

**“La verdad sobre la internación de
personas con enfermedades mentales
involucradas en delitos: *¿una protección
para el enfermo o un plus de castigo?*”***

Estefania Beatriz Araya. *Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Cuyo

Exhordio

“El equilibrio mental, juicio recto, valor moral, audacia, resistencia, forma de tratar al prójimo y cómo sacar el mayor bien de los contratiempos son cosas que no se aprenden en la escuela”.- Alexis Carrel

¿Cuántas veces hemos visto sucesos en los que han intervenido personas que a claras luces –u otras veces no- sufren alguna enfermedad mental, o están disminuidos en sus capacidades? ¿Qué sucede si justamente esos hechos se tratan de delitos y trascienden la esfera de lo individual ocasionando daño? ¿Qué tratamiento debe dárseles a estas personas: deben ser recluidas o reinsertas en el ámbito social? Estas son algunas de las preguntas más frecuentes, que involucran no sólo a profesionales de la salud, sino a la sociedad misma, que diariamente es la que tiene contacto efectivo con estos interrogantes.

El presente trabajo está basado en el estudio de la situación particular que comprende a las personas mayores de edad que sufren padecimientos de tipo mental –llámese alienaciones mentales u otro tipo de patologías- que se encuentran acusadas de haber sido autores de ilícitos catalogados y reprimidos por la ley penal argentina. Asimismo, se desarrolla una explicación del tratamiento que reciben y se realiza una caracterización y encuadre de las medidas aplicables a estos casos en el contexto institucional sanitario de salud mental del país.

El ítem central consiste en explicar si estas personas –enfermos mentales- reciben una consideración similar o inferior a aquellas que cuentan con plenas capacidades mentales, si son tratados efectivamente como sujetos de derecho para la ley argentina en cuanto al respeto de sus derechos, principios y garantías, y por último, si existe un sistema sanitario en Argentina que se estructura para darles plena vigencia, o si por el contrario, el sistema sanitario responde como medida de control social y otorga un plus de castigo a estos incapaces. La situación de las personas consideradas incapaces debido a un determinado

padecimiento mental, presenta puntos en común en lo que respecta a la limitación de su voluntariedad y libertad decisoria.

Entre los elementos a favor es de destacar que la legislación nacional se encuentra en un periodo de transición hacia un paradigma distinto –acorde a los nuevos estándares internacionales- en cuanto al tratamiento de los enfermos mentales, lo que favorece de esta manera la necesidad y la conveniencia de una profunda investigación y abordaje de la cuestión. También existen elementos desfavorables, se relacionan con la novedad del tema y la falta aún de reestructuración del sistema de salud mental, pero que a su vez implica un desafío para el investigador. Una de las metas principales es la realización de una labor que supla –de algún modo, aunque no completo- justamente esa deficiencia, aportando un amplio esquema de información útil y homogénea para la práctica forense.

Los sujetos implicados

El estudio se circunscribirá al análisis de los casos que involucren a personas mayores de edad –signadas como responsables de haber cometido un hecho que para la ley penal argentina se considera delito-, únicamente, no así a las particularidades que pueden plantearse en el caso de niños o adolescentes, propias del derecho penal y procesal penal juvenil. Tampoco se hará referencia a las teorías relacionadas con la determinación o verificación de las diferentes enfermedades mentales y sus diversas manifestaciones pues ello corresponde, lógicamente, al derecho penal material y a las disciplinas psiquiátricas específicas.

Aquellos sujetos especialmente aludidos son considerados **inimputables**, esto es porque carecen de imputabilidad, que es la posibilidad de atribuir el resultado de un hecho – en este caso el ilícito- a un sujeto particular. Es una atribución a una persona especialmente

condicionada –por su estado mental- de un hecho que afecta un bien jurídico protegido y por ello es la misma legislación la que se encarga de reprimirlo penalmente.

El concepto de inimputabilidad resulta en la legislación argentina de la prescripción del **artículo 34 inciso I del Código Penal Argentino** en cuanto establece, en general, que no es punible: "*e/ 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...**, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones*".

La referencia contenida en este texto a la capacidad de comprender **la criminalidad** del acto, muestra que la imputabilidad comporta algo más que la mera capacidad de tener representaciones adecuadas y correctas de los fenómenos del mundo externo, pues la criminalidad de un hecho es siempre el resultado de una valoración. Resulta, así, válida para nuestro derecho la siguiente definición: *Imputabilidad es la posibilidad, condicionada por la salud y la madurez espiritual del autor, de valorar correctamente los deberes y de obrar de acuerdo con ese conocimiento.*¹

La capacidad de motivación en sentido estricto (la imputabilidad).

En la terminología tradicional se designa a este elemento como imputabilidad, queriéndose hacer referencia con ello a las condiciones para la imputación subjetiva de un hecho determinado, es decir, a la atribución de una acción a un sujeto como su acción. Esta terminología tradicional es, en realidad, poco práctica porque no señala el elemento que realmente importa, sino el problema, en forma muy general, que se quiere resolver. Al remplazarse esa terminología por la de ‘capacidad de motivación’ o “**capacidad de**

¹ SOLER S. 1992. *Derecho Penal Argentino*. 10º ed. actualizado por Guillermo J. Fierro. TOMO II. Buenos Aires, Argentina. Tipográfica Editora Argentina.

culpabilidad", se logra un mejor acercamiento al núcleo del problema dentro de la sistemática moderna.

La cuestión de la capacidad de motivación es de naturaleza eminentemente jurídica: no debe confundirse, por lo tanto, con una cuestión médica o psiquiátrica, aunque sea necesario determinar algunos aspectos mediante conceptos médicos. La capacidad de motivación es la *capacidad de determinarse por el cumplimiento del deber*. Esta capacidad requiere: a) la *capacidad de comprender la desaprobación jurídico-penal* (Código Penal argentino "la criminalidad del acto", art. 34, 1; Código Penal colombiano "su ilicitud", art. 31) y b) la *capacidad de dirigir el comportamiento de acuerdo con esa comprensión*.

Este concepto de capacidad de motivación no ofrece dificultades frente al texto de Códigos que adoptan un *criterio mixto* (biológico-normativo) en lo referente a la fórmula legislativa en esta materia. En efecto, Códigos penales como el argentino o el colombiano que condicionan la capacidad de motivación por un lado *a. presupuestos biológicos*; la comprobación de ciertos estados del sujeto (enfermedad mental, grave perturbación de la conciencia o insuficiente desarrollo mental) y, por otro lado, a *consecuencias normativas* provenientes de esos estados (incapacidad de comprender la desaprobación jurídico-penal y de dirigir las acciones según esa comprensión).

Tampoco ofrece dificultades en relación al Código Penal español (art. 8, 1), al mexicano (art. 15, II) y al venezolano (art. 62). En España, donde la fórmula legislativa del Código vigente sólo menciona los presupuestos biológicos (criterio biológico puro), la teoría ha hecho

depender la capacidad de motivación de los presupuestos biológicos y de sus consecuencias normativas.²

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

Estos sujetos a los que se hace referencia están incluídos en los grupos de mayor vulnerabilidad o de “riesgo” debido a sus limitaciones psíquicas en cuanto a la autodeterminación y goce con plenitud de la dignidad –propia como persona-, pero es que debido a su especial condición precisamente requieren que el Estado, la sociedad y otras instituciones los rodeen de ciertos medios que les permitan rehabilitarse.

Y es así que acertadamente también lo señala la Asociación Médica Mundial, cuando prescribe que:

Si no existe el fallo legal de incapacitado, los pacientes psiquiátricos deben ser tratados como si fueran capacitados legalmente. Se debe respetar su opinión en las áreas donde puede tomar decisiones legalmente, a menos que represente un serio riesgo para ellos o para otros. Un paciente con enfermedad mental incapaz de ser autónomo legalmente debe ser tratado como cualquier otro paciente que está temporal o permanentemente incapacitado desde el punto de

² BACIGALUPO E. 1996. *Manual de Derecho Penal Parte General*..3º ed. Santa Fe de Bogotá, Colombia. Editorial Temis S.A. Pág. 156-157.

vista legal. Si un paciente no puede tomar decisiones sobre su atención médica, se debe obtener el consentimiento de un representante autorizado, conforme a las leyes vigentes.³

Al decir de Zaffaroni, 2005:

Para reprocharle una conducta típica y antijurídica (injusto o ilícito penal) a un autor es menester que éste haya tenido cierto grado de capacidad psíquica, que le hubiera permitido disponer de un ámbito de autodeterminación” (...) El psiquiatrizado es tradicionalmente excluído o inferiorizado. Su situación es de mayor indefensión que la del propio penado, en especial cuando se asocia a su condición el discurso tutelar. El psiquiatrizado –y más el manicomializado- pasa a ser un incapaz jurídica, deja de ser un ciudadano para convertirse en un tutelado.⁴

No hay clasificación de las personas en imputables e inimputables, sino injustos que son imputables y los que no lo son por razones de capacidad psíquica del autor. Esto tiene consecuencias prácticas claras: a una persona puede serle imputable un injusto pero no otro distinto. Un débil mental puede tener capacidad de pensamiento concreto y no mucha de pensamiento abstracto; la primera le puede permitir comprender el contenido injusto de un homicidio o de un robo, pero no el de un delito cambiario.⁵

Características de la medida de seguridad

Las **medidas de seguridad** propiamente dichas son medidas cuya acción se ejerce, sobre todo, mediante la prevención específica, removiendo en el sujeto las causas que lo llevaron a delinquir. El ejemplo típico lo constituye el internamiento en un establecimiento

³ ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL (A.M.M.). Octubre 2006. *Declaración sobre los problemas éticos de pacientes con enfermedades mentales*. Adoptada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995, y revisada por la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica.

⁴ ZAFFARONI E. R., ALAGIA A. y SLOKAR A. 2005. *Manual de Derecho Penal Parte General*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Ediar. Pág. 536 y 542.

⁵ ZAFFARONI E. R., ALAGIA A. y SLOKAR A. 2005 Ob. Cit. Pág. 536

especial dispuesto para el que ha delinquido en *estado de inimputabilidad*. El derecho penal clásico absolvía al inimputable y se desentendía de las consecuencias de esa absolución, desde el punto de vista penal.

Cuando el derecho, mediante un complejo de normas dispone que un sujeto anormal sea internado, esa internación no es conminada como sanción y, contrariamente a lo que dice Grisigni, no constituye la disminución de un bien jurídico. No tiene ningún contenido de amenaza o conminación y, por lo tanto, no tiene carácter penal, sino administrativo.

Por otra parte, la doctrina suele exhibir variedad de pareceres al momento de ocuparse de la conceptualización de las medidas de seguridad. Por ejemplo, Reyes Echandía –dando una conceptualización bastante completa- sostiene que:

“Es un mecanismo coercitivo que afecta intereses jurídicos personales, utilizado por el Estado en vez de la pena o como complemento de ella, que se impone a sujetos inimputables que hayan realizado una conducta típica y antijurídica y a ciertos delincuentes imputables, con fines curativos, protectores o reeducativos”.

En este orden de ideas diremos que las medidas de seguridad son manifestaciones coercitivas previstas expresamente en la ley penal, impuestas por un órgano jurisdiccional, tanto a inimputables como a imputables, que se aplican de modo doble y/o vicariante, utilizando ciertas técnicas (curativas, educativas, eliminatorias o de rehabilitación) que conduzcan a eliminar la peligrosidad del sujeto.⁶

Presupuestos de aplicación

En consonancia con lo normado por el artículo 34 inc. 1º del Código Penal Argentino segunda parte: “*En caso de enajenación (...) el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente*

⁶ AMADEO, J. S. y TERRAGNI, M. A. 2005. *Ciencias Penales Contemporáneas. Revista de Derecho Penal, Procesal Penal y Criminología*. Mendoza, Argentina. Ediciones Jurídicas Cuyo. Nº 7/8. Pág. 254- 255.

en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, previa audiencia del Ministerio Público y dictamen de dos peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o los demás”, la norma impone la realización de ciertas diligencias orientadas a confirmar o descartar la inimputabilidad presumida o sospechada por los órganos jurisdiccionales intervinientes. De ahí la necesidad de contar con el dictamen de dos peritos en el que se indique si la persona padece de una enfermedad mental que, en el momento del hecho le impedía comprender su criminalidad. (...) en este sentido podrían tenerse en cuenta antecedentes previos como conductas peligrosas reiteradas contra terceros o sí mismo, diagnósticos médicos que adviertan sobre el carácter peligroso de la enfermedad, la ausencia de control o cuidado sobre el sujeto, etc.

La medida únicamente puede imponerse siempre y cuando el informe psiquiátrico establezca no sólo la existencia de una enfermedad mental por parte del imputado sino también una alta probabilidad futura de atentado contra sí mismo o contra terceros (*pronóstico positivo de peligrosidad*).⁷

El Código Penal Español de manera similar a nuestro artículo 34, regula en su plexo normativo a las personas que están exentas de responsabilidad, entre ellas “el que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión”.⁸

⁷ CRIVELLI E. y ARAYA E. 2012. *La Condición Jurídica del Inimputable en el Código Procesal Penal de Mendoza*. Buenos Aires, Argentina. Editorial La Ley Gran Cuyo, Voces Jurídicas N° 10/2012, pág. 1042.

⁸ ESPAÑA. *Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal*. Boletín Oficial del Estado 24 de noviembre de 1995. Artículo 20.

En estos supuestos la medida aplicable es la internación como medida de seguridad.

Reclusión manicomial

Sabemos ya que no es punible el que no haya podido comprender la criminalidad de su acto o dirigir sus acciones, a causa de la insuficiencia de sus facultades mentales o por alteración morbosa de las mismas. Cuando un sujeto en tales condiciones delinque, el juez, al declararlo impune, puede disponer la reclusión manicomial del enajenado (Código Penal Argentino, artículo 34, incisos 1° y 2°).

Para el ejercicio de esta facultad, son precisos dos presupuestos: la comisión de un hecho delictivo; la existencia de un peligro de que el enfermo *se dañe a sí mismo o a los demás*. Esa fórmula coincide, casi textualmente, con la que emplea el art. 482 del Código Civil argentino. Según se ve, no se trata de una aplicación estrecha de la discutible teoría de la peligrosidad criminal, sino que la medida procede aun cuando el daño que del sujeto pueda esperarse no sea estrictamente un delito; la ley, además de ese peligro, considera el de que el enfermo se dañe a sí mismo. De este modo, la reclusión manicomial, además de los fines de prevención específicamente criminal, a que algunos parecerían quererla limitar, tiene un sentido de asistencia tutelar para el propio enfermo.

Esta medida, a diferencia 'de las penas', tiene una duración absolutamente indeterminada, y su cesación depende exclusivamente de la desaparición de ese peligro genérico de daños que motivara el internamiento, tanto es así que este es el punto de inflexión considerado como eje para atacar la validez a luz del texto constitucional. La ley, en este punto, para dar garantía a la seriedad jurisdiccional del procedimiento, contiene normas procesales para disponer la cesación de la medida: es obligatoria la intervención de peritos y la del ministerio fiscal.

En suma, es imperioso decir que, además la medida de seguridad impuesta debe cumplir con los *principios de legalidad, razonabilidad, proporcionalidad, igualdad, tutela judicial y excepcionalidad*, como cualquier otra medida que coarte la libertad de una persona, a raíz de la comisión de un delito. La misma siempre debe ser revisada judicialmente mediante procedimientos simples, expeditivos, dotados de la mayor celeridad y, si correspondiere prolongarse por razones terapéuticas, ello debe ser objeto de un minucioso control periódico jurisdiccional de los motivos de la internación⁹.

Bien lo expresa a su manera Roxin 1997, diciendo que:

“El fin de las medidas de seguridad es, por tanto, de tipo **preventivo**. Dentro del mismo, su cometido primario es en todo caso preventivo especial porque, con la ayuda de la medida de seguridad, se trata de evitar futuros actos delictivos del afectado por ella. Sin embargo, los acentos se reparten de forma diferente, por cuanto el fin preventivo especial no aparece de la misma forma en las medidas en particular. Así, el internamiento preventivo o de seguridad manifiesta exclusivamente el componente asegurativo de la prevención especial, mientras que en el caso de los hospitales psiquiátricos se colocan ciertamente al mismo nivel los fines de aseguramiento y de resocialización”¹⁰.

Cuestionamientos constitucionales contra la medida de seguridad del Código Penal

Argentino

Tras muchos años de elaboración dogmática del sistema jurídico-penal vigente, la doctrina ha deducido de los preceptos legales dos conceptos antagónicos, difícilmente reconducibles a un denominador común, que, de algún modo, justifican y explican el sistema

⁹ SOLER S. Ob. Cit. Pág. 483.

¹⁰ ROXIN C. 1997. *Derecho Penal Parte General*. 2º ed. traducida por Diego-Manuel Luzon Peña, Miguel Díaz y García Conlledo y Javier de Vicente Remesal. Madrid, España. Editorial Civitas S.A. Pág. 103-104.

dualista de sanciones vigente en el Derecho positivo. Estos conceptos son **culpabilidad y peligrosidad**. Desde un punto de vista formal, se llama culpabilidad al conjunto de condiciones que justifican la imposición de una pena al autor de un delito; se llama peligrosidad al conjunto de condiciones que justifican la imposición de una medida. Culpabilidad y peligrosidad son, pues, los dos puntos de conexión del actual sistema de reacción estatal frente a la comisión de un hecho típico y antijurídico (1): el hecho típico y antijurídico de un autor culpable dará lugar, por tanto, a la imposición de una pena; el hecho típico y antijurídico de un autor, culpable o inculpable, pero peligroso, dará lugar a la imposición de una medida.

La medida, como la pena a la que sustituye, tiene que estar limitada de algún modo. Y parece lógico que estos límites deben ser, en principio, los mismos que tiene la pena. Conforme al *principio de intervención mínima, la medida debe durar el tiempo indispensable para conseguir eliminar la peligrosidad criminal del enfermo mental*. Conforme al *principio de proporcionalidad*, la medida no podrá ser desproporcionada ni a la peligrosidad criminal del sujeto, ni a la gravedad del delito cometido y de los que sea probable vaya a cometer en el futuro.

A tenor de la discusión de las teorías penales se comprende asimismo por qué un Derecho penal obligado con el principio de culpabilidad necesita la segunda vía de las medidas de seguridad: la autorrestricción de la intervención coactiva del Estado, que se asienta en la medida de la culpabilidad, posibilita ciertamente, por regla general, un adecuado equilibrio entre los intereses de protección estatales y los intereses de libertad del justiciable; sin embargo, *la peligrosidad de un sujeto* puede ser en particular tan grande para la colectividad, que la pena ajustada a la culpabilidad no baste para proteger suficientemente de sus ataques a la colectividad.

Cuando p.ej. un deficiente mental que sólo es imputable en una pequeña medida comete hechos violentos graves y es previsible que los vuelva a cometer, entonces su reducida culpabilidad justifica sólo una pena pequeña, pero *la protección de la generalidad hace necesario además de eso que se le ingrese en un hospital psiquiátrico en atención a los fines de corrección y aseguramiento*¹¹.

Es precisamente el punto de inflexión –la duración y características de aplicación de la reclusión manicomial- en donde se evidencian los cuestionamientos a luz de la Constitución y normativa internacional sobre derechos humanos. Ilustres dogmáticos lo han ejemplificado diciendo, como Ferrajoli, 2001:

“La duración indeterminada, en ocasiones, se traduce en una especie de segregación de por vida (...) donde se consume una doble violencia institucional –cárcel más manicomio- y donde se consumen, olvidados por el mundo, además de los absueltos por enfermedad mental, los condenados a pena suspendida y los acusados caídos en enajenación a la espera de juicio después de cometido el delito”¹².

Por su parte, el doctrinario alemán Jescheck, 1993, alude que:

“La ejecución y la duración del internamiento en el hospital psiquiátrico soporta críticas cada vez mayores. Las condiciones del internamiento son peores que las de la ejecución penal penitenciaria y la duración del mismo suele superar considerablemente la del cumplimiento de una pena privativa de libertad por un delito similar. El remedio sólo puede provenir de la limitación temporal del internamiento (con la posibilidad de repetir los ingresos) y de la creación de centros especiales para la ejecución de las medidas¹³”.

¹¹ ROXIN C. 1981. *Culpabilidad y Prevención en Derecho Penal*. Traducción por Francisco Muñoz Conde. Madrid, España. Editorial REUS S.A. Pág. 14-15 y 38.

¹² FERRAJOLI L. 2001. *Derecho y Razón*. 5º ed. Madrid, España. Editorial Trotta.

¹³ JESCHECK H. H. 1993. *Tratado de Derecho Penal Parte General*. 4º ed. traducida por José Luis Manzanares Samaniego. Granada. Editorial Comares.

Y el destacado jurisconsulto argentino, Eugenio Zaffaroni, 2000, comenta:

“El enajenado es sometido a reclusión, pues no saldrá del manicomio (...) hasta decisión judicial, o sea, por tiempo indeterminado, que puede ser el resto de su vida. En rigor es la única pena realmente perpetua que existe en el Código Penal (Argentino), pues su término no depende de nada que pueda hacer la persona para ponerle fin. La idea rectora es que el enfermo mental requiere internación manicomial mientras sea peligroso y, siendo peligroso porque es enfermo, deberá permanecer en reclusión mientras continúe la enfermedad”¹⁴.

Internaciones involuntarias. Aplicación. Casos

Este tipo de internación ha recibido distintas denominaciones, todas ellas muestran el carácter esencial de la medida, así se ha llamado **coactiva**, **forzosa** o **compulsiva**, denotando de esta manera la nota de carencia de voluntariedad de la persona.

El *ingreso involuntario o compulsivo a instituciones de salud mental*, y el **tratamiento involuntario**, son temas controvertidos en el área de la salud mental, dado que afectan la libertad personal y el derecho a elegir, y presentan el riesgo de abuso por razones políticas, sociales y de otro tipo. Por otro lado, el ingreso y el tratamiento involuntarios pueden evitar daños contra la propia persona o contra terceros, y ayudar a algunas personas a satisfacer su derecho a la salud, con el que, debido a su trastorno mental, no han logrado lidiar voluntariamente.

La cuestión central para la legislación de salud mental a este respecto es la de delinear las circunstancias en las que el ingreso involuntario y el tratamiento involuntario se consideran adecuados, y detallar los procedimientos idóneos. Para asegurarse de que los derechos sean adecuadamente protegidos, esta parte de la legislación requiere usualmente de

¹⁴ ZAFFARONI E. R., ALAGIA A. y SLOKAR A. Ob. cit.

una exposición relativamente detallada de los procedimientos legales, y por ende puede ser bastante extensa.

Criterios para el ingreso involuntario

Presencia de un trastorno mental

Como requisito primero y principal –y común a toda la legislación de salud mental respetuosa de los derechos humanos que aborda la cuestión del ingreso involuntario– debe existir prueba de la presencia de un trastorno mental definido de acuerdo a estándares internacionalmente aceptados. Sin embargo, el tipo, la gravedad y el grado del trastorno mental que justifican el ingreso involuntario varían en las diferentes jurisdicciones. En algunos países sólo se permite el ingreso involuntario en caso de trastornos mentales específicos, como las enfermedades psicóticas; otros se refieren a *trastornos (o enfermedades) mentales severas*, mientras que otros emplean una definición más amplia de trastorno mental como criterio de justificación del ingreso involuntario. Una cuestión fundamental para la legislación nacional es la de determinar si algunos cuadros específicos deben ser incluidos o excluidos del ingreso involuntario. Los diagnósticos más controvertidos incluyen el retraso mental, la toxicomanía y los trastornos de la personalidad. Las decisiones en este sentido reflejarán los valores de una determinada comunidad o país.

Riesgo grave de daño inmediato o inminente y/o ‘necesidad de tratamiento’.

Los dos criterios más frecuentemente utilizados –y probablemente también los más importantes– para autorizar el ingreso involuntario de personas con trastornos mentales son el **riesgo grave de daño inmediato o inminente** y la **necesidad de tratamiento**. Aquí radica el *fundamento esencial* por el cual se priva de libertad a las personas –con deficiencias mentales– que han sido involucradas en algún tipo de ilícito penal.

• *Riesgo grave de daño inmediato o inminente* – Este criterio puede ser aplicado en beneficio del paciente para prevenir daños contra sí mismo, o para la seguridad de terceros. La prevención del daño autoinfligido por la propia persona, o de daños contra las personas que la tienen a cargo, contra familiares y contra la sociedad en general es una obligación importante del Estado, y por ello constituye un elemento crucial de la legislación.

• *Necesidad de tratamiento* – Este criterio, como el criterio acerca de la peligrosidad/seguridad, ha generado mucha controversia. Muchas organizaciones y personas, incluyendo a usuarios de servicios de salud mental y grupos de usuarios, plantean objeciones contra este criterio¹⁵.

Toda internación involuntaria en los distintos supuestos en que un juez puede disponer un encierro forzoso debe, a la luz de la normativa vigente, sustentarse exclusivamente en el padecimiento de una afección mental susceptible de internación, en tanto, en un contexto terapéutico, represente la posibilidad de evitar que se concreten actos dañosos graves, inmediatos o inminentes para esa persona o para terceros o bien que la terapéutica requiera ineludiblemente el aislamiento del paciente durante algún tiempo.

En base al principio bioético de beneficencia, en general se trata de desinstitucionalizar la asistencia de estos pacientes a partir de tratamientos ambulatorios, domiciliarios y hospital de día. Pero en Argentina, la ley n° 22.194 sobre internación y egreso en establecimientos de salud mental, contempla la institucionalización no consentida por el paciente ante orden judicial o por pedido de su representante legal. En el artículo 7 se estipula que *“la dirección del establecimiento confeccionará una historia clínica de cada internado, en la que constarán: sus datos personales, exámenes verificados, el diagnóstico, el pronóstico y la*

¹⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2006. *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Pág. 56.

indicación del índice de peligrosidad que se le atribuya (...)”. Como se ve, además de la situación jurídica compleja, desde el punto de vista ético, no es sencillo dictaminar si el índice de peligrosidad que se le atribuye al paciente es suficiente justificativo para su ingreso involuntario (principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía). El modelo médico tradicional paternalista fue históricamente menos contemplativo de los deseos del paciente en general y mucho menos en el caso del enfermo mental.¹⁶

Respecto al paciente ya ingresado bajo este régimen, no debe olvidarse la importancia de realizar una historia clínica detallada, examinar el estado mental, clínico y neurológico del paciente. Contar con pruebas de laboratorio y otras prácticas diagnósticas que sean necesarias según el caso. Esto será de vital importancia para producir luego la externación de la persona, cuando se compruebe la desaparición de las condiciones iniciales que motivaron su asilo hospitalario.

Promoción de la atención comunitaria y desinstitucionalización

La legislación tiene un papel crucial en la promoción de la atención comunitaria de los trastornos mentales y en la reducción de los ingresos involuntarios a las instituciones psiquiátricas, en especial, las internaciones de larga duración en instituciones psiquiátricas. La misma puede poner en operación el principio del **tratamiento menos restrictivo** (es decir, la provisión de tratamiento que cumpla con las necesidades, en los ambientes y del modo menos intrusivo).

Asimismo, puede exigir que el ingreso a hospitales sólo se permita si puede demostrarse que las opciones de tratamiento comunitario no son plausibles o han fracasado. Por ejemplo, ya en 1978, Italia legisló que “...la propuesta de tratamiento compulsivo de salud sólo puede

¹⁶ MAINETTI, J. A. y MAINETTI, J. L. Abril 2011. *Manual de Bioética*. La Plata, Argentina. Editorial Quirón.

contemplar la atención hospitalaria si las perturbaciones mentales son tales que requieran intervención terapéutica urgente, si estas intervenciones no son aceptadas por el paciente, y si no existen las condiciones y circunstancias para adoptar medidas inmediatas y oportunas fuera del hospital”.¹⁷

Veinte años más tarde, y en referencia no sólo a los ingresos compulsivos, la ley de Portugal estableció que “la provisión de atención en salud mental se lleva a cabo primariamente en el nivel comunitario, a fin de evitar el desplazamiento de los pacientes de su entorno familiar y de facilitar su rehabilitación e integración social” (Ley de Salud Mental 36, 1998, Portugal).

La ley de Brasil dispone simplemente que la persona tiene el derecho “de ser tratada preferentemente en instituciones comunitarias de salud mental” (Ley de Salud Mental N° 10.216, 2001 Brasil), mientras que en Río Negro (Argentina) la ley establece que “La internación se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. En caso de ser imprescindible la internación (...) debe procurarse en todos los casos que el tiempo de su duración se reduzca al mínimo posible”.

En referencia a los pacientes previamente hospitalizados, la ley señala que “La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta Ley y de todas las acciones que de ella se desprenden” (Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental, 1991, Río Negro, Argentina). Tal disposición requiere que las autoridades de salud responsables de los servicios de salud

¹⁷ ITALIA. *Ley de Tratamientos de Salud Voluntarios y Compulsivos*, Ley núm. 180, año 1978.

mental establezcan una gama de instituciones comunitarias de calidad adecuada y accesible a las personas con trastornos mentales. Si esto no se hace, puede interponerse un recurso judicial.

Otro medio de promover la atención y rehabilitación comunitarias es a través de leyes que prohíben las internaciones involuntarias por períodos más largos que lo absolutamente necesario de acuerdo con las circunstancias. En algunas circunstancias sumamente excepcionales, puede ser necesario mantener el ingreso involuntario por períodos más largos que lo usualmente requerido, pero entonces debe demostrarse concluyentemente que las condiciones originales que llevaron al ingreso involuntario siguen siendo evidentes. En general, la ausencia de instituciones de seguimiento no puede constituir una justificación adecuada para el mantenimiento del ingreso involuntario.

Los servicios de seguimiento y rehabilitación son parte integral de la atención y tratamiento en salud mental, y por ende es importante que la legislación incluya disposiciones para desarrollar tales servicios como parte de la promoción del acceso a la atención en salud mental.

Lugares donde se llevan a cabo las internaciones coactivas

Los países deben tomar decisiones acerca de aquellos lugares en los que se admitirá a los pacientes involuntarios. De ser posible –al igual que toda otra internación médica– ésta debe llevarse a cabo tan cerca del hogar del paciente como se pueda. Las instalaciones de los hospitales generales pueden adecuarse a fin de acomodar a la mayoría de los pacientes involuntarios. Sin embargo, dado el hecho de que una minoría de pacientes involuntarios puede ser agresiva o difícil de manejar, algunas instalaciones pueden requerir un determinado nivel de seguridad para poder alojarlos. De cualquier manera, la institución de salud mental

debe ser acreditada –en orden a la provisión de atención y tratamiento adecuados y apropiados– antes de que se la autorice a admitir pacientes involuntarios.¹⁸

Normativas, derechos y principios en Salud Mental

Los pacientes institucionalizados, especialmente cuando son reclusos coactivamente – sin distinción de la razón que motivó su internación-, son titulares de un conjunto de derechos fundamentales, como *el derecho a la vida y a la salud, a la defensa y al respeto de la dignidad, a la libertad, al debido proceso*, entre otros tantos. Sin embargo, deviene innegable que tales personas poseen un estatus particular, a partir de que son sujetos titulares de los mencionados derechos con ciertas limitaciones derivadas de su situación de reclusión. Frente a tal circunstancia desigual, la regla debe ser el reconocimiento, ejercicio y salvaguardia de esos derechos de los que se derivan los deberes legales del sujeto pasivo –sea del Estado o los particulares- y que permiten, a su vez, promover su cumplimiento¹⁹.

*Código internacional de Ética Médica*²⁰

Prescribe un catálogo de deberes del médico hacia el paciente, entre los cuales puede destacarse los siguientes, en especial atención a las personas que padecen alguna alienación mental:

- Deber de recordar siempre la obligación de respetar la vida humana.
- Deber de considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica.

¹⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2006. *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Pág. 34-35 y 58.

¹⁹ PITLEVNIK, L. G. 2011. *Jurisprudencia Penal de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, Sumarios y Análisis de fallos*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Hammurabi. Pág. 59.

²⁰ ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL (A.M.M.). octubre 2006..Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM Londres, Inglaterra, octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica. octubre 2006.

- Deber de respetar el derecho del paciente a la confidencialidad. Es ético revelar información confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto.

- Deber de prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención.

Declaración sobre los Problemas Éticos de pacientes con Enfermedades Mentales²¹

Establece principios éticos a considerar –en el análisis del caso particular- ya que como, sostiene, la hospitalización forzada de pacientes psiquiátricos evoca una controversia ética.

La discriminación asociada a la psiquiatría y a los enfermos mentales debe ser eliminada. Este estigma a menudo desalienta a las personas que necesitan ayuda psiquiátrica, lo que agrava su situación y los deja en riesgo de daño emocional o físico.

El médico aspira a una relación terapéutica fundada en la confianza mutua. Debe informar al paciente la naturaleza de su condición, procedimientos terapéuticos estándares, (incluyendo posibles alternativas y el riesgo de cada una) y el resultado esperado de las opciones terapéuticas disponibles.

Aunque la legislación sobre la **hospitalización y tratamiento forzados** varía en el mundo, por lo general se reconoce que esta decisión de tratamiento requiere lo siguiente: a) grave trastorno mental que impide que la persona tome sus propias decisiones sobre el tratamiento o b) la posibilidad de que el paciente pueda lesionarse o lesionar a otros.

²¹ ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (A.M.M.). octubre 2006. Adoptada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995, y revisada por la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica.

Los médicos deben considerar la hospitalización obligada como excepcional y utilizar este recurso sólo cuando sea médicamente necesario y por el período más breve posible, según las circunstancias.

Proposición y Puntos de vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales ²²

Como bien se ha dicho anteriormente, la internación involuntaria de enfermos mentales genera una controversia ética, y tal es así que -con calificada opinión- la Asociación Mundial de Psiquiatría también se ha expedido sobre ello, acotando que *la intervención compulsiva es una gran infracción a los derechos humanos y a las libertades fundamentales del paciente*. Por lo tanto, se necesitan tener criterios y garantías específicos y cuidadosamente definidos para esa intervención.

No debe llevarse a cabo la hospitalización o el tratamiento contra la voluntad del paciente, a menos que el paciente sufra de una enfermedad mental grave. La intervención compulsiva debe llevarse a cabo con el principio de la mínima restricción. La gravedad de la enfermedad mental y la gravedad del daño que puede ocasionar el paciente a sí mismo o a terceros se determinará de acuerdo con las definiciones de la legislación nacional.

La decisión final para admitir o retener a un paciente en un establecimiento psiquiátrico, como paciente involuntario, puede ser adoptada solamente por un juzgado o por un órgano independiente y competente, prescripto por la ley, y sólo después de realizadas las audiencias correspondientes.

²² ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA. 17 de Octubre 1989. Adoptada por la Asamblea General de la AMP en Atenas, Grecia. 17 de Octubre 1989.

Bloque americano de derechos

Entre los antecedentes normativos americanos, es trascendental mencionar las denominadas Reglas de Brasilia²³, que otorgan papel central a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales. En consonancia con ello, la Declaración de Caracas²⁴ exhorta a que las legislaciones de los países se ajusten de manera que puedan asegurar el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales.

Los siete derechos básicos según los "Principios" de la ONU

El primero de los "Principios"²⁵, dedicado a las "Libertades fundamentales y derechos básicos", enumera siete derechos fundamentales de la persona que padece enfermedad mental:

a) El derecho *a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social*. En correlato, el principio 8, punto 1) dice: "Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos".

b) El derecho al *trato humanitario y digno*. En este derecho fundamental se encuentra comprendida la limitación a lo estrictamente necesario de toda limitación de libertad y de vida social. A ello se refiere el principio 3 cuando dice: "Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad". Y se reitera en el principio 7, punto 1): "Todo paciente tendrá derecho a ser

²³ *Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental de las Américas*, 9 de noviembre de 1990.

²⁴ *Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud*. 14 de noviembre de 1991.

²⁵ *Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental*.

tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive". Acá debemos incorporar el derecho a los vínculos familiares y sociales que establece el punto 2) del mismo principio cuando dice: "Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible".

c) El derecho a la *protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante*. Así el principio 8, punto 2) dispone: "Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas".

d) El derecho a *no sufrir discriminación por motivo de enfermedad mental*, que remite también al respeto de la dignidad de toda persona humana. La confidencialidad que exige el principio 6 de la ONU es un medio importante para garantizar la no discriminación, a la vez que una forma de trato digno a la persona.

e) El derecho a *ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos por todas las declaraciones y los tratados de derechos humanos*, pues la enfermedad mental no excluye de la categoría de persona humana, sujeto de todos los derechos, y limitada tan sólo en la capacidad de obrar por la posibilidad de perjuicio para sí o para terceros.

f) El derecho a la *defensa en juicio de su capacidad*.

g) El derecho a la *protección jurídica de su persona y sus intereses*, íntimamente ligado al anterior.

Declaración de Principios Éticos del Mercosur²⁶

A nivel regional suramericano, los países también se han expedido categóricamente, prescribiendo que:

- El objetivo de toda atención del médico es la salud del ser humano en beneficio de lo cual deberá actuar con el máximo celo y lo mejor de su capacidad profesional. (pto 1)
- El médico debe tener absoluto respeto por la vida humana actuando siempre en beneficio del paciente. No obstante debe tomar en consideración la existencia de otros principios morales, autonomía y justicia, fundamentales en la interacción de su trabajo con el enfermo, los familiares y la sociedad. (pto 2)
- Es derecho del paciente decidir libremente sobre la ejecución de prácticas diagnósticas o terapéuticas siéndole asegurados todos los recursos de la ciencia médica donde sea atendido, sin discriminación de cualquier naturaleza (pto 6).

Bloque europeo

Si bien es abundante la legislación americana en torno a derechos de los pacientes y todo lo que respecta a los derechos fundamentales de los sujetos con padecimientos mentales internados coactivamente, el viejo continente tampoco ha quedado ajeno a esta temática. Se enumeran a continuación, los instrumentos europeos delineados a tal fin.

Declaración Europea sobre Salud Mental

La Declaración Europea sobre Salud Mental²⁷, de manera escueta, prescribe que se deben eliminar los estigmas y la discriminación, garantizar la protección de los derecho

²⁶ Asunción, 18 de mayo de 1995. Países participantes: Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay.

²⁷ Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud, para la Salud Mental. Celebrada en Helsinki, del 12 al 15 de enero de 2005.

humanos y la dignidad de las personas y adoptar la legislación necesaria que posibilite la capacitación de éstas ante situaciones de riesgo o cuando padezcan problemas de salud mental discapacidad, a fin de lograr su plena participación en la sociedad en condiciones de igualdad.

Principios del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

La legislación sobre salud mental en los países europeos debe proporcionar una protección contra el ingreso involuntario de las personas con trastornos mentales, basadas en los tres principios siguientes:

a) el trastorno mental debe ser determinado por un médico especialista, objetivo e imparcial;

b) el trastorno mental debe tener tal naturaleza y grado que requiera un internamiento involuntario

c) se debe demostrar la persistencia del trastorno mental para justificar la continuidad del internamiento.

Recomendación 1235

La legislación sobre salud mental en los países europeos también se ve influenciada por la Recomendación 1235 sobre Psiquiatría y Derechos Humanos (1994) adoptada por Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, que determina los criterios para el ingreso involuntario de las personas con trastornos mentales, el procedimiento para tomar decisiones relativas al ingreso involuntario, las estándares de los cuidados y tratamientos dispensados a las personas con trastornos mentales y las prohibiciones orientadas a la prevención de abusos en la práctica psiquiátrica.

Análisis del Sistema argentino de Salud Mental

Modelo de la Ley 22.194²⁸

El sistema sanitario del país en cada momento histórico ha sido sensible a la problemática de los enfermos mentales y en especial a lo relacionado con la internación de los alienados, así como en la época que estamos transitando lo es respecto de su libertad individual y el respeto de los demás derechos que integran el catálogo de los llamados “derechos humanos” consagrados internacionalmente.

Para el médico la hospitalización del enfermo mental incapaz de reconocer su estado y la consecuente necesidad de tratamiento es una cuestión de orden médico, mientras que para el jurista se trata de una cuestión de libertad individual y de garantía que la ley debe prever para proteger esta libertad.

En septiembre de 1983 fue promulgada la ley 22.914 de internación y egreso en establecimientos psiquiátricos con la finalidad expresa de "proteger la libertad individual en aquellas situaciones en las que ésta fácilmente se pueda ver comprometida y aún lesionada". La ley propugnaba para cada persona enferma mental recibiera un tratamiento adecuado, pero para ello siempre era necesaria la internación en establecimientos que estaban creados a tal efecto. El enfermo debía ser recluído en un hospital psiquiátrico, hasta que se “curase”, situación que en la mayoría de los casos no tenía tiempo de conclusión.

Aún hoy en los grandes hospitales psiquiátricos de la Capital Federal, los hospitales "Borda" y "Moyano" existen numerosos internados sin amparo judicial, concretamente aquellos con internaciones de larga data, no así los que han requerido internación desde que rige la ley, ya que por disposición de la misma las autoridades de los establecimientos

²⁸ Ley N° 22194 “*Salud Pública. Internación y egresos en establecimientos de salud mental*”. PODER LEGISLATIVO NACIONAL. Boletín Oficial 6 de diciembre de 1982.

públicos y/o privados deben obligatoriamente comunicar a la Justicia toda internación dentro de las 24 hs. del ingreso²⁹.

Así es, que al abrigo de esta ley las instituciones psiquiátricas crecieron y el régimen de la “manicomialización” se extendió por casi treinta años hasta que la legislación argentina cediera en favor del cambio del sistema institucional sanitario.

El nuevo paradigma de la Ley 26.657 ³⁰

La Ley 26657 sobre “**Salud Mental y Derechos Humanos**” –de orden público, es decir, que debe ser cumplida en todas las jurisdicciones del país sin requerir adhesión específica y que deroga expresamente la antigua ley N° 22194- constituye no sólo la primera ley marco en la materia en Argentina sino también en referencia para la región y el mundo, según la Organización Mundial de la Salud.

En nuestro país, pero también en gran parte del mundo, el hospital psiquiátrico –más conocido vulgarmente como manicomio- ha sido la respuesta más extendida a los problemas más graves de salud mental de la población, en particular de las clases populares. Pero también las clínicas psiquiátricas privadas, a veces en mejor estado edilicio pero no por eso menos cruentas, también ha sido la respuesta para las personas con mayor poder adquisitivo o con el recurso de la obra social.

En los últimos años surgieron valiosos instrumentos internacionales en procura de modificar los sistemas de atención de la salud mental en el mundo: la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, y los

²⁹ MARTINI J. J. Consideraciones acerca de la internación de enfermos mentales. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. *Revista online Alcmeon* 5, 1: 82 - 88, 1992.

³⁰ Ley N° 26657 “*Salud Pública. Derecho a la Protección de la salud mental y derechos humanos*”. PODER LEGISLATIVO NACIONAL. Boletín Oficial 2 de diciembre de 2010.

Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, este último fue incorporado a la Ley 26657 a través de su artículo 2º.³¹

Asimismo, la ley modificó el Código Civil Argentino para reemplazar el criterio de internación, que obedecía a la noción de “*peligrosidad para sí o para terceros*”, por la constatación de “**riesgo cierto e inminente**”. Esto había sido requerido en dos oportunidades por la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

El ocaso de los “manicomios”: la internación como última ratio

En respuesta a los instrumentos internacionales consagrados en la materia la ley en su artículo 27 **prohíbe** la creación de nuevos “manicomios”, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, de carácter público o privado.

La internación es considerada como un **recurso terapéutico de carácter restrictivo y excepcional**, y sólo podrá llevarse a cabo cuando:

- a) Aporte *mayores beneficios terapéuticos* que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario o social;
- b) *No sean posibles los abordajes ambulatorios* y;
- c) Cuando a criterio del equipo de salud mediare *situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros*.

En este caso, será lo más breve posible, en función de la evolución del paciente, para lo cual tendrá vital importancia la historia clínica del mismo³². De esta manera, la normativa

³¹ GORBACZ L. A. Autor de la Ley N° 26657. Exposición para la Comisión Bicameral de Reforma del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina.

³² Ley N° 26657. Artículos 14, 15 y 20.

argentina se ajusta a los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales, precisamente al Principio 16 sobre la Admisión involuntaria, que versa:

Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio, que esa persona padece una enfermedad mental y considere:

a) Que debido a esa enfermedad mental existe un *riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros*; o

b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con *el principio de la opción menos restrictiva*.

Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares.³³

³³ Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991. Ptos 1, 2 y 3.

Si se establece la medida involuntariamente, se propicia que se efectúe en hospitales generales, y a tal efecto los hospitales dentro de la red pública deben contar con los recursos necesarios. Para que proceda es necesario –además de los requisitos mencionados anteriormente- el informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera³⁴.

Cuando la medida sea de carácter voluntario, en cualquier momento la persona podrá decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que se prolongue por más de sesenta días, se evaluará si continúa en ese carácter o se transforma en involuntaria, lo que quedará a cargo del órgano de revisión creado por ley y del juez respectivo³⁵.

El rechazo de la atención de pacientes, en forma ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental será considerado acto discriminatorio³⁶.

Además, los integrantes, profesionales o no, del equipo de salud, son responsables de informar al órgano de revisión –que la ley ordena crear- y al juez sobre cualquier trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad³⁷.

Los derechos del enfermo mental

En nombre del Estado argentino, la ley reconoce y establece –en su artículo 7- un catálogo de derechos para la protección de las personas con padecimientos mentales. Entre ellos se mencionan los siguientes:

³⁴ Ley N° 26657. Artículo 20.

³⁵ Ley N° 26657. Artículo 18.

³⁶ Ley N° 26657. Artículo 28.

³⁷ Ley N° 26657. Artículo 29.

- Derecho a recibir atención sanitaria integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

- Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;

- Derecho a recibir atención basada en fundamentos científicos ajustado a principios éticos;

- Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;

- Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;

- Derecho a que en el caso de la internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;

- Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;

- Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado;

- Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

- Derecho a ser reconocido siempre como *sujeto de derecho*, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.

Éste último cobra vital importancia, ya que la ley modifica el sistema de presunción de la capacidad, declarando que “**toda persona es presumiblemente capaz**”³⁸ e individuo titular de derechos, que necesita especialmente la protección del estado.

Autoridad de Aplicación y Órgano de Revisión

El encargado de velar por el cumplimiento y la aplicación de la normativa nacional mencionada es el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, la que debe elaborar un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios señalados.

A su vez, además se crea el Órgano de Revisión, como autoridad creada dentro del ámbito del Ministerio Público de la Defensa de la Nación Argentina y que tiene como particular misión la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

Este organismo debe integrarse en forma multidisciplinaria, con miembros provenientes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

Entre sus funciones se destacan:

- Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;

³⁸ Ley N° 26657. Artículo 3:“(…) en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; c) elección o identidad sexual; d) la mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.”

- Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario;
- Informar a la autoridad de aplicación periódicamente sobre las internaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;
- Requerir la intervención judicial ante las situaciones irregulares;
- Realizar propuestas de legislación de salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
- Controlar el cumplimiento de la ley y atender al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
- Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad.³⁹

³⁹ Ley N° 26657. Artículos 31, 38, 39 y 40.

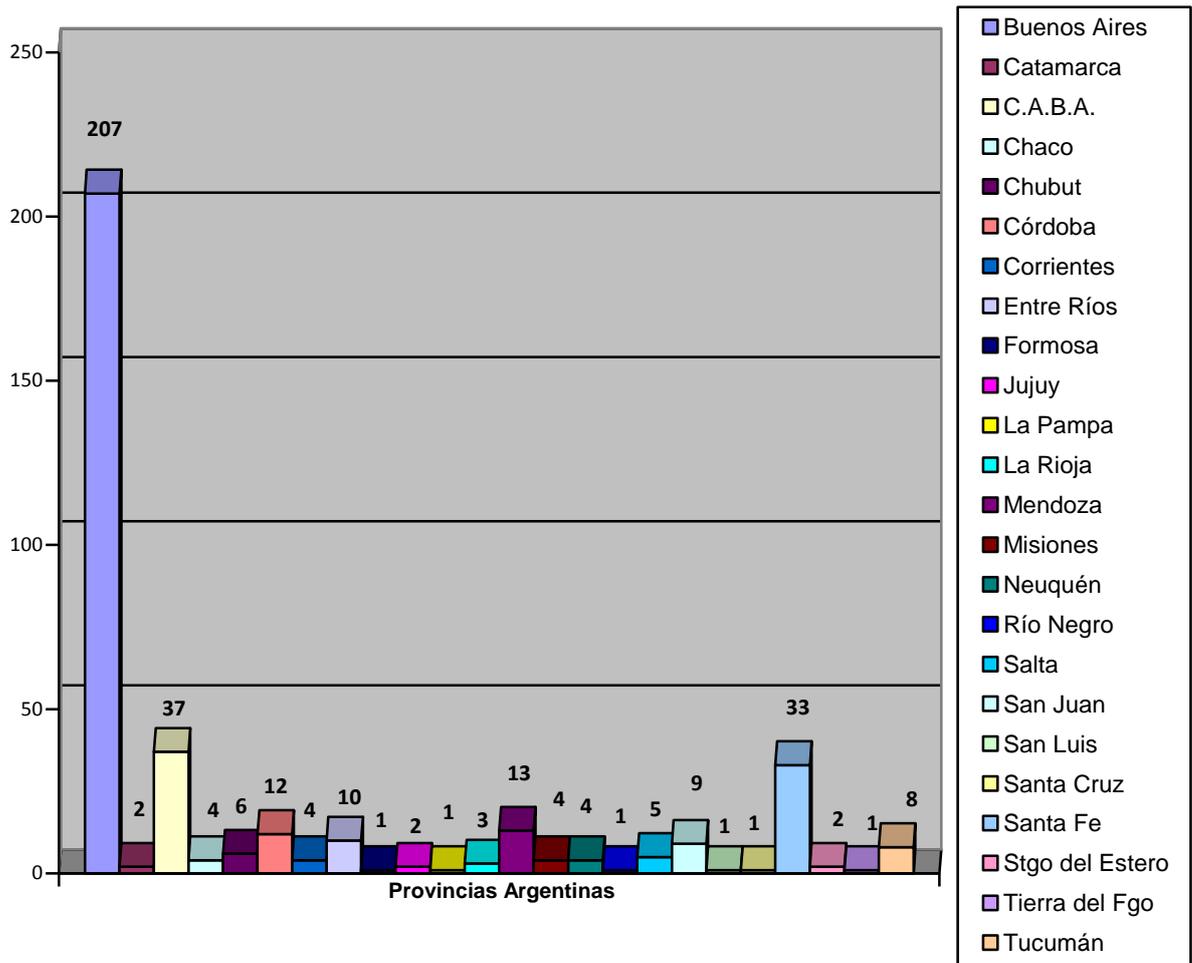


Figura 1. Cantidad total de establecimientos por provincia que cuentan con Servicio de Internación Especializada en Salud Mental. Fuente: <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/#sisa>

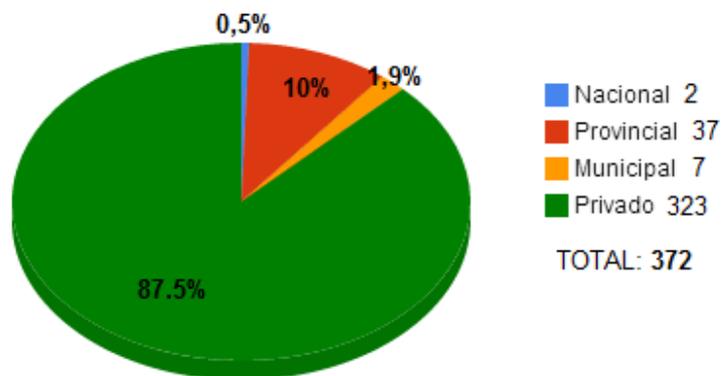


Figura 2. Cantidad total de establecimientos con Internación Especializada en Salud Mental en Argentina, agrupados según dependencia y origen de financiamiento. Fuente: <https://sisa.msal.gov.ar/sisa/#sisa>

Problemas del consentimiento en personas con incapacidad mental

Es de particular importancia el caso de las personas implicadas en la comisión de un ilícito penal que carecen efectivamente de capacidad para comprender la acción delictiva, y que por ello se les impone la medida de seguridad, es decir, el internamiento psiquiátrico. En cuanto a su consentimiento, no es posible hallarlo, ya que justamente la persona no puede por sí misma decidir ni responsabilizarse de sus conductas. Se evidencia entonces, el inconveniente de respetar el principio de autonomía en un paciente que no está facultado – momentáneamente o no- de decidir sobre su persona, y cómo se es posible compatibilizar el principio de autodeterminación con los demás principios bioéticos.

El principio de autonomía no priva de la responsabilidad del médico de aplicar el principio de no-maleficiencia cuando el grave y urgente estado de salud del paciente suponga previsibles “lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento”. En estos casos se supone el consentimiento del paciente a recibir tratamiento.

Precisamente ésta es la primera consideración metodológica que debe hacerse, en línea con lo dicho hasta ahora: la autonomía no es tal que se exima el cumplimiento de los otros principios. A su vez, esto implica que el principio de la autonomía, como se ha sostenido ya, no es el primer principio de la bioética y tampoco uno absoluto que, supuesto que pueda aplicarse (ejemplo que el paciente no esté en un estado inconsciente o de urgencia) elimine la validez o alcance de los otros principios. El principio de autonomía del paciente debe ser visto en la más general mutua validez de todos los principios de la bioética entre sí, tomando el principio de justicia como el de su regulación metodológica y su mutua vigencia según las circunstancias concretas.

Lo anterior deber ser tenido en mente para enmarcar de manera adecuada el tema de los pacientes con trastornos mentales graves que conducen a estados de incompetencia respecto al

ejercicio de su propia autonomía. La incompetencia del paciente no supone que se eliminen los principios de autonomía y beneficencia, pero sí que la aplicación de estos se haga en consonancia con los demás principios.

Desde el punto de vista del paciente, pues la incompetencia parcial o total de éste no supone que deje de ser persona o que se pueda tratar con él siguiendo criterios exclusivamente técnicos o bien según el juicio único y unilateral del médico. Por el contrario, comporta la obligación moral de encontrar a quien pueda hacer las veces del paciente en el ejercicio de sus derechos. Esto puede recaer jurídicamente en un guardián legal, pero puede ser también que el paciente sea un menor de edad con cierto grado de madurez. Sea como fuere, además de la obligación jurídica que debe respetarse, la obligación moral exige respetar la humanidad del paciente en la máxima medida posible allí donde no esté ejercida como es común (como un sujeto adulto responsable de sí mismo).

En este punto puede ser muy revelador el caso “extremo” de los pacientes con enfermedades mentales. La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los Problemas Éticos de pacientes con Enfermedades Mentales establece en su punto 2: “La condición de un paciente con enfermedad mental incapaz de ser autónomo no es distinta de la de cualquier otro paciente legalmente incapacitado. Él debe ser tratado como cualquier otro paciente que está temporal o permanentemente incapacitado. Un paciente con enfermedad mental, incluso un psicópata, no debe ser considerado automáticamente incapacitado. Se debe respetar su opinión en las áreas donde pueda tomar decisiones. Si un paciente no puede tomar

decisiones sobre su atención médica, se debe obtener el consentimiento de un representante autorizado, conforme a las leyes vigentes”⁴⁰.

Definitivamente, para respetar de manera adecuada el principio de autonomía sin soslayar los demás principios, lo conveniente –según la prescripción médica de la enfermedad o trastorno mental- para mejorar la situación del enfermo o cualquier otra decisión vinculada a la misma, recaer sobre los familiares o personas allegadas que estén en condiciones de afrontar tal responsabilidad.

En algunas jurisdicciones se establece la posibilidad de que se designe a un representante personal, a un miembro de la familia o a un curador nombrado legalmente para que preste su consentimiento en nombre del paciente. Claramente, este “consentimiento sustitutorio” solo puede ser admitido en situaciones en las que se ha establecido la falta de discernimiento del paciente para consentir el tratamiento.

En muchas circunstancias, el “consentimiento sustitutorio” constituye una forma de tratamiento involuntario. Quien haya sido designado apoderado o reemplazante tiene el deber de efectuar una “evaluación sustitutiva” al tomar decisiones por una persona sin discernimiento. Es decir, el reemplazante debe tomar la decisión que él considere hubiese tomado la persona sin discernimiento, de haber tenido ésta el discernimiento suficiente para tomar la decisión. Cuando la persona nunca ha tenido el discernimiento suficiente –como en el caso de las personas con retardo mental– el criterio a adoptar es el del “interés superior” de la persona. Aun en ese caso, los reemplazantes deben esforzarse por conocer la situación particular de la persona, de modo de adoptar una decisión lo más cercana posible a su

⁴⁰ BIOÉTICA, SALUD Y PRÁCTICA MÉDICA. *La atención de los pacientes con trastornos mentales graves*. Capítulo 1, punto 1.5.

percepción acerca de los deseos y necesidades conocidas de la persona cuyo juicio se sustituye.

Existen algunas ventajas cuando se designa como reemplazante a los miembros de la familia de la persona en cuestión: es más probable que conozcan más cercanamente el interés superior de la persona, y que estén al tanto de los valores personales del paciente. De todos modos, es necesario ser conscientes de que las “decisiones sustitutorias” –en especial cuando son adoptadas por miembros de la familia– pueden no ser realmente independientes. En la familia también se dan los conflictos de intereses, y los miembros de la familia pueden confundir el interés del paciente con su propio interés. De modo que las garantías relativas a las reglas aplicables al tratamiento involuntario también deben aplicarse al consentimiento sustitutorio; por ejemplo, los pacientes deben tener el derecho de apelación aun cuando su reemplazante haya prestado el consentimiento sustitutorio.

Un caso más problemático es aquel en el que la persona con trastornos mentales estipula una negativa anticipada al tratamiento. Existe reticencia por parte de algunos profesionales de la salud mental en aceptar que esta negativa anticipada puede aplicarse en una situación posterior en la cual se reúnen las condiciones para el tratamiento involuntario, o cuando respetar la negativa anticipada tenga como efecto privar a un paciente gravemente enfermo del tratamiento necesario, o cuando los pacientes puedan autoinfligirse daño, o dañar a terceros⁴¹.

⁴¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2006. *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Pág. 63-64.

Disposiciones específicas sobre el proceso penal. Distintas etapas

Las prisiones no son lugares adecuados para las personas que necesitan tratamiento de salud mental, dado que el sistema de justicia penal pone énfasis en la disuasión y en el castigo, antes que en el tratamiento y la atención. Aun cuando las instituciones correccionales pongan énfasis en la rehabilitación, habitualmente están inapropiadamente equipadas para atender a las personas con trastornos mentales. Desafortunadamente, las prisiones se han convertido en muchos países en hospitales psiquiátricos de *facto*. Las personas con trastornos mentales graves encarceladas en prisiones resultan con frecuencia victimizadas, intencionalmente o no.

La legislación puede jugar un papel importante en las distintas etapas del procedimiento Penal. Cuando se sospeche que una persona que cometió una falta o contravención, como la participación en desórdenes públicos, padece de un trastorno mental, es preferible que la policía la conduzca inmediatamente a un centro de tratamiento, en lugar de someterla a procedimientos penales.

Las leyes que regulan el tratamiento de las personas con enfermedades mentales sospechosas de delitos –que habitualmente forman parte del procedimiento criminal y no de las leyes de salud mental– varían considerablemente entre países. Por ende, la sección que sigue debe ser leída en conjunto con los procedimientos legales existentes en un país determinado, y ser adaptada y adoptada en consecuencia. Lo que no varía, de todos modos, es el principio de que las personas con trastornos mentales deben ser alojadas en instituciones apropiadas donde haya tratamientos adecuados disponibles.

Las siguientes son las diferentes “etapas” en las cuales una persona detenida puede ser derivada a una institución de salud mental donde se la admita y trata, tal como aparecen en diferentes leyes.

- La etapa previa al juicio
- La etapa del juicio penal
- La etapa de determinación de la pena
- La etapa de ejecución de la sentencia

La decisión de iniciar acciones penales (etapa previa)

En la mayoría de los países, quien decide iniciar acciones penales contra una persona por un delito es la policía o el fiscal. La legislación o los reglamentos administrativos pueden especificar los criterios para decidir si –o en qué circunstancias– pueden iniciarse acciones contra una persona con trastornos mentales, o si se la deriva al sistema de salud mental.

Estos criterios deben crear una presunción contra la iniciación de acciones penales y a favor del tratamiento. Deben tenerse en cuenta los siguientes factores:

- La gravedad del delito;
- Si la persona ha recibido antes tratamiento psiquiátrico, y durante cuánto tiempo; por ejemplo, si una persona tiene un trastorno mental tratable, el fiscal puede decidir que el tratamiento continuo es preferible a la persecución penal;
- El estado mental de la persona en el momento del delito;
- El estado mental actual de la persona;
- La probabilidad de afectación de la salud mental de la persona como resultado de la persecución penal;
- El interés de la comunidad en llevar a cabo acciones penales (por ejemplo, el riesgo que la persona representa para la comunidad).

Al dejar la iniciación de acciones penales a favor del tratamiento voluntario de las personas con trastornos mentales que no representan un grave peligro para la seguridad

pública, la policía y la fiscalía pueden beneficiar a la persona y a la sociedad. Las personas con trastornos mentales no se verán sometidas a un estigma innecesario, y pueden comenzar el tratamiento necesario inmediatamente, en lugar de quedar atrapadas en el sistema de justicia penal.

La defensa de inimputabilidad (trastorno mental al momento del hecho delictivo)

Muchos países del mundo tienen legislación destinada a determinar el nivel de responsabilidad penal atribuible a una persona acusada. Esta legislación establece que la condición mental del acusado en el momento del hecho delictivo tiene un peso significativo sobre la declaración de responsabilidad penal del acusado.

El tribunal puede decidir que el acusado no puede ser considerado responsable por ser inimputable, si puede demostrarse que: sus facultades mentales estaban alteradas por un trastorno mental al momento del hecho delictivo; y tal trastorno era suficientemente grave, de modo que la persona no reunía total o parcialmente los elementos requeridos para ser considerada penalmente responsable.

La legislación debe estipular que las personas cuya responsabilidad al momento del hecho haya sido excluida por trastornos mentales, deben ser admitidas en una institución apropiada.

Este abordaje se encuentra en línea con el objetivo de favorecer las opciones de tratamiento por sobre el castigo de las personas involucradas en delitos que requieran de atención en salud mental.

Bajo estas circunstancias, el tribunal puede determinar que la persona es inimputable por razones de salud mental. Este concepto es común a muchos países, aunque bajo distinta terminología. La legislación puede establecer los criterios para que se declare la

inimputabilidad de una persona. Tal declaración se aplicará a toda persona con un trastorno mental suficiente para afectar su razonamiento, comprensión o autocontrol al momento de comisión del hecho delictivo, la normativa argentina establece como parámetro que ***“que no pueda en el momento del hecho comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones⁴²”***. Y en esta línea, el Código Procesal Penal de la Nación Argentina –a manera de regular el procedimiento para el supuesto articulado en la ley penal de fondo- prevé que *“si se presumiere que el imputado, en el momento de cometer el hecho, padecía de alguna enfermedad mental que lo hacía inimputable, podrá disponerse provisionalmente su internación en un establecimiento especial, si su estado lo tornare peligroso para sí o para los terceros (...)”⁴³*

En caso de emitir esta declaración, el tribunal puede decidir el regreso de la persona a la comunidad, u ordenar su ingreso o tratamiento. La legislación nacional varía considerablemente en relación con tales ingresos y egresos. En algunos países una persona debe ser puesta en libertad, a menos que el tribunal de juicio determine que se reúnen todas las condiciones para el ingreso involuntario, y si se siguen los requisitos procedimentales apropiados para el ingreso involuntario. En otros países, puede existir una categoría legal específica (diferente de la de paciente involuntario) para las personas admitidas tras una

⁴² Código Penal. Artículo 34.

⁴³ Ley N° 23984. Código Procesal Penal de la Nación. PODER LEGISLATIVO NACIONAL. Boletín Oficial 4 de setiembre de 1991. Artículo 76: “En tal caso, sus derechos de parte serán ejercidos por el curador o si no lo hubiere, por el defensor oficial, sin perjuicio de la intervención correspondiente a los defensores ya nombrados. Si el imputado fuere menor de dieciocho (18) años sus derechos de parte podrán ser ejercidos también por sus padres o tutor”.

declaración de inimputabilidad penal. Por ejemplo, en Australia se los llama pacientes forenses; en Mauricio, pacientes de seguridad; y en Sudáfrica, pacientes estatales.

De todas maneras, las personas internadas tras una declaración de inimputabilidad penal, al igual que cualquier otra persona con trastornos mentales que no ha sido acusada de un delito, tienen derecho a la revisión regular y periódica de su detención, y el derecho a recibir tratamiento y atención adecuados en un ambiente terapéutico. Además, las personas admitidas porque no se las considera penalmente responsables por razones de salud mental también pueden conservar el discernimiento para adoptar decisiones relativas a su tratamiento. La mejora suficiente del estado mental de la persona debe conllevar el cese de la detención.

En algunos países puede permitirse que el profesional de la salud externe a una persona declarada penalmente inimputable y admitida a una institución de salud mental. Sin embargo, en otros países solo un juez o un tribunal judicial puede ordenar la puesta en libertad.

De todos modos, es importante que el paciente, los miembros de su familia y otros puedan solicitar la externación. Puede ser razonable que, durante un período de tiempo determinado, se requiera a la persona externada el seguimiento de un tratamiento comunitario de cumplimiento obligatorio, bajo consecuencia de retornar al hospital si ocurre una recaída o si incumple con el plan de tratamiento acordado. Sin embargo, algunos grupos de usuarios objetan el tratamiento comunitario de carácter obligatorio. Los países deben tomar sus propias decisiones acerca de esta cuestión.

El Juicio Penal (propriadamente dicho)

Una vez que se ha tomado la decisión de iniciar acciones penales, existen dos procedimientos aplicables a las personas con trastornos mentales. El primero tiene como

objeto determinar si la persona tiene capacidad para estar en juicio, y el segundo, establecer si la persona puede ser considerada penalmente responsable de sus acciones al momento del hecho delictivo. En algunos casos puede existir una superposición de ambas cuestiones, cuando la persona que sufría de un trastorno mental al momento del hecho se mantiene en esa condición al momento del juicio.

Capacidad para estar en juicio

En la mayoría de los países, la ley requiere que una persona esté en condiciones físicas y mentales para enfrentar un juicio. En general, la capacidad mental para estar en juicio se determina de acuerdo a los siguientes criterios: si la persona está en condiciones de (i) comprender la naturaleza y el objeto de los procedimientos legales; (ii) entender las posibles consecuencias de los procedimientos; y (iii) comunicarse efectivamente con su asesor legal.

Si se decide perseguir penalmente a la persona, y existen motivos razonables para sospechar que el acusado puede sufrir trastornos mentales, el tribunal debe requerir una evaluación sobre su salud mental por parte de un profesional de la salud mental cualificado, – en general, aunque no necesariamente, un psiquiatra. Esto ocurre frecuentemente antes de que se inicie el juicio, aunque puede suceder en cualquier momento durante su realización. La evaluación debe llevarse a cabo preferentemente en una institución de salud mental determinada o en otro lugar de seguridad, de acuerdo a lo ordenado por el tribunal. Debe especificarse el **plazo temporal máximo dentro del cual debe efectuarse la observación psiquiátrica**, a efectos de asegurar que la persona no sea detenida innecesariamente y que el juicio no se demore irrazonablemente. Algunos países han estipulado un límite de 30 días. Si de la evaluación surge que la persona no está en condiciones de enfrentar el juicio debido a la existencia de un trastorno mental grave, el procedimiento penal no puede comenzar hasta tanto la persona recobre la capacidad. En tales casos, la ley debe facultar al tribunal a

transferir a la persona a una institución de salud mental para su tratamiento. Además, la persona debe tener derecho a apelar contra una decisión que autorice su internación continua.

Si se trata de delitos menores, el tribunal puede desestimar o suspender la acusación penal mientras la persona completa el tratamiento, tanto hospitalario como ambulatorio. Por ejemplo, la desestimación o suspensión de la acusación penal puede ser deseable si resulta evidente que el acusado necesita tratamiento debido a un trastorno mental grave, y no representa un peligro para sí mismo o para terceros.

Cuando el delito es grave y/o el acusado representa un peligro para sí o para terceros el tribunal puede ordenar su ingreso a determinadas instituciones de salud mental para su tratamiento.

En concreto, la ley de procedimiento penal de Argentina regula la situación de que la persona que se encuentra enfrentando un proceso incoado en su contra sufra alguna incapacidad mental. En este caso, se debe suspender la tramitación de la causa, impidiéndole que preste declaración indagatoria o el juicio propiamente dicho, y además se ordena la internación en un establecimiento adecuado. En este sentido, procede el sobreseimiento del imputado por inimputabilidad, expresándose las causales que lo motivan y archivándose el expediente y las piezas de convicción que no corresponda restituir.⁴⁴

Deben establecerse garantías para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, de manera que no permanezcan en instituciones de salud mental por mayor tiempo que el necesario. La legislación debe instituir la revisión regular de la orden de internación efectuada por el juez, por ejemplo, a través de un informe psiquiátrico periódico, en el caso de Argentina, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor de treinta días

⁴⁴ Ley N° 23984. *Código Procesal Penal de la Nación*. Arts. 77, 336, 337 y 338.

corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación⁴⁵.

Además, todas las personas acusadas de delitos detenidas en una institución de salud mental durante el juicio deben tener los mismos derechos, procedimientos y garantías que toda otra persona admitida involuntariamente. En ese sentido, también deben tener derecho a solicitar la revisión judicial de su detención ante un órgano de revisión independiente o un tribunal de justicia.

La etapa de determinación de la pena

En algunos países, aunque se haya considerado que una persona con trastornos mentales estaba en condiciones de enfrentar en juicio, que era imputable al momento del hecho, y que era culpable del delito del que se la acusaba, el tribunal aún puede derivarla al sistema de salud mental durante la etapa de determinación de la pena. Esto puede llevarse a cabo a través de sentencias que no ordenen la privación de libertad (por ejemplo, sentencias de ejecución condicional y órdenes de tratamiento comunitarios), o a través de sentencias que ordenen la internación en una institución de salud mental. Las órdenes de internación pueden derivar a la persona a una institución abierta, o a una institución de mayor seguridad, dependiendo del peligro que la persona represente para la comunidad.

La sentencia de ejecución condicional y el tratamiento comunitario

La legislación debe permitir y alentar el dictado de sentencias que no conlleven la privación de libertad para casos de delitos leves cometidos por personas con trastornos mentales, como alternativa al encarcelamiento en una prisión. En algunos países, los

⁴⁵ Ley N° 26657. Artículo 24.

tribunales ya tienen facultades para emitir sentencias de ejecución condicional u órdenes de tratamiento comunitario, que establecen como condición que la persona se someta al tratamiento de los servicios de salud mental. Las órdenes de tratamiento comunitario permiten que las personas con trastornos mentales vivan en la comunidad mientras se sujeten a ciertas condiciones, entre ellas:

- que residan en un lugar específico;
- que participen en actividades de tratamiento y rehabilitación, que incluyen el asesoramiento psicológico, la educación y el entrenamiento;
- que permitan a los profesionales de salud mental acceder a sus hogares;
- que se presenten regularmente ante la autoridad que fiscaliza el cumplimiento de las condiciones; y
- que se sometan a tratamiento psiquiátrico involuntario, cuando esto sea apropiado.

Órdenes de internación

Las órdenes de internación constituyen otro medio para asegurar que la persona que ha sido declarada culpable reciba el tratamiento de salud mental necesario. La legislación que autoriza las órdenes de internación permite a los tribunales remitir a las personas condenadas que sufran trastornos mentales a un hospital para recibir tratamiento, en lugar de encarcelarlas, si al momento de dictarse la sentencia necesita atención hospitalaria.

La orden de internación no puede exceder el plazo máximo de la sentencia que hubiese correspondido dictar. Si el tribunal y los profesionales de salud mental del hospital consideran que la persona requiere de tratamiento adicional al término de la sentencia, deben justificar el mantenimiento de la hospitalización a través de los procedimientos regulares de ingreso involuntario.

Las personas condenadas que padecen de trastornos mentales y que han sido internadas en una institución de salud mental a partir de una orden de internación tienen el mismo derecho a la revisión periódica –cada treinta días corridos, art. 24 Ley N° 26657- por un órgano de revisión independiente (por ejemplo, un tribunal judicial o una corte) que cualquier otro paciente admitido involuntariamente.

La etapa de ejecución de la sentencia

A veces, una persona condenada puede desarrollar un trastorno mental durante su encarcelamiento. La legislación o las normas administrativas deben contener disposiciones que aseguren la atención y el tratamiento adecuados de los trastornos mentales de las personas privadas de libertad. La ley debe disponer la transferencia de las personas privadas de libertad a una institución de salud mental para su tratamiento, en caso de que no puedan ser adecuadamente tratadas en la prisión.

En muchos países, las prisiones tienen unidades hospitalarias establecidas especialmente, donde se transfiere a los internos enfermos. Sin embargo la ley argentina prevé específicamente que en las instituciones de *ejecución no se alojarán internos mientras subsista el cuadro psiquiátrico y a quienes padezcan enfermedad mental crónica*, y con intervención del juez serán trasladados para su atención a servicios especiales de carácter psiquiátrico o servicios u hospitales psiquiátricos de la comunidad⁴⁶. Un órgano de revisión debe supervisar tales unidades para asegurarse de que la calidad y la disponibilidad de la

⁴⁶ Ley N° 24660 “Ejecución de la Pena Privativa de Libertad”. PODER LEGISLATIVO NACIONAL. Boletín Oficial 8 de julio de 1996. Artículo 186.

atención es equivalente a la de los servicios que se encuentran en instituciones de salud mental no penitenciarias.

La legislación también debe asegurar que tales unidades hospitalarias se encuentren bajo la directa supervisión de personal de salud mental cualificado, y no de las autoridades penitenciarias.

Los internos alojados en unidades hospitalarias de la prisión, o transferidas a otras instituciones de salud mental, tienen derecho a la protección de sus derechos, y deben gozar de las mismas protecciones que los demás pacientes con trastornos mentales. En especial, los pacientes penales tienen el derecho de consentir o de negarse a recibir tratamiento. Si se considera que el tratamiento involuntario es necesario, deben seguirse los procedimientos apropiados para autorizar el tratamiento involuntario.

Entre los derechos importantes se encuentran: el derecho a ser protegido contra el trato inhumano y degradante, y el derecho a no ser obligado a participar en investigaciones sin su consentimiento y sin la protección de la confidencialidad. En caso de que un interno sea transferido de la prisión a un hospital y luego nuevamente a la prisión, el tiempo que pasó en el hospital debe computarse como parte de la sentencia.

Además, estos internos sólo pueden ser retenidos en un hospital por el término de duración de la sentencia. Al expirar ese término, si el mantenimiento del ingreso involuntario se justifica por su estado mental, la detención sólo puede continuar si se cumple con las disposiciones civiles de la legislación de salud mental. Los internos sometidos a tratamiento en estas instituciones tienen el mismo derecho a ser tenidos en cuenta a efectos de su libertad condicional que si no estuvieran bajo tratamiento por sus trastornos mentales. La información apropiada de su caso y tratamiento puede, de acuerdo con lo que establezca la ley, ser puesta a

disposición de las autoridades que decidan sobre la libertad condicional si hubiera necesidad de conocerla, o con el consentimiento del interno.⁴⁷

Casos jurisprudenciales nacionales

En nuestro país, el tema de las personas incapaces por padecimientos mentales que se encuentran en conflicto con la ley penal ha sido bastante controvertido, y sin un parámetro nítido durante varios específicamente sobre quién tiene a su cargo el control de la medida impuesta al enfermo mental recluído. Tanto es así que, en el ir y venir de la práctica judicial, los tribunales –ante la laguna normativa- han debido pronunciarse y tratar en lo posible de delinear el camino de dos puntos principales:

- A quien corresponde el *control de la internación psiquiátrica* aplicada como medida judicial;
- *Conflicto de competencia material y territorial* entre los jueces que controlan la medida.

Caso “R.M.J sobre Insania”⁴⁸

En cuanto los hechos, el caso tiene su inicio cuando M.J.R el 4 de junio de 1982 fue declarado inimputable y por ende sobreseído respecto de un homicidio agravado, y se dispone mantener su internación en una clínica psiquiátrica. En el caso se plantea básicamente un conflicto de competencia entre dos jueces civiles, con relación a la internación psiquiátrica de la persona enferma mental, declarada incapaz para el derecho civil argentino desde 1982 como consecuencia de imponérsele una medida de seguridad.

⁴⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2006. *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. pág. 83-89.

⁴⁸ Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. Fecha 19 de febrero de 2008.

Lo absolutamente grave de este caso, es que la causa oportunamente se archivó y no contó con control judicial durante catorce años, hasta que llega su resolución por la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina, con una restricción de libertad por más de veinticinco años, que notoriamente supera incluso la pena que le habría correspondido in abstracto de haber sido condenado por el delito atribuido.

Por ello la Corte sienta las siguientes bases en la materia de que se trata, para que sean tenidas en cuenta por los tribunales inferiores en sus sentencias:

- Toda *internación psiquiátrica deberá durar el tiempo mínimo indispensable* y siempre será la última opción a imponer. La **regla es la libertad**;

- La *privación de la libertad deberá ser revisada judicialmente* mediante procedimientos simples, expeditivos, dotados de mayor celeridad y si se prolonga, debe haber un minucioso control periódico jurisdiccional obligatorio.

Este fallo marcó un importante parámetro a seguir para futuras resoluciones, tanto es así que sentencias posteriores no hacen más que aludir el caso “R.M.J” en sus fundamentos, como por ejemplo en el caso “A.G.J”⁴⁹, la Corte de la Nación revoca, remitiendo a los argumentos del Procurador General, una sentencia que dispuso la internación compulsiva, sin indicación de un límite temporal máximo, en una unidad psiquiátrica del Servicio Penitenciario Federal, de un imputado por el delito de abuso sexual -posteriormente declarado inimputable y, en consecuencia, sobreseído en la causa-. Señala que el procedimiento aplicado no alcanzó el estándar del debido proceso acorde a ese tipo de medida coactiva, contraviniendo, de ese modo, la doctrina establecida por el Máximo Tribunal en el precedente “R., M. J. s/ insania”, en el cual se estableció que si correspondiera prolongar tal medida por

⁴⁹ Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. Fecha 13 de noviembre de 2012.

razones terapéuticas, ello debe ser objeto de un minucioso control jurisdiccional a los efectos de no convertir a la internación, en los hechos, en una pena privativa de la libertad ilimitada.

Caso “Tufano Ricardo Alberto sobre Internación”⁵⁰

Este caso es iniciado el 4 de mayo de 2004 cuando presentó en la Defensoría de Menores e Incapaces el señor Jorge Luis Iannicelli, oportunidad en la que manifestó que su sobrino R. A. T. (de 20 años de edad y quien se domiciliaba con su madre en Capital Federal, Argentina) consumía drogas, lo que motivó la solicitud del señor defensor público de menores en turno de Capital Federal a la justicia nacional en lo

civil, a los efectos de que los señores médicos forenses revisaran a R. A. T. y se expidiesen sobre su estado de salud físico y psíquico como así también respecto de la necesidad de internación o tratamiento adecuado para su afección, ordenando la titular del Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil n° 10 el correspondiente pase de los autos al Cuerpo Médico Forense a dicho fin.

Los profesionales médicos concluyeron que R. A. T. presentaba un trastorno psíquico por abuso de sustancias psicoactivas, recomendando, en consecuencia, su internación para su mayor protección.

Básicamente, la doctrina de la Corte se exploya sobre que en nuestro sistema constitucional resulta inconcebible que una persona sea restringida en su libertad sino en virtud de resolución adoptada por los jueces designados por la ley, y en los procesos donde se plantea una *internación psiquiátrica involuntaria o coactiva*, es esencial el **respeto a la regla del debido proceso** en resguardo de los derechos fundamentales de las personas sometidas a aquélla.

⁵⁰ Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. Fecha 27 de diciembre de 2005.

Sobre el conflicto de competencia: el control de la medida, ¿recae sobre la justicia civil o sobre la justicia penal?

A propósito de ello, con la influencia de “R.M.J” se tendió a desligar la ejecución de la medida en la Justicia Civil en los casos en que se hubiese iniciado un proceso de insania en forma paralela o posterior a la causa penal. Algunos jueces penales entienden que una adecuada interpretación del artículo 34 inciso 1 del Código Penal Argentino impide la existencia de un doble control (penal y civil) de la internación, siendo la justicia civil la más indicada para llevar adelante el control jurisdiccional.

También se ha dicho que habiéndose declarado inimputable al encartado y dispuesto una medida de seguridad con intervención del juez de ejecución, la doble sujeción a las jurisdicciones civil y penal repercuten negativamente en sus derechos, resultando ser la intervención de la justicia civil la que mejor puede abordar la particular situación de restricción de libertad en que se encuentra, pues la superposición de competencias podría ocasionar pérdida de tiempo y trámites infructuosos.⁵¹

No corresponde que el juez de ejecución penal disponga la internación de una persona declarada inimputable y mantenga el contralor de dicha medida de seguridad en el ámbito penal, cuando otro juez civil ya ha intervenido previamente en relación a su incapacidad⁵². En todo lo concerniente a la seguridad y egreso del enfermo será competente el juez de ejecución

⁵¹ “*Brois Montani, Jonathan sobre Recurso de Casación*”. CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN PENAL. 22 de junio de 2011.

⁵² “*Giambisi, Alexis Bermán sobre Recurso de Casación*”. CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN PENAL. 21 de noviembre de 2011.

penal y en lo que hace al control de la internación es concurrente la competencia con el juez civil, a quien le incumbe resolver sobre la procedencia y lugar de internación del paciente.⁵³

Jurisprudencia internacional

Algunos casos resonantes resueltos en tribunales internacionales se presentan a continuación.

“Victor Rosario Congo vs Ecuador”⁵⁴

Los llamados “*Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental*” de la Asamblea General de las Naciones Unidas ha sido considerado como el estándar más completo a nivel internacional sobre la protección de los derechos de las personas con padecimientos mentales, y que ha sido tomado por la Comisión y por la Corte Interamericana de Derechos Humanos como fundamento para decidir el Caso “**Víctor Rosario Congo v. Ecuador**”. En este caso la persona que, según se alega, fue víctima de violaciones a la integridad física, psíquica y moral, padecía de una discapacidad mental. Por lo tanto, la Comisión considera que en el presente caso las garantías establecidas en el artículo 5 de la Convención Americana deben ser interpretadas a la luz de los *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. Estos principios fueron adoptados por la Asamblea General de la ONU como *guía interpretativa* en lo que se refiere a la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental, consideradas por este órgano como un grupo especialmente vulnerable.

⁵³ “C.P.M sobre Art. 482 Código Civil Argentino”. CÁMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CIVIL. 12 de abril de 2010.

⁵⁴ “Victor Rosario Congo vs. Ecuador”. COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Informe 63/99. Caso N° 11427. Fecha 13 de abril de 1999.

*“Ximenes López vs. Brasil”*⁵⁵

Esta constituye la primer sentencia de dicho tribunal referida a la situación de una persona con padecimientos mentales. En ella tribunal se pronunciò sobre la especial atención que los Estado deben a las personas que deben discapacidades mentales en razón de su particular vulnerabilidad. En tal sentido, estableció la responsabilidad estatal por los actos y omisiones provenientes de instituciones de salud no estatales y, a la vez, afirmó la existencia de la violación del derecho al recurso personal y a las garantías del debido proceso, del derecho a la integridad personal de los familiares y el alcance de la reparación adecuada, dado que “toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos”⁵⁶.

*“Winterwerp vs. Países Bajos”*⁵⁷

Por su parte, en el viejo continente la Corte Europea de Derechos Humanos ha considerado necesaria la concurrencia de tres requisitos esenciales para garantizar la legalidad del internamiento de quienes se encuentran detenidos en establecimientos psiquiátricos por haber cometido actos constitutivos de infracciones penales, pero cuyos problemas mentales impiden juzgarlos responsables. En el caso

“Winterwerp” contra los Países Bajos se señaló:

- Que la enfermedad debe haber sido establecida de manera probada;

⁵⁵ CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Sentencia 4 de julio de 2006.

⁵⁶ PITLEVNIK, L. G. 2011. *Jurisprudencia Penal de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, Sumarios y Análisis de fallos*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Hammurabi.

⁵⁷ CORTE EUROPEA DE DERECHOS HUMANOS. Sentencia de octubre de 1979.

- El problema debe revestir un carácter o una amplitud legitimante de la internación forzosa; y

- Que la internación no puede prolongarse válidamente sin la persistencia de tal problema

A modo de conclusión

Desde el comienzo se realizó un abordaje comprensivo de la legislación nacional argentina respecto al sistema estructurado para la salud mental, y se examinó su adecuación a los estándares internacionales de los derechos humanos y principios internacionales para el tratamiento de las personas con vulnerabilidad. Argentina responde y se enmarca acertadamente en estos nuevos modelos, y logra ubicarse como uno de los países con legislación más avanzada en América del Sur. No obstante, surgen las inconveniencias y dificultades de la práctica forense en relación a la falta de programas estructurados, en relación a la poca entrada en vigencia efectiva de la Ley 26657 con la reglamentación del Decreto 603/2013 con fecha 26 de mayo de 2013. Es importante que la normativa encuentre su implementación de manera eficiente en todas las circunscripciones del país, y se termine con la vacilación de los operadores judiciales en cuanto al ingreso y egreso de pacientes enfermos mentales y se recupera la plena vigencia de sus derechos.

De manera conclusiva y práctica, de útil conveniencia, se emiten las siguientes recomendaciones a todos los operadores involucrados en la cadena sanitaria de salud mental argentina:

- ❖ Se logre en corto plazo la adhesión de todas las provincias argentinas a la Ley 26657 –de orden público- y que las mismas reglamenten su implementación de manera local.

- ❖ Se articulen programas comunitarios en cada circunscripción, a nivel provincial, departamental y distrital de atención ambulatoria de salud mental, a manera de descongestionar la atención en los hospitales públicos nacionales y provinciales.
- ❖ Se garantice el enfoque multisectorial de los sectores públicos, involucrando a sectores de la salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social, como así también con el sector privado de cada comunidad.
- ❖ Se elaboren protocolos de actuación –con pasos a seguir desde el inicio hasta el final del proceso- en cada uno de los fueros judiciales (penal, civil, familia) para la eficiente realización de tareas forenses, cuando están involucrados personas con padecimientos mentales, que sean de homogénea y dinámica aplicación.
- ❖ El órgano de aplicación de la normativa nacional cuente con datos estadísticos actualizados, y que los proporcione a las autoridades que lo requieran cuando hayan de elaborarse informes generales o específicos.
- ❖ Cada dirección de salud cuente con un organismo que funcione de manera consultiva siempre que hayan de surgir modificaciones en la legislación local o nacional, para lograr la uniformidad de criterio en la implementación de programas sanitarios de salud mental en cada circunscripción.

BIBLIOGRAFÍA

ACPASIM. Profesionalismo médico en el nuevo milenio: una declaración para el ejercicio de la medicina. Revista online. Recuperado el 20 de marzo de 2014 en: http://campus2.funiber.org/mod/data/view.php?d=123&advanced=1&f_282=no&f_1245=lectura&f_286=BT014

AIZENBERG MARISA. Derechos del paciente: Análisis de la Ley 26529. Educación para la Salud. Moonografía en internet. Recuperado el 20 de marzo de 2014 en: http://www.eps-salud.com.ar/Pdfs/Derechos_De_Los_Pacientes.pdf

AMADEO, JOSÉ SEBASTIÁN y TERRAGNI, MARCO ANTONIO. Ciencias Penales Contemporáneas. Revista de Derecho Penal, Procesal Penal y Criminología. Ediciones Jurídicas Cuyo. Mendoza, Argentina. 2005. N° 7/8.

ANTEPROYECTO DE CÓDIGO PENAL ARGENTINO (2014). Comisión para la Elaboración del Proyecto de Ley de Reforma, Actualización e Integración del Código Penal de la Nación (Decreto P.E.N. 678/12)- Presidente: E. Raúl Zaffaroni. Miembros: León Carlos Arslanián, María Elena Barbagelata, Ricardo Gil Lavedra, Federico Pinedo. Secretario: Julián Álvarez. Coordinador: Roberto Manuel Carlés.

ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL (A.M.M.). Código Internacional de Ética Médica. Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM Londres, Inglaterra, octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006.

ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL (A.M.M.). Declaración sobre los Problemas Éticos de Pacientes con Enfermedades Mentales. Adoptada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, en Septiembre 1995. Recuperado el noviembre de 2013 en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5391&word=>

ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA. Proposición y Puntos de vista de la AMP sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales. Adoptada por la Asamblea General de la AMP en Atenas, Grecia, 17 de Octubre, 1989.

BACIGALUPO ENRIQUE. Manual de Derecho Penal Parte General.3º ed. Santa Fe de Bogotá, Colombia. Editorial Temis S.A. 1996.

BIGLIANI PAOLA Y BOVINO ALBERTO. Encarcelamiento preventivo y estándares del Sistema Interamericano. Presentación de Stella Maris Martínez. Defensoría General de la Nación. Buenos Aires, Argentina. Editores del puerto. 2008.

BIOÉTICA, SALUD Y PRÁCTICA MÉDICA. La atención de los pacientes con trastornos mentales graves. Capítulo 1, punto 1.5. Recuperado el 26 de marzo de 2014 en: <http://campus2.funiber.org/course/view.php?id=1614>

CÁMARA NACIONAL DE APELACIONES EN LO CIVIL. ARGENTINA. “C.P.M sobre Art. 482 Código Civil Argentino”, 12 de abril de 2010. Recuperado el 24 de marzo de 2014 en: <http://www.infojus.gov.ar/buscador/jurisprudencia>

CÁMARA NACIONAL DE CASACIÓN PENAL. ARGENTINA. “Brois Montani, Jonathan sobre Recurso de Casación”, 22 de junio de 2011; “Giambisi, Alexis Bermán sobre Recurso de Casación”, 21 de noviembre de 2011. Recuperado el 24 de marzo de 2014 en: <http://www.infojus.gov.ar/buscador/jurisprudencia>

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. “Victor Rosario Congo vs. Ecuador”. Informe 63/99. Caso N° 11427. 13 de abril de 1999. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/annualrep/98span/Fondo/Ecuador11.427.htm>

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. “Ximenes López vs. Brasil”. Sentencia 4 de julio de 2006. Recuperado el 15 de marzo de 2014 en: <http://www.corteidh.or.cr/index.php/jurisprudencia#>

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN ARGENTINA. Fallos ”Ekmekdjian c/ Sofovich”, Fallo: 315:1492, 7 de julio de 1992; ”Girolodi” , Fallo 318:514 , 7 de abril de 1995; “Bramajo” , Fallo 319:184, 12 de septiembre de 1996; “Acosta”, Fallo 321:3555, 22 de diciembre de 1998; “Cantos”, Fallo: 326:2968, 21 de agosto de 2003; ”Espósito”, Fallo: 327:5668, 23 de diciembre 2004; “Verbrisky, 3 de mayo de 2005. Recuperado el 24 de marzo de 2014 en: <http://www.infojus.gov.ar/buscador/jurisprudencia-corte-suprema?4>

CRIVELLI EZEQUIEL Y ARAYA ESTEFANIA. La Condición Jurídica del Inimputable en el Código Procesal Penal de Mendoza. N° 10/2012, pág. 1042. Buenos Aires, Argentina. Editorial La Ley Gran Cuyo, Voces Jurídicas. 2012.

CURE VERGARA ERIKA MILITZA. Hospitalización involuntaria de Pacientes con Trastorno Mental [tesis de grado]. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Jurídicas, Departamento de Derecho. Bogotá, D.C. 2003. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/derecho/dere5/TESIS55.pdf>

DECLARACIÓN EUROPEA DE SALUD MENTAL. Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud, para la Salud Mental. Celebrada en Helsinki, del 12 al 15 de enero de 2005.

DECRETO N° 828/2006. PODER EJECUTIVO NACIONAL ARGENTINO. Boletín Oficial 10 de julio de 2006.

DRA. EVA JANÉ-LLOPIS, SIOERD VAN ALSRT y DR. PETER ANDERSON. Promoción de la salud mental y Prevención de los trastornos mentales: una visión general de Europa. Monografía en internet. Recuperado el 23 de marzo de 2014 en: http://www.gencat.cat/salut/imhpa/Du32/pdf/coun_stories_cap1.pdf

ESPAÑA. Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal. Boletín Oficial del Estado 24 de noviembre de 1995. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

FERRAJOLI LUIGI. Derecho y Razón. 5º ed. Madrid, España. Editorial Trotta. 2001.

GHELMAN DAVID, BURBRIDGE VIVIANA, MORAS JORGE ROBERTO, MONTI JOSE LUIS Y FOLTYN MARIA CARMEN. La situación actual de los enfermos mentales internados por orden judicial. Análisis crítico del régimen vigente. Imperatividad de su reforma. Fundación IMAGEN 2006-2010. Recuperado el junio de 2013 en: <http://www.fundacionimagen.org.ar/html/trabajo-externacion.html>

GORBACZ LEONARDO ARIEL. Autor de la Ley N° 26657. Exposición para la Comisión Bicameral de Reforma del Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. Disponible en: http://ccycn.congreso.gov.ar/export/hcdn/comisiones/especiales/cbunificacioncodigos/ponencias/buenosaires/pdfs/063_Leonardo_Gorbacz.pdf

JESCHECK HANS HEINRICH. Tratado de Derecho Penal Parte General. 4º ed. traducida por José Luis Manzanares Samaniego. Granada. Editorial Comares. 1993.

Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad. AGENCIA DE CALIDAD DEL SNS. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Atención de la salud en España. Recuperado el 23 de marzo de 2014 en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf

Ley N° 24742. Comité Hospitalario de Ética - Funciones - Integración. 1996. PODER LEGISLATIVO NACIONAL Argentina. Recuperado el 10 de enero de 2014 en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=6311&word=>

Ley N° 26529. Derechos de los Pacientes. PODER LEGISLATIVO NACIONAL ARGENTINO. Boletín Oficial 20 de noviembre de 2009.

Ley N° 24660. Ejecución de la Pena Privativa de Libertad. PODER LEGISLATIVO NACIONAL ARGENTINO. Boletín Oficial 8 de julio de 1996.

Ley N° 22194. Salud Pública. Internación y egresos en establecimientos de salud mental. PODER LEGISLATIVO NACIONAL ARGENTINO. Boletín Oficial 6 de diciembre de 1982

Ley N° 26657. Salud Pública. Derecho a la Protección de la salud mental y derechos humanos. PODER LEGISLATIVO NACIONAL ARGENTINO. Boletín Oficial 2 de diciembre de 2010.

LIBRO VERDE. Recuperado el 23 de marzo de 2014 en: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:52005DC0484>

MAINETTI, JOSÉ ALBERTO y MAINETTI, JOSÉ LUIS. Manual de Bioética. La Plata, Argentina. Editorial Quirón. Abril 2011.

MARTINI JORGE JOSE. Consideraciones acerca de la internación de enfermos mentales. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Revista online Alcmeon 5, 1: 82 - 88, 1992. Recuperado en febrero de 2014 en: http://www.alcmeon.com.ar/2/5/a05_09.htm

MERCOSUR. Declaración de Principios Éticos del Mercosur. Países participantes: Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay .Asunción, 18 de mayo de 1995.

MINISTERIO DE SALUD. Creación del Sistema de Registro, Evaluación y Fiscalización de las Investigaciones en Salud en la Provincia de Mendoza. 2010. Mendoza. Argentina. Resolución 2583/2009. Recuperado el 15 de enero de 2014 en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14691&word=>

MINISTERIO SALUD DE LA NACION ARGENTINA. Página web: <http://www.msal.gov.ar/>

NACIONES UNIDAS. Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental. 1991. Asamblea General. Resolución 46/119. Recuperado en setiembre de 2012 en: <http://www.un.org/spanish/documents/ga/res/46/list46.htm>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Caracas para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud. 14 de noviembre de 1990.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe. 2013. Recuperado en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21321&Itemid=

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Editores Médicos S.A, EDIMSA. 2003. Recuperado en: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf-

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. 2006. Recuperado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43478/1/9243562827_spa.pdf?ua=1

PITLEVNIK, LEONARDO G. Jurisprudencia Penal de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, Sumarios y Análisis de fallos. Buenos Aires, Argentina. Editorial Hammurabi. 2011.

REPÚBLICA FEDERATIVA DE BRASIL, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental de las Américas, 9 de noviembre de 1990.

REVISTA ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. Enfermedad mental: estigma y legislación. Revista online. Recuperado el 20 de marzo de 2014 en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352009000200012&script=sci_arttext

ROXIN CLAUS. Culpabilidad y Prevención en Derecho Penal. Traducción por Francisco Muñoz Conde. Madrid, España. Editorial REUS S.A. 1981.

ROXIN CLAUS. Derecho Penal Parte General. 2º ed. traducida por Diego-Manuel Luzon Peña, Miguel Díaz y García Conlledo y Javier de Vicente Remesal. Madrid, España. Editorial Civitas S.A. 1997.

SOLER SEBASTIÁN. Derecho Penal Argentino. 10º ed. actualizado por Guillermo J. Fierro. TOMO II. Buenos Aires, Argentina. Tipográfica Editora Argentina. 1992.

UNESCO. Creación de Comités de Bioética. Guía N°1. Francia. 2005. Disponible en: http://campus2.funiber.org/mod/data/view.php?id=123&advanced=1&f_282=no&f_1245=lectura&f_286=BT014

UNESCO. Funcionamiento de los Comités de Bioética: Procedimientos y Políticas. Guía N°2. Francia. Año 2006. Recuperado el 15 de marzo de 2014 en: http://campus2.funiber.org/mod/data/view.php?id=123&advanced=1&f_282=no&f_1245=lectura&f_286=BT014

ZAFFARONI EUGENIO RAUL, ALAGIA ALEJANDRO Y SLOKAR ALEJANDRO. Manual de Derecho Penal Parte General. Buenos Aires, Argentina. Editorial Ediar. 2005