumplir su condena en prisión domiciliaria (y en ese caso como garantiza el Estado Argentino que la persona tenga acceso a los servicios de atención que requiere fuera de la cárcel).

⁴³ Pese a las dificultades aún persistentes, también es preciso reconocer que la situación de las PCDPS que se encuentran actualmente en el PRISMA, particularmente la de los hombres, es superadora frente a la crisis estructural que caracterizó a las ex unidades 20 y 27.

⁴⁴LNSM, Art. 22.

⁴⁵El capítulo X de la LNSM prevé la creación de un órgano de revisión con funciones de control, fiscalización y promoción de los derechos de las PCDPS, particularmente de aquellas que encuentran internadas. Ver a este respecto el apartado relativo al artículo 15 de la CDPD sobre protección contra la tortura y otros tratos cruells inhumanos o degradantes.

⁴⁶ Argentina ratificó el OPCAT en 2004. El OPCAT entró finalmente en vigor en junio de 2006. De acuerdo con su art. 17, los Estados tienen un año desde la entrada en vigencia para establecer el MNPT. El 28 de 2012 se sancionó la ley 26.827 que crea Sistema Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, que resulta respetuoso de los estándares del OPCAT. Uno de los desafíos a la hora de su implementación será la articulación con el Órgano de Revisión, con relación a la prevención de la tortura de las personas que se encuentran privadas de la libertad por razones de salud mental.

⁴⁷Acordes con la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, (CIE 10) de la OMS.

Las unidades psiquiátricas en el ámbito del Servicio Penitenciario de la provincia de Buenos Aires

Como se adelantó, la situación de las unidades carcelarias psiquiátricas en la provincia de Buenos Aires (como la de otras jurisdicciones del Estado) difiere radicalmente del esquema federal. Los institutos neuropsiquiátricos de máxima seguridad ubicados en la localidad de Melchor Romero (La Plata, provincia de Buenos Aires) están sobrepoblados y, en su mayoría, de personas inimputables cuyo tratamiento debería estar bajo la esfera civil. De la visita realizada por el CELS durante el mes de abril de 2012 a la Unidad Penitenciaria n° 34 “Instituto Neuropsiquiátrico Melchor Romero”, se constataron las siguientes cuestiones:

- La mayoría de las personas detenidas no tienen criterio de salud para estar en esas unidades psiquiátricas y, sin embargo, permanecen allí meses o años luego de ser trasladadas para una evaluación.⁴⁸ Hay muchas celdas inhabilitadas y dos internos por celda, las cuales son de espacios muy reducidos y con escasa entrada de aire y luz natural. En muchas de ellas faltan colchones y los existentes están en malas condiciones y no son ignífugos. La distribución de las personas no está realizada en base a fundamentos de salud. Los criterios son aquellos aplicados por personal carcelario.⁴⁹ Esta situación da como resultado que los pabellones tienen una conformación mixta de distintas patologías y necesidades (inclusive conviven en los mismos pabellones personas en distinta situación jurídica, algunas declaradas inimputables con otras condenadas o con prisión preventiva). Desde el ingreso el único contacto con profesionales de la salud está dispuesto para determinar si el detenido está en condiciones de convivir con la población general o debe ser aislado. Tampoco se conocen los criterios de evaluación para esta determinación. La única intervención en salud es la farmacológica, advirtiendo que, en muchos casos, la medicación es utilizada como control social de la población. El control de la medicina que se suministra a cada detenido se efectúa con la periodicidad de una vez por mes. Sin embargo, según informa la médica de guardia a los visitantes *“si no puede concurrir por algún motivo puede pasar mas tiempo que eso”*. Ninguno de los profesionales de la salud ni los agentes penitenciarios entrevistados tenían conocimiento alguno sobre la existencia de una LNSM y las obligaciones que de allí derivan para su desempeño como garantes de la integridad psicofísica de las personas a su cargo. Había una absoluta falta de actividades e imposibilidad de trabajar o estudiar. Ante una situación de crisis o descompensación resulta de gran dificultad tener acceso a la intervención de profesionales de la salud. Esto responde a que la cantidad de personal sanitario disponible es insuficiente para brindar asistencia a toda la población (al momento de la visita hay una médica clínica, un psiquiatra y un enfermero para toda la unidad).⁵⁰
- Como consecuencia, ante un cuadro de excitación psicomotriz la contención la instrumenta el personal penitenciario, intervención para la cual no existe protocolo alguno. Al preguntar por el tiempo aproximado que transcurre entre que sucede el episodio de crisis y la llegada de algún profesional de la salud mental que pueda intervenir, la médica entrevistada señala *“en cuanto se llegue”*.

⁴⁸ A los interrogantes sobre esta situación el personal penitenciario responde que el control sobre los criterios clínicos *“no es [su] tarea”* puesto que ellos *“no [hacen] el informe”*. Como consecuencia, el penal tiene una capacidad total para 382 personas (la cual se encuentra generalmente colmada), y al momento de la visita había aproximadamente 200 PCDPS, los restantes de encontraban alojados allí para “evaluación”. De cinco historias clínicas relevadas al azar, cuatro tenían informe médico de alta psiquiátrica desde hacía más de 30 días, a la espera de la decisión de los agentes penitenciarios de reubicarlos en otras unidades.

⁴⁹ Al ser cuestionados por esta situación los agentes penitenciarios manifiestan que *“cuando necesitan lo ayudan personal de tratamiento para ordenar a la población”*. Además agregan *“intentamos dividirlos tratando de poner a aquellos que son muy dependientes con otros que están mejor y los pueden ayudar”*, reconociendo la insuficiencia del personal.

⁵⁰ En general, hay un solo psiquiatra en el turno mañana para toda la dependencia y otro durante en el turno tarde. Desde las 17 hs. hasta las 8 de la mañana aproximadamente solo hay guardias pasivas (ante la pregunta de cómo se desarrollaban las guardias pasivas, si el profesional regresaba a su casa o se quedaba en la institución, los agentes penitenciarios responden *“lo resuelve el psiquiatra de guardia a su criterio”*).

- No existe un sistema de control sobre los fármacos que ingresan al área sanitaria y los suministrados a las personas detenidas. La administración es casi discrecional a cargo de los agentes penitenciarios.
- Las historias clínicas no tienen un formato uniforme ni cumplen con condiciones mínimas de seguridad que impidan su alteración. Esto resulta de gran gravedad considerando que este documento tiene la función de sistematizar y registrar la información relativa a las intervenciones y daños físicos y psíquicos que sufran las personas.
- Hay serias deficiencias en la comunicación entre el personal médico, administrativo y judicial, lo que deriva muchas veces en la continuidad de una persona que no tiene criterio para estar allí, aún cuando existen informes médicos que indican su traslado.
- El único patio existente es una suerte de jaula de 3 por 3 metros de superficie.
- Muchas de las personas se encuentran en esa unidad por adicción a sustancias, pero no hay tratamiento para adicciones.
- En muchos casos las personas detenidas en estas unidades están sobremedicadas, lo cual dificulta su acceso a vías de comunicación eficaces para canalizar denuncias y reclamos por malos tratos.
- Quienes se encuentran en los pabellones de aislamiento pasan las 24 hs. encerrados. Estos son celdas de 2 por 3 metros, con una letrina antihigiénica, sin tapa y en malas condiciones.
- Mucha gente entrevistada no sabía por qué razón se encontraba en una unidad neuropsiquiátrica ni qué medicación tomaba.

En conclusión, las irregularidades reseñadas a lo largo de todo este apartado deben ser tenidas en cuenta en el contexto de necesidades propias de las PCDPS. Las graves condiciones de detención son en general indignas para todas las personas detenidas, pero el impacto negativo y de deterioro sobre la salud física y psíquica se incrementa en los casos de PCDPS. Para avanzar en la imprescindible implementación de programas que privilegien la atención en materia de salud mental insertos en la comunidad sobre el sistema coercitivo propio de las instituciones de encierro y garantizar alternativas a la detención que permitan remover las barreras sociales que impiden a las PCDPS ejercer su derecho a la libertad y seguridad personal en el marco de una vida autónoma, es fundamental que se reglamente la LNSM y se creen programas para su implementación en todo el país.

Preguntas propuestas al Estado Argentino:

- 1- Sírvase informar cuáles son las políticas públicas para garantizar la progresividad del proceso de desinstitucionalización de las personas con discapacidad privadas de la libertad en asilos psiquiátricos u hogares o cualquier otra institución, en cumplimiento con la Ley Nacional de Salud Mental y la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- 2- Sírvase informar las políticas públicas para garantizar medidas de inclusión socio – laboral (trabajo y empleo) de las PCDPS.
- 3- Sírvase informar las políticas públicas para garantizar alternativas de vivienda adecuada y sostenible para las personas institucionalizadas.
- 4- Sírvase informar cuáles son los mecanismos previstos por el Estado Argentino en todo el país para garantizar la progresiva transformación de los tratamientos centrados en la privación de la libertad como principal medida terapéutica, a las respuestas centradas en dispositivos de inserción comunitaria, abiertos y con un abordaje integral de la persona. Asimismo, sírvase informar qué mecanismos de control adoptó el Estado argentino para garantizar que las internaciones en el plan de progresividad cuentan con todas las salvaguardias adecuadas a las necesidades de la persona.

- 5- ¿Qué medidas adoptó el Estado Argentino para adecuar el régimen de inimputabilidad del Código Penal de la Nación (art. 34 y concordantes) a los estándares de la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos con relación al cumplimiento de las garantías del debido proceso y el principio de legalidad penal en estos procesos?
- 6- ¿Qué medidas adoptó el Estado Argentino para relevar la cantidad de personas con discapacidad psicosocial e intelectual que se encuentran detenidas en todas las cárceles del país y qué tipo de necesidades según su discapacidad requieren?
- 7- Sírvase informar que políticas públicas y otras medidas urgentes ha podido implementar el Estado Argentino para atender los padecimientos mentales de manera integral de la población carcelaria común, para disminuir el índice de muertes por razones de salud mental.
- 8- Con relación al PRISMA: sírvase informar qué medidas adoptó el Estado Argentino para asegurar la implementación en forma sostenible y no regresiva de todos los dispositivos previstos, atendiendo a la particular situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres. Asimismo, se solicita que informe qué medidas adoptó el Estado Argentino para asegurar que modelos de intervención similares sean implementados en todas las cárceles del país, con independencia de las divisiones jurisdiccionales y bajo qué criterios son reubicadas las personas que no son admitidas a este programa y qué tipo de intervención reciben en las cárceles de origen.

Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (Art 7 del PIDCP)

La LNSM dispone la constitución de un Órgano de Revisión Nacional,⁵¹ cuya actuación corresponde a la órbita del Ministerio Público de la Defensa (LNSM, Art. 38), con el objeto de proteger los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.⁵² La sanción del Decreto Reglamentario 603/13 permitió avanzar en la conformación del Órgano de Revisión Nacional, que quedó conformado mediante Resolución N° 1/2013 de la Defensoría General de la Nación.⁵³

La composición de este órgano consta de representantes del Ministerio de Salud de la Nación, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, el Ministerio Público de la Defensa, asociaciones de usuarios del sistema de salud y familiares, profesionales y otros trabajadores de la salud, y organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos (LNSM, Arts. 38 y 39).

La especial relevancia de crear una instancia autónoma, independiente e imparcial, que controle el cumplimiento de los requisitos excepcionales bajo los cuales se puede disponer una internación involuntaria y asegure la garantía de todos los derechos de las personas involucradas en esa situación, responde a las históricas pautas de funcionamiento coercitivas y asilares de los lugares de aislamiento. Las situaciones de encierro propician la asimetría en las relaciones, el abuso de poder, el predominio de una lógica asilar tendiente a la anulación de la subjetividad de la persona y su consecuente segregación, y, por último, el desconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho.

Teniendo en cuenta la organización federal del Estado Argentino y los límites territoriales que posee su intervención, es imprescindible avanzar en la conformación de los órganos de revisión locales, de

⁵¹ Las principales funciones de dicho órgano consisten en la supervisión y regulación de las condiciones en que se brindan estos servicios; el seguimiento y la revisión de los casos de internaciones involuntarias o voluntarias prolongadas y otras intervenciones terapéuticas cuando no se cuente con el consentimiento informado del usuario; el control y la denuncia frente a violaciones de los derechos humanos de los usuarios; la identificación de problemáticas estructurales del sistema; la formulación de propuestas de actuación dirigidas a la autoridad de aplicación, y la implementación de la nueva ley.

⁵²La LNSM utiliza se refiere a los "usuarios de los servicios de salud mental" conforme la auto- denominación del colectivo de usuarios que participo del proceso de elaboración de la norma. A los efectos de esta presentación, siempre que se refiera a usuarios de los servicios de salud mental en los términos de la ley interna se hará alusión a las PCDPs.

⁵³ Para acceder a la resolución ver el link oficial: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/220000-224999/222155/norma.htm>

acuerdo a la organización de cada provincia, siempre que cumplan con criterios de independencia, autonomía y transparencia.

También es preciso que se promueva la articulación entre el Órgano de Revisión y el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes que debe ser establecido por el Estado argentino, en especial considerando la situación descrita en la que se encuentran las personas con padecimientos mentales en contexto carcelario.

Preguntas propuestas al Estado Argentino:

- 1- ¿Qué medidas adoptó el Estado Argentino para implementar en forma urgente el Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura y cómo se articulará con el Órgano de Revisión?
- 2- ¿Qué medidas adoptó el Estado Argentino hacia la promoción de Órganos de Revisión locales?
- 3- Sírvase informar si ha podido implementar medidas urgentes hacia malos tratos y tortura ejercidas sobre personas con discapacidad psicosocial en ámbitos de encierro carcelario.