



Acceso a la Justicia de Niños, Niñas y Adolescentes internados por Salud Mental o Adicciones

Testimonio 2012 - 2014

**ACCESO A LA JUSTICIA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
INTERNADOS POR SALUD MENTAL Y ADICCIONES**

Testimonio 2012 - 2014

Argentina. Defensoría General de la Nación
Acceso a la justicia de niñas, niños y adolescentes internados por salud
mental y adicciones : testimonio 2012 - 2014 . - 1a ed. - Ciudad Autóno-
ma de Buenos Aires : Defensoría General de la Nación, 2015.
157 p. ; 17x24 cm.
ISBN 978-987-45543-2-1
1. Salud Mental. 2. Derecho. 3. Adicciones.
CDD 362.2

Fecha de catalogación: 12/05/2015

DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN

Defensora General de la Nación
Dra. Stella Maris Martínez

Secretario General de Coordinación
Dr. Patricio Giardelli

Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad Art. 22 Ley 26.657
Coordinador: Dr. Juan Pablo Olmo

COORDINACIÓN EDITORIAL

Subsecretaría de Comunicación Institucional - Secretaría General
de Política Institucional

2015 Ministerio Público de la Defensa
Defensoría General de la Nación
www.mpd.gov.ar
Av. Callao 970 - CP 1023
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tirada: 500 ejemplares

ÍNDICE

Presentación	7
Prólogo	9
Capítulo I	
Marco jurídico: Régimen de Internaciones de Niñas, Niños y Adolescentes	11
I. 1. Introducción	11
I. 2. Internaciones voluntarias	13
I. 3. Internaciones involuntarias	14
I. 4. Internaciones de personas menores de edad	17
I. 5. Actuación del defensor	18
Capítulo II	
Creación de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley	
26.657	21
II. 1. Situación anterior a la ley Nº 26.657	21
II. 2. Ley Nº 26.657	23
II. 3. Creación de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art.	
22 Ley 26.657 (Res. DGN Nº 1451/2011)	25
II. 4. Función inicial de recolección de datos	26
II. 4. a) Introducción	26
II. 4. b) Aspectos cuantitativos de la recolección	26
II. 4. c) Aspectos cualitativos relevantes para la puesta en funcionamiento	
de la Unidad de Letrados	28
II. 5. Presentación del plan de actividades	31
Capítulo III	
Puesta en funcionamiento de la Unidad de letrados de Personas Menores de	
Edad Art. 22 Ley 26.657 para el ejercicio de la defensa	33
III. 1. Inicio de actividades (Res. DGN Nº 516/2012)	33
III. 2. Estructura de la dependencia: nuevo diseño institucional	34
III. 3. Ejercicio de la función: facultades otorgadas por la Res. DGN Nº	
516/2012	34
III. 4. Metodología de trabajo	35

Capítulo IV

Aspectos cuantitativos de la intervención: información estadística de los dos primeros años	39
IV. 1. Introducción: período observado.....	39
IV. 2. Información estadística.....	39
IV. 2. a) Información general de la población.....	41
IV. 2. b) Tipo de cobertura para los tratamientos de salud.....	42
IV. 2. c) Situación previa a la internación.....	48
IV. 2. d) Modalidad del tratamiento.....	51
IV. 2. e) Actuación de la defensa pública.....	53
IV. 2. f) Cuestiones conexas.....	60
IV. 2. g) Cese de la actuación de la defensa pública.....	61

Capítulo V

Aspectos cualitativos de la intervención	63
V. 1. Contacto inmediato y permanente con el defendido.....	63
V. 2. La primera visita.....	64
V. 3. Abordaje interdisciplinario.....	66
V. 4. Participación en los procesos de externación.....	66
V. 4. a) Representantes legales y demás familiares y referentes afectivos.....	66
V. 4. b) Equipo tratante.....	67
V. 4. c) Otros organismos.....	68
V. 4. d) Actuación extrajudicial.....	68
V. 5. Garantía de acceso a la justicia de personas en especial situación de vulnerabilidad.....	70

Capítulo VI

Dinámica de actuación del equipo técnico interdisciplinario	73
VI. 1. Datos estadísticos.....	73
VI. 2. Aspectos cualitativos de la actuación del equipo técnico interdisciplinario.....	78

Capítulo VII

Supuestos específicos del ejercicio de la defensa	83
VII. 1. Niños y niñas de corta edad.....	83
VII. 2. Adicciones.....	84
VII. 3. Controles de legalidad (ley Nº 26.061).....	87
VII. 4. Disposiciones tutelares (ley Nº 22.278).....	89

Capítulo VIII

La actuación de la Unidad de Letrados a la luz de los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657	91
VIII. 1. Especialidad.....	91
VIII. 2. Interdisciplina.....	91
VIII. 3. Intersectorialidad.....	92

Capítulo IX

Proyección en la Jurisprudencia	93
IX. 1. Definición de internación	93
IX. 1. a) Introducción	93
IX. 1. b) Jurisprudencia	95
IX. 2. Consentimiento otorgado y carácter involuntario de la internación	97
IX. 2. a) Introducción	97
IX. 2. b) Jurisprudencia	100
IX. 3. Actuación del defensor en internaciones no convalidadas judicialmente	100
IX. 3. a) Introducción	100
IX. 3. b) Jurisprudencia	101
IX. 4. No convalidación de la internación	102
IX. 4. a) Introducción	102
IX. 4. b) Jurisprudencia	103
IX. 5. Derivaciones ordenadas judicialmente	104
IX. 5. a) Introducción	104
IX. 5. b) Jurisprudencia	105
IX. 6. Medidas cautelares: reserva de vacante en hogar	106
IX. 6. a) Introducción	106
IX. 6. b) Jurisprudencia	107
IX. 7. Medidas cautelares: prohibición de acercamiento	107
IX. 7. a) Introducción	107
IX. 7. b) Jurisprudencia	108

Capítulo X

Reflexiones finales sobre la problemática de las internaciones de niñas, niños y adolescentes en la ciudad de Autónoma de Buenos Aires	109
--	-----

Anexo	113
1. Resolución DGN N° 1451/2011 (14/11/2011)	113
2. Resolución DGN N° 516/2012 (21/05/2012)	117
3. Ley 26.657 (reglamentada mediante decreto 603/13)	121

PRESENTACIÓN

En el vigésimo aniversario del reconocimiento constitucional del Ministerio Público de la Defensa como un órgano independiente, integrante del sistema de administración de justicia, con autonomía funcional y autarquía financiera, encontramos un momento más que propicio para destacar que el sistema argentino de Defensa Pública ha ido consolidándose y, en la actualidad, se erige como un modelo a seguir, no solamente desde una concepción clásica enfocada en la defensa penal, sino también en otros ámbitos, como garantía de acceso a la justicia y efectivo goce y ejercicio de los derechos fundamentales de la población en general, y de los grupos en situación de vulnerabilidad, en particular.

En lo que aquí respecta, desde la entrada en vigencia de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en diciembre de 2010, el Ministerio Público de la Defensa ha asumido un rol protagónico en la puesta en marcha de su implementación y, consecuentemente, en velar por el efectivo cumplimiento de los derechos y garantías allí reconocidos. Ello derivó en el armado de un nuevo diseño institucional que permita dar respuesta a las exigencias funcionales de dicho cuerpo normativo.

Entre otras cuestiones, la ley regula minuciosamente un régimen de internaciones por salud mental y adicciones, en cuyo art. 22 reconoce el derecho de toda persona internada involuntariamente a designar un abogado de confianza que la defienda mientras dure la internación y, en caso de no hacer uso de ese derecho, se establece la obligación del Estado de proporcionarle un defensor desde el momento mismo de su internación.

Entonces, dadas las particulares circunstancias que rodean las internaciones de niñas, niños y adolescentes –consideradas siempre como involuntarias– mediante las resoluciones DGN N° 1451/11

y 516/12 dispuso la creación de la *Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657* para el ejercicio de la defensa especializada de este colectivo, efectivamente implementada a partir de junio de 2012.

Con esta publicación, se pretende dar cuenta del trabajo llevado a cabo por la Defensa Pública por medio de esta Unidad de Letrados durante sus dos primeros años de funcionamiento y sacar a la luz las problemáticas específicas que rodean las internaciones de personas menores de edad en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Poder contar con un letrado que ejerza la defensa técnica de niñas, niños y adolescentes desde el mismo momento en que se produce la internación y con presencia efectiva en el lugar es, realmente, un hecho sin precedentes no solo en la región, sino también a nivel global, a la vez que revela realidades complejas.

Esperamos, entonces, que este aporte sea de utilidad para todos aquellos que, desde los distintos ámbitos, trabajan a diario en pos de hacer realidad y darle contenido cierto a los derechos enunciados normativamente.

PRÓLOGO

Para honrar el compromiso asumido por el Ministerio Público de la Defensa y su mandato constitucional, desde la Coordinación de la *Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657* se han fijado estándares mínimos para el ejercicio de la defensa pública, los que han sido por cierto exigentes. Por ello, cabe destacar que el trabajo realizado no hubiera podido llevarse a cabo satisfactoriamente si no fuera por el compromiso y dedicación al servicio de la función por parte de quienes se han desempeñado en la Unidad de Letrados durante la primera etapa, objeto del período observado en esta publicación. Ellos son los Dres. Daniela Yankielewicz, Ángeles Montaña, Magdalena Pavicic, Tomás Ruggiero, Victoria Azpitarte, Verónica Britos, Mariana Lavalle y María Paula Menossi (abogados), las Lic. Sabrina Bossetti y Silvana Ossola (psicólogas), la Lic. Mariela Pichón (trabajadora social), el Dr. Hernán Crespo Kaul (médico psiquiatra infanto-juvenil) y el Sr. Cristian Giani Feijóo.

Los profesionales mencionados también han participado, junto con la Coordinación de la Unidad de Letrados, en la redacción de esta publicación, que no es más que el resultado del trabajo realizado en el ejercicio de la defensa, sintetizado a lo largo de diez capítulos. En el primero de ellos, el lector encontrará un marco teórico introductorio referido al régimen jurídico de las internaciones por salud mental y adicciones de niñas, niños y adolescentes. Los capítulos segundo y tercero están referidos a la creación y puesta en funcionamiento de la Unidad de Letrados, de donde surge información referida a su conformación, antecedentes y contexto en el que fue creada, función de recolección inicial de datos y tareas asignadas. En los capítulos siguientes figuran los datos estadísticos recogidos durante el período (aspectos cuantitativos de la intervención), como así también el análisis de los lineamientos de actuación de la

Unidad de Letrados –tanto lo referido a los letrados como al equipo técnico interdisciplinario–; se hace especial hincapié en algunos supuestos específicos del ejercicio de la defensa, v. gr., internaciones de niños y niñas de corta edad, adicciones, etcétera (aspectos cualitativos). Luego, el capítulo noveno refleja el impacto de la actuación de la Defensa Pública en la jurisprudencia de los juzgados civiles con competencia en asuntos de familia, donde tramitan los controles judiciales de las internaciones. En el décimo y último capítulo, se hace el cierre con algunas reflexiones finales sobre los déficits estructurales que se han advertido en las respuestas que el sistema socio-sanitario da a las problemáticas que atraviesan niñas, niños y adolescentes que deben cursar internaciones por salud mental y adicciones en el ámbito de la CABA. Finalmente, también se agrega un apéndice con las resoluciones DGN N° 1451/11 y 516/12 –que crean y ponen en funcionamiento la Unidad de Letrados–, la ley de salud mental N° 26.657 y el decreto reglamentario 603/13, para facilitar el acceso a la normativa citada a la largo de la obra.

La defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes internados por salud mental y adicciones es, sin dudas, una tarea ardua. Esta publicación no pretende más que presentar el tema, visibilizar la dimensión de la problemática y compartir la experiencia de la actuación de la defensa pública por medio de un diseño institucional novedoso.

Resta agradecer, muy especialmente, a las licenciadas Alicia Leonardi, Liliana Bottinelli y Érica Aguilar, todas ellas profesionales integrantes de la Dirección General de Tutores y Curadores Públicos de la Defensoría General de la Nación, por su significativa colaboración durante el proceso de selección del personal que ha conformado la Unidad de Letrados; como así también a los Dres. Javier Lancestremere, Patricio Giardelli, Carolina Mazzorín, Teresita Seco Pon y Vanesa Ferrara, por su apoyo incondicional durante toda esta primera etapa.

Juan Pablo Olmo (Coordinador)
Unidad de Letrados de Personas Menores de
Edad art. 22 Ley 26.657

CAPÍTULO I

MARCO JURÍDICO: RÉGIMEN DE INTERNACIONES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

I. 1. Introducción¹

En la CABA, el control judicial de las internaciones está regulado por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 del año 2010², que derogó por medio de su art. 44 la anterior ley N° 22.914 sobre “Internación y Egreso de Establecimientos de Salud Mental”. La ley 26.657 tiene como objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que puedan establecer las provincias y la CABA para la protección de estos derechos (art. 1). Trata específicamente lo referido a las internaciones en sus arts. 14 a 29 (capítulo VII: Internaciones), 30 (capítulo VIII: Derivaciones), 43 (capítulo XII: Disposiciones complementarias, que modifica el art. 482 del Código Civil) y demás concordantes, entre ellos: 3, 5, 7, 10 y 40. Asimismo, el art. 2 (capítulo I: Derechos y garantías) introduce como parte integrante de la ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la

¹ Para un desarrollo exhaustivo del régimen de internaciones de la ley N° 26.657 y su reglamentación, véase OLMO, Juan Pablo, *Salud mental y discapacidad*, Dunken, Buenos Aires, 2014.

² En adelante, ley N° 26.657 o LNSM. Sancionada en fecha 25/11/2010, promulgada mediante decreto 1855/10 del 02/12/2010 y publicada en el Boletín Oficial en fecha 03/12/2010.

Atención de la Salud Mental³. Finalmente, por medio del decreto N° 603/13 (28/05/2013), publicado en el Boletín Oficial el 29/05/2013, se aprobó la Reglamentación de la ley (en adelante, Reglamentación). De los 46 artículos que conforman el texto legal, han sido reglamentados los siguientes: 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 37, 38, 39 y 40. Además, se agregó una disposición transitoria referida a la puesta en funcionamiento del Órgano de Revisión (en adelante, OR).

Se considera a la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que solo podrá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Y ante esta circunstancia, se debe promover el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social; salvo en aquellas excepciones que, por razones terapéuticas debidamente fundadas, establezca el equipo de salud interviniente (art. 14 LNSM). Con relación a ello, para los casos en los que la persona no estuviera acompañada por familiares o se desconociera su identidad, la ley establece que la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones para conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviera o indicara, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible (art. 17 LNSM). Durante el transcurso de la internación, tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deberán registrarse diariamente en la historia clínica (art. 15 LNSM).

Respecto de la duración de la internación, deberá ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. En ningún caso la internación se podrá indicar o prolongar para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados por medio de los organismos públicos competentes (art. 15 LNSM). Y en los casos en que esta sea contro-

³ En adelante Principios de la ONU. Adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991.

lada judicialmente, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos, y la externación a la mayor brevedad posible (art. 18 LNSM).

Se prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, ya sean públicos o privados; en tanto que los ya existentes se deberán adaptar a los objetivos y principios establecidos en la ley hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos (art. 27 LNSM). Como contrapartida, el art. 28 LNSM establece que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales, que deberán contar con los recursos necesarios. Y la ley considerará un acto discriminatorio, en los términos de la ley 23.592, el rechazo de la atención –ambulatoria o de internación– de los pacientes por motivos de su salud mental bajo esta modalidad.

Resta señalar que la ley 26.657 se refiere a un régimen de internaciones dirigido a toda persona, sin distinción de edad, y se le haya restringido su capacidad jurídica o no. Regula, básicamente, dos tipos de internaciones: voluntarias e involuntarias.

I. 2. Internaciones voluntarias

La regla es la internación voluntaria⁴. Las internaciones son voluntarias cuando el propio interesado, mayor de edad y con capacidad jurídica a tal fin, expresa el consentimiento libre e informado en forma positiva y por escrito (el consentimiento deberá ser indefectiblemente personal⁵ y deberá mantenerse durante todo el tiempo que dure la internación). Si el consentimiento informado ha sido brindado utilizando medios y tecnologías especiales, deberá dejarse constancia fehaciente de ello en la historia clínica del paciente, aclarando cuáles han sido los utilizados para darse a entender⁶. En estos casos, la persona podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la internación. Si bien, en principio, no son controladas judicialmente, si se prolongan por más de sesenta días

⁴ Principio 15.1 ONU: “Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria”.

⁵ Art. 16 inc. c) Reglamentación.

⁶ Art. 10 Reglamentación.

corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al Órgano de Revisión y al juez, quien deberá evaluar si la internación continúa teniendo carácter de voluntaria o si debe pasar a considerarse involuntaria y darle ese trámite (art. 18 LNSM). Si se resuelve mantener el carácter de voluntaria, deberá reiterarse la comunicación al cabo de los ciento veinte días como máximo –a contar desde el momento de la internación– y deberá contener los recaudos establecidos en el art. 16 LNSM. En este caso, para evaluar si la internación continúa siendo voluntaria, el juez solicitará una evaluación de la persona internada al equipo interdisciplinario dependiente del OR⁷. A pesar de que la persona podrá abandonar la internación por su propia voluntad en cualquier momento (art. 18 LNSM), cuando existiera una situación de riesgo cierto e inminente podrá limitarse el egreso, en cuyo caso deberá procederse de conformidad con el art. 20 LNSM y subsiguientes (internaciones involuntarias)⁸.

Respecto del consentimiento informado, para que sea válido deberá prestarse en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y, en cambio, se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación, dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapias aplicadas. En este último caso, deberá procederse como si se tratara de una internación involuntaria (art. 16 LNSM). Por su parte, el art. 19 LNSM establece que el consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

I. 3. Internaciones involuntarias

En caso de que la persona se oponga a la internación, o de no prestar el consentimiento por no poder hacerlo, o bien que este sea otorgado por una persona de menos de 18 años o a la que se le haya restringido su capacidad jurídica, o por su representante legal; en cualquier caso, la internación se reputará involuntaria.

⁷ Art. 18 párr. 2º Reglamentación.

⁸ Art. 18 párr. 1º Reglamentación.

La internación involuntaria es considerada un recurso terapéutico de carácter excepcional, que solo puede ser dispuesta cuando existe riesgo cierto e inminente de un daño de entidad para la persona o para terceros –se abandona el criterio anterior de la “peligrosidad”, según el cual el daño podía ser potencial–, que debe estar determinado por un equipo interdisciplinario conformado, al menos, por dos profesionales de distintas disciplinas, uno de los cuales necesariamente debe ser psicólogo o médico psiquiatra (art. 20 LNSM); y siempre que no exista otra alternativa eficaz para su tratamiento y menos restrictiva de su libertad (arts. 7 inc. d] y 20 inc. b] LNSM). Aun en estos casos, el juez deberá garantizar el derecho de la persona internada, en la medida que sea posible, a ser oída en relación con la internación dispuesta⁹.

A los fines del control de legalidad de la internación involuntaria, esta deberá ser comunicada en un plazo de hasta diez horas al OR y al juez, quien en un plazo de tres días corridos podrá autorizarla, o denegarla y asegurar la externación de forma inmediata (art. 21 incs. a] y c] LNSM). Igualmente, antes de resolver, podrá requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria (art. 21 inc. b] LNSM). La opción de requerir un informe ampliatorio solo procede si, a criterio del juez, el informe original es insuficiente. En caso de solicitarlo o solicitar peritajes externos, el plazo máximo para autorizar o denegar la internación no podrá superar los siete días fijados en el art. 25 LNSM¹⁰. Es decir, al comunicársele una internación involuntaria, el juez debe autorizarla o denegarla, o bien previamente requerir informes ampliatorios para resolver. En la CABA, los controles de internación se tramitan ante los Juzgados Nacionales de Primera Instancia en lo Civil, con competencia en asuntos de familia y capacidad de las personas¹¹. Si el juez la autoriza, debe solicitar

⁹ Art. 21 párr. 3° Reglamentación.

¹⁰ Art. 21 inc. b] Reglamentación.

¹¹ En la justicia nacional (que actúa en la jurisdicción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), existen 110 juzgados de primera instancia en lo civil, de los cuales 24 tienen competencia exclusiva y excluyente en asuntos de familia, estado civil y

informes con una periodicidad no mayor a 30 días corridos (art. 24 párr. 1° LNSM) a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida –deberán ser interdisciplinarios e incluir información acerca de la estrategia de atención, las distintas medidas implementadas por el equipo y las respuestas obtenidas, fundamentando adecuadamente la necesidad del mantenimiento de la medida de internación¹²–, y podrá, en cualquier momento, disponer su inmediata externación. Si transcurren los primeros 90 días y luego del tercer informe continúa la internación involuntaria, el juez deberá pedir al OR que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento y, en lo posible, independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación (art. 24 párr. 2° LNSM). En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada (art. 24 LNSM). En caso de que existan razones para que la internación involuntaria continúe, se entenderá que la intervención del OR procede a intervalos de noventa días¹³.

La persona internada involuntariamente tiene derecho a contar con un abogado que la defienda mientras dure su internación. Para el caso de que la persona internada –o su representante legal– no elija un abogado en forma particular, el Estado deberá proporcionarle un defensor oficial que ejerza su defensa técnica desde el inicio de la internación (art. 22 LNSM).

Finalmente, el art. 23 LNSM establece que el alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud –compuesto de manera interdisciplinaria y bajo el criterio establecido en el art. 16 LNSM y concordantes¹⁴– que no requiere autorización del juez, sin perjuicio del deber de informárselo; y no se aplica para el caso de las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el art. 34 del Código Penal.

capacidad de las personas. A su vez, la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil está compuesta por 13 salas, identificadas con las letras de la “A” a la “M”, y actúan como tribunal de alzada de los 110 juzgados civiles (de familia y patrimoniales). En adelante, cualquier mención a los juzgados, jueces o resoluciones dictadas por ellos se entenderán en relación con los juzgados nacionales de primera instancia en lo civil, con competencia en asuntos de familia y capacidad de las personas.

¹² Art. 24 párr. 1° Reglamentación.

¹³ Art. 24 párr. 2° Reglamentación.

¹⁴ Art. 23 párr. 1° Reglamentación.

Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona solo corresponden si ella cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar (art. 30 LNSM). Asimismo, el equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo con los requisitos establecidos en el art. 16 LNSM apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente.

I. 4. Internaciones de personas menores de edad

El art. 26 LNSM establece que en el caso de internaciones de personas menores de edad o declaradas incapaces se procederá de acuerdo con lo establecido por los arts. 20 a 25 LNSM (internaciones involuntarias); y en el caso de niñas, niños y adolescentes, además se procederá de acuerdo con la normativa vigente nacional e internacional de protección integral de derechos.

Como el texto del proyecto que ahora conforma el art. 26 LNSM se redactó antes de la sanción de la ley 26.579 (que fija la mayoría de edad a los 18 años), el legislador quiso establecer que las internaciones de todas las personas de menos de 21 años serían tratadas como involuntarias y se procedería de conformidad con los arts. 20 a 25 LNSM; y que en el caso de las personas de menos de 18 años, además, se aplicarían las normas de la legislación sobre protección integral. Sin embargo, tal desfase ha perdido vigencia al haberse bajado la mayoría de edad de los 21 a los 18 años a partir de la referida ley, por lo que ambas denominaciones serán utilizadas en forma indistinta.

De lo hasta aquí expuesto es posible extraer dos conclusiones:

a) Por aplicación del art. 26 LNSM, toda internación que involucre a personas menores de edad será reputada siempre involuntaria, sin excepción alguna, a pesar de contar con el consentimiento del propio interesado o de sus representantes legales.

b) Asimismo, el art. 22 LNSM establece que la persona internada involuntariamente –o su representante legal– tiene derecho a designar un abogado, y si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación; de modo que en toda internación que involucre a niñas, niños y adolescentes deberá actuar

necesariamente el defensor que prevé el art. 22 (si no es designado en forma particular, será un defensor oficial).

I. 5. Actuación del defensor

Sin desconocer que la norma dice la persona internada involuntariamente “o” su representante legal, una interpretación adecuada nos lleva a sostener que esta última opción prevalece con carácter excluyente cuando la persona menor de edad está imposibilitada de designar un abogado, o bien no hace uso de tal derecho, pero no cuando opta por formular una designación, ya que debe prevalecer esta. Asimismo, para el caso en que el abogado sea designado por el representante legal, el juez interviniente podrá desechar luego esa opción al advertir que de su accionar surge un conflicto de interés con la persona internada, y podrá darle intervención al defensor que deberá proporcionar el Estado para el supuesto de que no se designe otro en forma particular.

A fin de garantizar el derecho de defensa desde que se hace efectiva la internación, el servicio asistencial deberá informar al usuario que tiene derecho a designar un abogado. Si en ese momento no se puede comprender su voluntad, o la persona no designa un letrado privado, o solicita un defensor público, se dará intervención a la institución que presta dicho servicio¹⁵.

En el ejercicio de la asistencia técnica el abogado defensor –público o privado– debe respetar la voluntad y las preferencias de la persona internada, en lo relativo a su atención y tratamiento¹⁶. En orden a ello, el juez debe garantizar que no existan conflictos de intereses entre la persona internada y su abogado, y debe requerir la designación de un nuevo defensor si fuese necesario¹⁷. En los estados en los que no pueda comprenderse la voluntad de la persona internada, el defensor deberá igualmente procurar que las condiciones generales de internación respeten las garantías mínimas exigidas por la ley y las directivas anticipadas que pudiera haber manifestado expresamente¹⁸.

15 Art. 22 párr. 3° y 4° Reglamentación.

16 Art. 22 párr. 2° Reglamentación.

17 Art. 22 párr. 6° Reglamentación.

18 Art. 22 párr. 5° Reglamentación.

El art. 22 LNSM prevé que el defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juez deberá permitir que el defensor controle las actuaciones en todo momento. Asimismo, a fin de determinar los alcances de la intervención del defensor debemos recurrir al principio 18 ONU, parte integrante de la ley 26.657 (cfr. art. 2 LNSM). En efecto, allí se establece que el interesado tendrá derecho a designar a un defensor “para que lo represente en su calidad de paciente”, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación (principio 18.1). A mayor abundamiento, allí también se establece que el paciente y su defensor podrán solicitar y presentar en cualquier audiencia un dictamen independiente sobre su salud mental y otros informes y pruebas orales, escritas y de otra índole, que sean pertinentes y admisibles (principio 18.3). Se les proporcionará al paciente y a su defensor copias del expediente del paciente y de todo informe o documento que deba presentarse, salvo en casos especiales en que se considere que la revelación de determinadas informaciones perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros. En ese caso, deberá proporcionarse al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se le comunique al paciente cualquier parte de un documento, se le informará de ello a él o a su defensor, así como de las razones de esa decisión, que estará sujeta a revisión judicial (principio 18.4). El paciente y su representante personal y defensor tendrán derecho a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella (principio 18.5). Se admitirá la presencia de una determinada persona en la audiencia, a instancia de la solicitud formulada por el paciente o su representante personal o defensor (principio 18.6).

De lo anterior se colige que el defensor proporcionado por el Estado deberá, necesariamente, tener inmediatez en el acceso a un equipo interdisciplinario de profesionales en el marco de una estructura institucional, a los fines de poder controlar, con elementos probatorios externos, la prescripción del equipo de salud tratante de la persona a quien defiende.

A su vez, en el caso de internaciones de niñas, niños y adolescentes se conjuga una doble especialidad en el ejercicio de la función

de defensa: en razón de la materia (salud mental y adicciones) y en razón del sujeto (personas menores de edad).

Resta señalar que el principio 18.1 ONU establece que se pondrá a disposición de la persona un defensor sin cargo alguno “en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar”. Por ello, se entendería que el defensor será proporcionado por el Estado en tanto y en cuanto la persona no cuente con fondos suficientes para afrontar los honorarios de un abogado de la matrícula. Sin embargo, el principio 18.1 debe ser completado con el mejor estándar fijado en el art. 22 LNSM, que no establece dicho requisito. De todas formas, luego la Reglamentación aclara expresamente que la actuación del defensor público será gratuita¹⁹.

En resumen: la actuación del defensor previsto en el art. 22 LNSM se circunscribe al ejercicio de la defensa técnica de la persona internada, que deberá ser proporcionada en forma gratuita por el Estado desde el inicio, sin excepción, ya que toda internación de personas menores de edad se reputará involuntaria (art. 26 LNSM). Ese es el estándar “de base” previsto en la ley y su reglamentación.

¹⁹ Art. 22 párr. 1º Reglamentación.

CAPÍTULO II

CREACIÓN DE LA UNIDAD DE LETRADOS DE PERSONAS MENORES DE EDAD ART. 22 LEY 26.657

II. 1. Situación anterior a la ley Nº 26.657

Muy brevemente, reseñaremos que desde la codificación el tema fue abordado, en el ámbito nacional, en el art. 482 del Código Civil, por entonces compuesto por un único párrafo²⁰, que debía completarse con lo normado en el art. 140 del Código Civil²¹. De su lectura se desprende que la internación podía ser ordenada por una autoridad judicial, solo respecto de los “dementes”, tras un proceso también judicial que los declare como tales.

La interpretación de la normativa se hizo cada vez más flexible, hasta que en el año 1968 la reforma de la ley 17.711 agregó dos párrafos más²² al texto original del art. 482 del Código de Vélez, que

20 Art. 482 del Código Civil: “El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial” (párr. 1º).

21 Art. 140 el Código Civil: “Ninguna persona será habida por demente, para los efectos que en este Código se determinan, sin que la demencia sea previamente verificada y declarada por juez competente”.

22 Art. 482 del Código Civil: “Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcohólicos crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse, previo dictamen del médico oficial” (párr. 2º). “A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcohólicos crónicos y toxicómanos, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolon-

ampliaron los supuestos que permitían la internación: 1) se extendió a las personas no declaradas dementes, 2) sea a instancias de la autoridad policial o judicial; en los términos establecidos en los párrafos 2º y 3º, respectivamente. Se crea la figura del “defensor especial” para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y, aun, evitarla.

En 1983 entra en vigencia la ley 22.914 sobre “Internación y Egreso de Establecimientos de Salud Mental”²³. Se ha dicho que constituye, en esencia, un sistema de comunicaciones y plazos para que toda internación no voluntaria sea controlada judicialmente, a la vez que instrumenta el modo de verificar el cumplimiento de los derechos de la persona internada²⁴. Se previeron cuatro casos de internación (cfr. art. 1): por orden judicial, voluntaria (a pedido del propio interesado o su representante legal), por autoridad policial y de urgencia. En cualquier caso, una vez cumplidos los requisitos y los plazos legales, toda internación, sea cual fuere su origen (judicial, voluntaria, policial o de urgencia), únicamente podría permanecer como judicial o voluntaria, porque las internaciones provisoriamente policiales o de urgencia, si no cesan, se transforman, al vencer los términos, en judiciales o voluntarias²⁵.

El tercer párrafo del art. 482 del Código Civil, según la redacción por entonces vigente, y la derogada ley 22.914, preveían la actuación de un “defensor especial” para asegurar que la internación no se prolongara más de lo indispensable. A su vez, el art. 59 de la Ley Orgánica del Ministerio Público N° 24.946, establecía: “Los tutores y curadores públicos [...] deberán: [...] f) Ejercer la defensa de las personas internadas en los términos del artículo 482 del Código Civil, tanto en lo personal como en lo patrimonial, gestionando tratamientos

que más de lo indispensable y aun evitarla, si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos” (párr. 3º).

23 Art. 15, ley 22.914: “La presente ley se aplicará en la Capital Federal y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. El Poder Ejecutivo Nacional informará a los gobiernos de las provincias del texto y los fundamentos de la presente, a fin de que se contemple la posibilidad de implementar una legislación similar”.

24 CÁRDENAS, E. J., GRIMSON, R., ÁLVAREZ, J. A., *El juicio de insania y la internación psiquiátrica*, Editorial Astrea, Buenos Aires, 1985, p. 51.

25 CÁRDENAS, E. J., GRIMSON, R., ÁLVAREZ, J. A., *El juicio de insania...cit.*, p. 98.

adecuados, así como también los amparos patrimoniales que puedan corresponder”. Sin embargo, la figura del defensor especial ha sido eliminada, y si bien no se derogó el art. 59, inc. f] de la ley 24.946, este ha perdido su ámbito de aplicación al no existir más la figura a la que aludía y, por lo tanto, lo consideramos tácitamente derogado.

II. 2. Ley Nº 26.657

Como ya se señaló, en el año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 que, en lo que aquí interesa, derogó la ley Nº 22.914 y modificó el art. 482 del Código Civil, creando así un nuevo marco regulatorio para el control de las internaciones por salud mental y adicciones. Para el caso de las internaciones involuntarias, entre las que se incluyen siempre las que involucran a personas menores de edad (art. 26 LNSM), se prevé la posibilidad de que la persona internada –o su representante legal– designe un abogado, y si no lo hace, el Estado deberá proporcionarle uno desde el momento de la internación. Por lo tanto, en toda internación de personas menores de edad deberá actuar, necesariamente, el defensor que prevé el art. 22 LNSM, que si no se designa en forma particular, será un defensor público.

Cabe resaltar que las personas internadas siempre tuvieron derecho a acceder a un abogado, eso nunca se discutió. La diferencia, básicamente, radica en que antes, eligiese o no la persona un abogado de su confianza, en el proceso de control de internación intervenía siempre el “defensor especial” con amplias facultades (cuasi curador), propio de un modelo llamado paternalista. En cambio, ahora la actuación del defensor proporcionado por el Estado en los términos del art. 22 LNSM será subsidiaria, de modo que deberá intervenir en tanto y en cuanto la persona no haya designado un abogado. Si lo hace, excluye la actuación del defensor público. Y, además, ahora pesa en cabeza del Estado el deber de proporcionarle uno desde el momento de la internación.

Si bien al “defensor especial” no le era vinculante la voluntad de su defendido, a causa del carácter de su función, lo cierto es que ello debió ser revisado. En la práctica, se advierte que en la inmensa mayoría de los casos el defensor proporcionado por el Estado es

la única instancia por medio de la que la persona internada puede acercar su voluntad al expediente judicial donde se controla su internación, y así formular peticiones en términos de “autoprotección”. Por tal motivo, si manifiesta su voluntad, por ejemplo, de querer ser externado, es función del defensor actuar en tal sentido, a pesar de que pueda considerar que no es lo mejor para su defendido. Lo contrario sería una forma ilegítima de “control social”, en los términos planteados en el art. 2 inc. h] de la ley 448²⁶. Distinta es la situación cuando la persona no solo no puede elegir un abogado, sino tampoco darle instrucciones. Entonces, el defensor deberá impulsar de oficio las medidas tendientes a su externación, o bien a su derivación para tratamiento en un dispositivo menos restrictivo cuando ello sea posible. No obstante, más adelante se desarrollará con mayor profundidad este concepto con relación a la voluntad expresada por la persona defendida, máxime cuando proviene de un niño, niña o adolescente.

La ley N° 26.657 entró en vigencia el 12 de diciembre de 2010, pero, ante su falta de reglamentación, en el ámbito de la CABA, los curadores públicos²⁷ empezaron a asumir espontáneamente la función del defensor prevista en el art. 22 LNSM en los expedientes judiciales sobre control de internación, lo cual fue avalado por los jueces intervinientes, para no dejar a las personas que se encontraban internadas y las que se internaran de ahí en más sin la debida garantía de defensa en juicio y de acceso a la justicia, ya que eran ellos quienes hasta ese momento ejercían la “defensa especial”. Incluso antes de la entrada en vigencia de la ley, y ante la inminencia, por haber sido promulgada por el ejecutivo nacional el 2 de diciembre de 2010 y publicada en el BO al día siguiente, se fueron requiriendo informes a las distintas instituciones respecto de las personas que ya se encontraban internadas para, luego, rencauzar los trámites según los términos de la nueva normativa.

26 Art. 2°, ley 448: “Principios. La garantía del derecho a la salud mental se sustenta en: [...] h) La función del Estado como garante y responsable del derecho a la salud mental individual, familiar, grupal y comunitaria. Evitando políticas, técnicas y prácticas que tengan como fin el control social”.

27 Arts. 4, 58 y 59, ley 24.946. Sobre el particular, ver OLMO, Juan Pablo, *Salud mental...cit.*, pp. 293 y ss.

Dicha iniciativa después fue receptada desde el plano institucional y, así, inmediatamente plasmada en la Resolución de la Defensoría General de la Nación N° 1728/10 (14/12/2010), donde se resolvió: “Establecer que la designación del abogado proporcionado por el Estado al que alude el art. 22 de la Ley N° 26.657 recaiga en los Señores Curadores Públicos”.

De este modo, y en consonancia con el mandato constitucional (art. 120 CN), desde el Ministerio Público de la Defensa se dio el primer paso en la consolidación de la nueva institucionalidad en materia de acceso a la justicia de las personas internadas por motivos de salud mental y adicciones en el ámbito de la CABA.

II. 3. Creación de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657 (Res. DGN N° 1451/2011)

Con posterioridad, mediante las resoluciones de la Defensoría General de la Nación N° 558/11 (12/05/2011) y 841/11 (04/07/2011) entró en funcionamiento una “Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657”, y a partir del 1º de agosto de 2011 inició una segunda etapa. Por medio de esta dependencia se ejerce la defensa técnica de personas mayores de edad internadas involuntariamente en la CABA a partir de la fecha señalada, y respecto de las que no se encuentre en trámite un expediente donde se haya cuestionado el ejercicio de su capacidad jurídica. En el resto de las internaciones –incluyendo las de personas menores de edad– siguieron interviniendo los curadores públicos en el ejercicio de la defensa técnica prevista en el art. 22 LNSM.

Finalmente, dadas las particulares circunstancias que rodean las internaciones que involucran a niñas, niños y adolescentes, mediante resolución de la Defensoría General de la Nación N° 1451/11 (14/11/2011) se ha creado la *Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657*, cuya misión es brindar defensa pública, gratuita y especializada, a niños, niñas y adolescentes (personas de menos de 18 años) que se encuentren internados por salud mental o adicciones dentro del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

En los considerandos de la resolución se dejó planteado que dicho universo de casos exigía una asistencia especializada (reglas 5 y 30 de las “Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Per-

sonas en Condición de Vulnerabilidad”), que permitiera maximizar el ejercicio de los derechos fundamentales en el marco de protección integral reconocido, entre otra normativa de aplicación, por la ley 26.061 y la Convención sobre los Derechos del Niño.

II. 4. Función inicial de recolección de datos

II. 4. a) Introducción

Conforme los lineamientos planteados por la resolución que creó la *Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad* art. 22 Ley 26.657, en una primera etapa de funcionamiento, la tarea primordial fue inventariar las instituciones destinadas a receptor internaciones de personas menores de edad y las necesidades respectivas, en miras de garantizar el integral cumplimiento de las disposiciones previstas en la ley 26.657.

Las tareas de recolección se realizaron durante el período comprendido entre el 13 de febrero hasta el 31 de mayo de 2012, y pueden sintetizarse básicamente en tres etapas, a saber: 1) recolección de la información; 2) decodificación de la información recogida: análisis, sistematización y conclusiones; 3) presentación de propuestas acerca del perfil de actuación de la Unidad de Letrados, conformación profesional multidisciplinaria, personal que la integraría, y necesidades funcionales.

Para comenzar la tarea de recolección se realizaron visitas institucionales a 58 establecimientos que alojaban niños, niñas y adolescentes ubicados dentro del ámbito de la CABA, y se confeccionaron los correspondientes informes. Asimismo, para recabar la información, como así también para interpretarla y extraer diversas conclusiones respecto de la conformación profesional multidisciplinaria y perfil de actuación de la Unidad de Letrados, se han mantenido diversas entrevistas personales con integrantes de organismos externos y dependencias del Ministerio Público de la Defensa.

II. 4. b) Aspectos cuantitativos de la recolección

Una vez finalizada la recolección, se pudo concluir que del total de instituciones visitadas, solo 28 receptaban internaciones por sa-

lud mental o adicciones de niñas, niños y adolescentes en los términos de la ley 26.657, que requieren de la necesaria actuación de la Unidad de Letrados.

Asimismo, de las restantes 30 instituciones registradas, 9 de ellas no receptaban internaciones de personas menores de edad por salud mental o adicciones; en tanto que en 21 instituciones, si bien en principio tampoco se receptaban dichas internaciones, eventualmente los alojamientos de niñas, niños y adolescentes podrían, en algún caso concreto, reputarse asimilables a una internación²⁸.

Según un primer criterio, las instituciones pueden ser clasificadas en “públicas” o “privadas” y, a su vez, estas últimas, según tengan o no convenio con algún organismo estatal en materia de admisiones. En efecto, de las 28 instituciones que receptaban internaciones de niñas, niños y adolescentes, 11 eran públicas, 3 eran privadas con convenio y 14 eran privadas sin convenio.

En las 28 instituciones que receptaban internaciones de niños, niñas y adolescentes por salud mental y adicciones, había 123 niños, niñas y adolescentes internados en el momento de las visitas.

Del total de 28 instituciones que receptaban internaciones por salud mental o adicciones de niños, niñas y adolescentes, 25 incluían en su abordaje la atención de las problemáticas de adicciones (o sea, el 89% de las instituciones).

De los 123 niños, niñas y adolescentes que se encontraban internados al momento del registro en las 28 instituciones que receptaban internaciones de niños, niñas y adolescentes por salud mental o adicciones, 70 eran varones (57%) y 53 mujeres (43%).

A continuación, se realizará un desagregado según la edad de los 123 niños, niñas y adolescentes que se encontraban internados en el período investigado: 17 años (28 casos); 16 años (29 casos); 15 años (18 casos); 14 años (13 casos); 13 años (7 casos); 12 años (6 casos); 11 años (4 casos); 9 años (2 casos); 8 años (1 caso); 7 años (1 caso); no se informa la edad (14 casos). Es decir, el 87% se encon-

²⁸ Los casos de niños, niñas y adolescentes que se encuentran allí alojados contaban con expedientes judiciales caratulados “Control de Legalidad – Ley 26.601”, referidos a las medidas excepcionales de separación del núcleo familiar (arts. 39 y sgtes. de la ley 26.061) adoptadas por la autoridad local de aplicación (Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del GCBA).

traban en la franja etaria que va de los 13 a los 17 años y el 13% entre los 7 y 12 años.

Ahora bien, del total de ciento 123 niños, niñas y adolescentes internados, 88 de ellos (o sea, el 72%) se encontraban alojados en las 12 instituciones públicas; en tanto que los restantes 35 casos (el 28%), distribuidos en las 16 instituciones privadas. De estos últimos 35 casos, 28 se encontraban en instituciones privadas sin convenio y 7 en instituciones privadas con convenio.

A su vez, de los 70 casos de niños, niñas y adolescentes internados en dos hospitales monovalentes, solo 24 de ellos (o sea, el 35%) tenían su centro de vida en la CABA; en tanto que los 46 restantes (65%) vivían en la jurisdicción de la provincia de Buenos Aires.

II. 4. c) Aspectos cualitativos relevantes para la puesta en funcionamiento de la Unidad de Letrados

Abogados defensores. Los letrados actuantes tendrán la función de brindar una defensa técnica especializada a niños, niñas y adolescentes internados por salud mental y adicciones. Por lo tanto, se desprende de estos casos una doble especialidad: en razón de la materia (salud mental) y en razón del sujeto (persona de menos de 18 años de edad).

La especialidad en razón del sujeto no es una mera disquisición teórica que prevé el plexo normativo aplicable²⁹, sino que en materia de internaciones de niños, niñas y adolescentes trae aparejado implicancias concretas:

- En primer lugar, “los tiempos de los niños” no son los mismos que los de los adultos, por lo que una mayor demora en el abordaje del caso provocará, sin dudas, un mayor perjuicio que el que se puede provocar si se tratara de un adulto. Resulta, entonces, imperativo, en términos de presencia institucional, que el abogado defensor tome un primer contacto con la situación dentro de las 24 h de recibida la comunicación de internación.

29 Convención sobre los Derechos del Niño, Reglas de Beijing, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad, leyes 26.061 y 114 CABA y 26.657 y 448 CABA, entre otras.

- A diferencia de las internaciones de los adultos, las que involucran a niños, niñas y adolescentes son siempre involuntarias y no es posible que en su transcurso puedan transformarse en voluntarias en razón del consentimiento informado; por lo que esta última posibilidad no se presenta como causal del cese de la intervención de la Defensa Pública.
- A diferencia de la externación de un adulto, en el caso de niños, niñas y adolescentes siempre se efectiviza en acompañamiento de un tercero (persona adulta responsable).
- Si bien el consentimiento informado de niños, niñas y adolescentes no se proyecta para considerar voluntaria la internación (cfr. art. 26 LNSM), ello no le quita valor en términos de adhesión al tratamiento e involucramiento con él, lo que implica su participación activa, v.gr., sobre el plan terapéutico y demás condiciones de alojamiento (actividades, visitas permitidas, contacto con familiares, permisos de salida, etc.). Señalada la importancia del consentimiento informado aun en casos de niños, niñas y adolescentes como elemento a considerar, resta señalar que a diferencia del caso de los adultos, donde el consentimiento informado se enmarca en una relación bilateral entre la persona y el equipo de salud interviniente; en el caso de niños, niñas y adolescentes el derecho al cuidado de su propio cuerpo y la salud se juega en el contexto de una relación triangular conformada por tres sujetos ante los que deberá interceder la defensa pública: el niño, niña o adolescente, los padres o encargados y el equipo de salud.
- En tanto que personas en permanente desarrollo que irán evolucionando en sus facultades y, con ello, adquirirán progresivamente mayor autonomía para el ejercicio por sí de sus derechos, la escucha de los niños, niñas y adolescentes resulta un proceso de mayor complejidad que en el caso de los adultos: demandará más tiempo, abordaje interdisciplinario, etc. No reparar en este dato concreto de la especialidad implica menoscabar el derecho de defensa de niños, niñas y adolescentes en su aspecto “material” y, por ende, en lugar de que el defensor ejerza una verdadera “defensa técnica eficaz”, actúe, en el mejor de los casos, como representante de lo que él entienda como mejor interés de los niños, niñas y adolescentes.

- Conforme quedó demostrado con la información recolectada, de la población de niños, niñas y adolescentes provenientes de familias de bajos recursos, que, en principio, no tendrían acceso a cobertura privada de salud (como paciente particular, por obra social o prepaga) y por eso deben atenderse en el sector público, aproximadamente el 65% tiene su centro de vida en la provincia de Buenos Aires (o sea, cerca del 50% del total de los casos en los que se intervendrán los letrados)³⁰. Eso los ubica en una mayor situación de vulnerabilidad, dado que allí se advierten dificultades en el abordaje con los familiares y demás referentes afectivos y comunitarios, el régimen de visitas, el proceso de externación o derivación a otros dispositivos, etc. En consecuencia, aproximadamente en el 50% del total de los casos en los que tenga que intervenir la Unidad de Letrados existirá una demanda del ejercicio de la defensa pública aún más intensa, debido a una quíntuple situación de vulnerabilidad (en razón de la edad, padecimiento mental, situación de internación, pobreza y lejanía de su centro de vida)³¹.

30

Equipo técnico interdisciplinario. Lo señalado en relación con la doble especialidad que demanda el ejercicio de la defensa pública de niños, niñas y adolescentes internados por salud mental o adicciones alcanza al equipo interdisciplinario que brindará apoyo técnico para el ejercicio de la función. En este marco, quienes ejerzan la defensa de niños, niñas y adolescentes podrán fundar sus peticiones con un sustento interdisciplinario, a instancias de los aportes del equipo técnico basados en dos ejes de actuación:

- Función de seguimiento. Consistiría básicamente en: 1. constatación de la existencia de una estrategia de abordaje y plan de tratamiento institucional para el caso concreto; 2. control de los términos del plan de tratamiento prescripto por el equipo de salud interviniente; 3. control del cumplimiento del plan de trata-

³⁰ Estas cifras no incluyen los casos de niños, niñas y adolescentes internados en instituciones privadas, cuyo centro de vida radica en la Jurisdicción de la provincia de Buenos Aires.

³¹ Aquí también hay que agregar los casos de niños, niñas y adolescentes internados en instituciones privadas, cuyo centro de vida radica en la jurisdicción de la provincia de Buenos Aires.

miento según los objetivos previstos; 4. participación en los procesos de externación cuando no se pueden concretar debido a problemáticas sociales ajenas al plan terapéutico.

- Función pericial. Consistiría en la realización de informes técnicos interdisciplinarios donde se expidan sobre los dos requisitos imprescindibles en los que se debe fundar toda internación involuntaria: 1. existencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (cfr. art. 20 inc. a] LNSM); 2. ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento (cfr. art. 20 inc. b] LNSM), de modo que la persona reciba el tratamiento y sea tratada con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades (cfr. art. 7 inc. d] LNSM).

II. 5. Presentación del plan de actividades

La resolución DGN N° 1451/11 también dispuso que desde la Coordinación de la Unidad de Letrados se presente un plan de actividades para el inicio de sus funciones. En consecuencia, una vez concluido satisfactoriamente la recolección inicial, se presentó dicha propuesta, ajustada a la información relevada al inicio y proyectada hacia el futuro, a fin de orientar el funcionamiento y perfil de actuación de la Unidad de Letrados. Cumplida esta etapa, finalmente se dio inicio al ejercicio de la función de defensa a partir del 1º de junio de 2012.

CAPÍTULO III
PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE
LETRADOS DE PERSONAS MENORES DE EDAD ART. 22
LEY 26.657 PARA EL EJERCICIO DE LA DEFENSA

III. 1. Inicio de actividades (Res. DGN N° 516/2012)

Como ya se adelantó, mediante la resolución de la Defensoría General de la Nación N° 516/2012, se dispuso que la *Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657* comenzara a cumplir las funciones establecidas en la resolución DGN N° 1451/11, interviniendo en las nuevas internaciones que se produjeran a partir del 1º de junio de 2012.

Con relación a las internaciones iniciadas antes de esa fecha, continuarían interviniendo las curadurías públicas, tal como lo venían realizando por entonces. Asimismo, son los curadores públicos quienes intervienen cuando la persona menor de edad se encuentra bajo cualquier proceso referido al ejercicio de su capacidad jurídica (arts. 141, 152 bis o 152 ter del Código Civil); como así también en los casos en que la persona se encuentra internada en extraña jurisdicción, con intervención de la Justicia Nacional en lo Civil. Aun así, los funcionarios indicados pueden articular planteos de incompetencia para que el contralor judicial de la medida recaiga en el ámbito provincial, conforme la doctrina sentada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación a partir del precedente “T., R. A. s/ Internación” (*Fallos* 328:4832).

Finalmente, si durante el transcurso de la intervención el niño, niña o adolescente cumple la mayoría de edad, y siempre que la internación continúe y revista el carácter de involuntaria, corresponde que intervenga la Unidad de Letrados dedicada a la defensa de las personas mayores de edad.

III. 2. Estructura de la dependencia: nuevo diseño institucional

Al cierre de los dos primeros años de funcionamiento, la estructura de la Unidad de Letrados estaba compuesta por un coordinador a cargo de la dependencia, una asistente de coordinación, cinco letrados para desempeñar la función de defensa prevista en el art. 22 LNSM, un equipo técnico conformado por un médico psiquiatra infanto-juvenil, dos psicólogos y una trabajadora social; y, finalmente, quien cumple funciones de ordenanza.

Como se podrá apreciar, este nuevo diseño institucional no responde a la estructura tradicional de las defensorías (comparable con la de juzgados y fiscalías) en las que, bajo una organización jerárquica verticalista, la dependencia está a cargo de un defensor y luego cuenta con varios empleados y funcionarios en el marco de un escalafón determinado; es decir, hay un defensor y luego varias personas que lo asisten en el ejercicio de su función de defensa, muchas veces “despachando” expedientes y cumpliendo demás funciones. Aquí, en cambio, dada la especificidad de la tarea a desempeñar, hay varios letrados que cumplen el rol de defensa y pocos empleados que los asisten –de hecho, uno solo para todos–, pero también un equipo técnico conformado por profesionales de distintas disciplinas, para responder a las demandas propias del ejercicio de la función del art. 22 de la ley 26.657 en el caso de niñas, niños y adolescentes –con un acentuado perfil de actuación extrajudicial– tal como se verá a lo largo de esta publicación. Todos ellos, bajo una instancia de coordinación realizada por quien está a cargo de la dependencia.

III. 3. Ejercicio de la función: facultades otorgadas por la Res. DGN N° 516/2012

La resolución de la Defensoría General de la Nación N° 516/12 dispuso que la función de defensa debía ser ejercida con los alcances y según los términos expuestos en sus considerandos. En efecto, dadas las particulares características que denota el ejercicio de la defensa pública a favor de este grupo en especial situación de vulnerabilidad, se fijaron estándares mínimos de intervención y ac-

tuación, además de los que se puedan establecer desde la coordinación de la Unidad de Letrados.

Se estableció que, una vez recibida la comunicación de la internación por parte del establecimiento donde se lleva a cabo o al haber sido informada por otro medio, la Unidad de Letrados deberá tomar contacto con la situación y asumir la defensa cuando en ese momento no surja de modo fehaciente, según la información suministrada, que la persona menor de edad o su representante legal hayan designado un abogado en forma particular. Además, debe comunicarle dicha circunstancia al Juzgado Nacional en lo Civil que intervenga en el control de la internación.

Asimismo, para cumplir acabadamente con el ejercicio de la defensa técnica, los letrados seleccionados a tal efecto estarán habilitados para realizar las tareas propias del ejercicio de la función, como visitar los lugares de internación; entrevistar a las personas defendidas, labrar actas dejando constancia de su voluntad y preferencias, como así también de otras personas intervinientes en el caso; tomar conocimiento de las historias clínicas de los asistidos; realizar a su sola firma presentaciones judiciales, administrativas y de otra índole; entre otras.

35

III. 4. Metodología de trabajo

Una vez recibida la comunicación de internación, se le asigna el caso a un letrado para asumir la defensa en los términos del art. 22 LNSM. A tal fin, se ha diseñado un complejo sistema de asignación de casos a los letrados, utilizando como variables el día en que se recibe la comunicación de la internación (distribución diaria) y el lugar donde esta se produce (distribución geográfica); a diferencia del sistema tradicional, esto es, según el juzgado en el que queda radicada la causa, puesto que en la gran mayoría de estos casos la persona internada ya cuenta con un letrado de la defensa pública que ejerza su defensa antes que haya un juzgado interviniendo.

Este sistema de distribución asegura una fuerte presencia institucional en los establecimientos donde se efectúan la mayor cantidad de las internaciones en la CABA, a la vez que disminuye el desplazamiento geográfico de los letrados y otorga cierta previsibilidad en

los días de asignación de casos. Ello también ha permitido mantener los estándares de inmediatez en una primera visita al lugar de internación para el ejercicio de la defensa. En efecto, una vez asignado el caso, el letrado concurre al lugar de internación para mantener un primer contacto con la persona defendida en el mismo día de la asignación, o bien, al día siguiente.

Todo ello, conforme estándares de intervención y actuación establecidos desde la coordinación de la Unidad de Letrados (Res. DGN N° 516/12, párr. 1° del punto IV de los considerandos³²), lo que ha demandado el esfuerzo y compromiso de los letrados intervinientes y demás integrantes de la dependencia.

En todos los casos, en la primera visita se mantiene, mínimamente, un contacto visual con el defendido y, según lo permitan las circunstancias de cada caso al inicio mismo de la internación, se podrá, en forma sucesiva, mantener una entrevista para recabar su voluntad y, finalmente, labrar un acta para dejar constancia de ella.

En todos los casos, antes del contacto personal con el defendido, se mantiene una entrevista con el equipo tratante y se compulsa la historia clínica, puesto que ello hace a la “escucha del niño”, de modo de contar, a tal efecto, con la mayor cantidad de información posible. Si se encuentran presentes, también se entrevista a los representantes legales.

Además del estándar de intervención para una primera visita inmediata, durante todo el proceso de internación los letrados ejercen la defensa en un sentido integral, con la asistencia del equipo técnico interdisciplinario; manteniendo un contacto fluido con su defendido, los representantes legales y referentes afectivos, el equipo tratante y demás organismos intervinientes en el caso concreto, muchos de los que intervendrán tras haber sido instados por el letrado. Todo ello hasta que se concreta la externación de la persona.

La resolución DGN N° 516/12 también prevé que la Unidad de Letrados cuente con el apoyo profesional de un equipo interdisciplinario, cuyos integrantes forman parte de la actividad de defensa

32 “[...] dadas las particulares características que denota el ejercicio de la defensa pública a favor de este grupo en especial situación de vulnerabilidad, corresponde fijar estándares mínimos de intervención y actuación, sin perjuicio de los que se puedan establecer desde la Coordinación de la Unidad de Letrados”.

técnica a fin de brindar una prestación especializada, conforme lo previsto por las reglas 41 y 64 de las “Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad”.

Más allá de este breve marco introductorio, a lo largo de este trabajo se desarrollará con mayor precisión y detalle los aspectos más sobresalientes del perfil de actuación de la Unidad de Letrados, con un abordaje interdisciplinario.

CAPÍTULO IV

ASPECTOS CUANTITATIVOS DE LA INTERVENCIÓN: INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DE LOS DOS PRIMEROS AÑOS

IV. 1. Introducción: período observado

Este trabajo da cuenta de los resultados obtenidos durante los dos primeros años de funcionamiento de la Unidad de Letrados, esto es: nuevas internaciones de personas menores de edad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires producidas entre el 1º de junio de 2012 y el 31 de mayo de 2014. Es decir, los ingresos comprendidos durante dicho período. Por ende, no se han registrado las internaciones de niñas, niños y adolescentes que ingresaron con anterioridad al 1º de junio de 2012 y que permanecieron internados en las instituciones durante el período en cuestión, porque respecto de ellos no ha intervenido la Unidad de Letrados; y tampoco se incluyen las internaciones iniciadas después del 31 de mayo de 2014.

No obstante, en un principio se recibieron por error en la Unidad de Letrados doce (12) comunicaciones de internaciones producidas antes del 1º de junio de 2012, en las que, luego de evaluar con cuidado cada caso, finalmente se optó por asumir la defensa de las personas internadas, para evitarles un mal mayor, dadas las particularidades que rodeaban las internaciones de aquellos niños, niñas y adolescentes, ya que no admitían ninguna dilación en el ejercicio de su defensa.

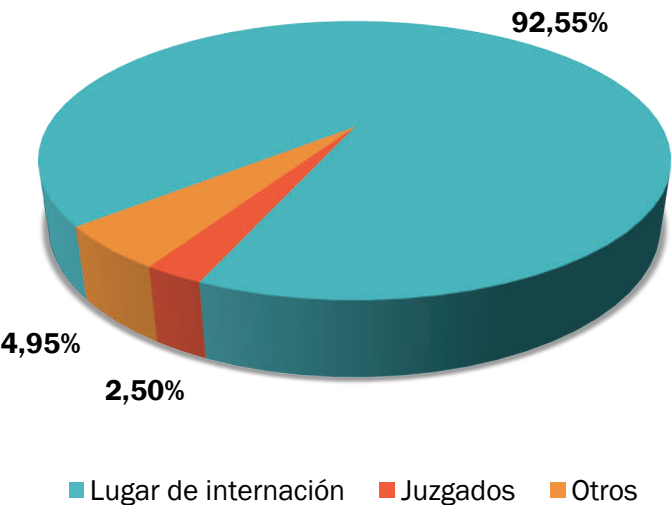
IV. 2. Información estadística

Durante los dos primeros años de funcionamiento de la Unidad de Letrados se recibieron 1.791 comunicaciones, en 1.718 de esos casos se asumió la defensa y en 73 no, dado que se trataban de supuestos en los cuales no correspondía la intervención de la defensa

pública (por ejemplo: internaciones comunicadas por error, ya que eran de personas de más 18 años de edad, o que estaban internadas desde antes del 1º de junio de 2012, etcétera).

Es decir, teniendo en cuenta que hubo 1.718 casos en los que se ejerció la defensa, ello implica un promedio mensual de casi 71 casos nuevos, o bien de entre 3 y 4 por cada día hábil (incluyendo ferias judiciales).

Gráfico N° 1: Comunicación de la internación



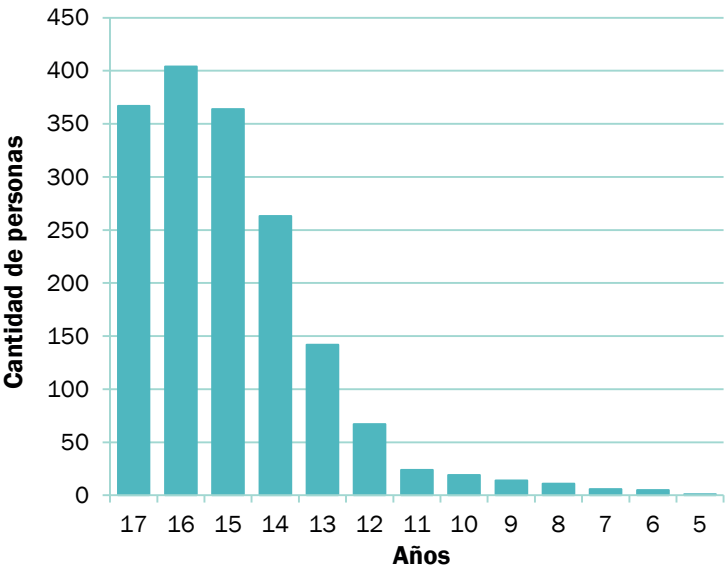
De los 1.718 casos en los que se ejerció la defensa, en 1.590 la comunicación para asumir la defensa fue recibida en la Unidad de Letrados directamente desde el lugar de internación, en 43 casos desde los juzgados intervinientes por medio de la vista del expediente, y en 85 casos por otras vías (mediante familiares, otros organismos, casos detectados por los letrados en oportunidad de una visita, etc.). Esto da cuenta de un alto grado de cumplimiento de la ley³³ por parte de los establecimientos al comunicar las internaciones directamente a la Unidad de Letrados. Con relación a la tramitación de los expedientes,

33 Art. 22 Reglamentación ley 26.657: “Si en ese momento no se puede comprender su voluntad, o la persona no designa un letrado privado, o solicita un defensor público, se dará intervención a la institución que presta dicho servicio” (párr. 4º).

durante el período señalado se recibieron más de 3800 vistas en la Unidad de Letrados en los términos del anteúltimo párrafo del art. 135 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación.

IV. 2. a) Información general de la población

Gráfico N° 2: Edad de las personas defendidas



41

Gráfico N° 3: Franja etaria

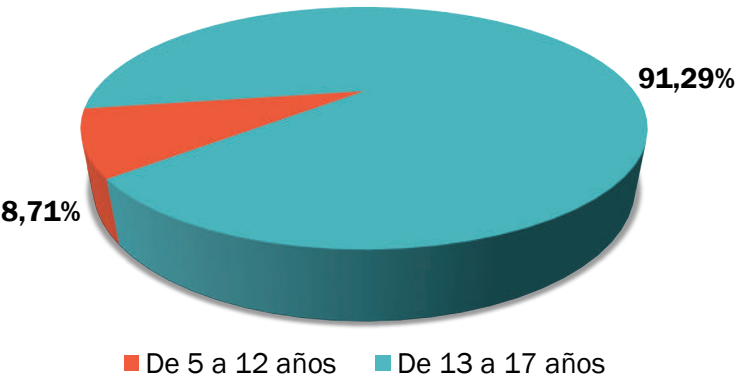
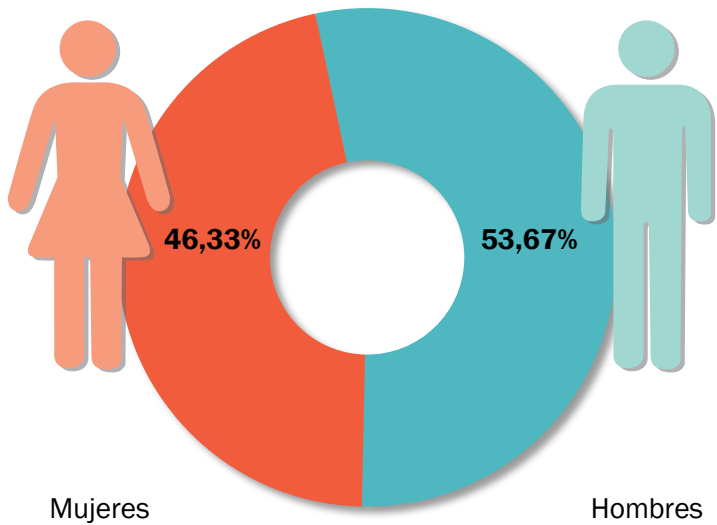


Gráfico N° 4: Género



De los 1.718 casos, hubo 31 donde los lugares de internación no informaron la edad y que, además, no fue posible obtener mayor información dado que las internaciones fueron muy breves.

En el resto de los casos, se observa que la Unidad de Letrados ha ejercido la defensa de personas de entre 5 y 17 años de edad. Como se puede apreciar, la gran mayoría eran adolescentes comprendidos en la franja etaria desde los 13 a los 17 años (1540 casos). Solo 147 casos eran niños y niñas de corta edad: 12 años (67 casos), 11 años (24 casos), 10 años (19 casos), 9 años (14 casos), 8 años (11 casos), 7 años (6 casos), 6 años (5 casos), 5 años (1 caso).

Resta señalar que en su mayoría fueron hombres.

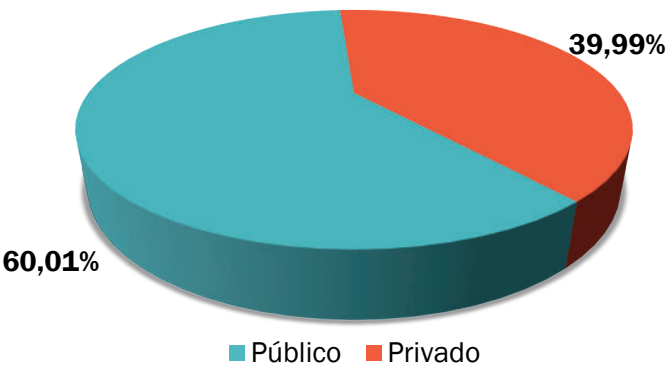
IV. 2. b) Tipo de cobertura para los tratamientos de salud

Gráfico 5. Cantidad de personas en los lugares de internación

Establecimiento	Cantidad	Porcentaje
Público 1	609	35,45%
Público 2	177	10,30%
Público 3	78	4,54%
Público 4	69	4,02%

Establecimiento	Cantidad	Porcentaje
Público 5	38	2,21%
Público 6	21	1,22%
Público 7	15	0,87%
Público 8	8	0,47%
Público 9	6	0,35%
Público 10	3	0,17%
Público 11	2	0,12%
Público 12	2	0,12%
Público 13	1	0,06%
Público 14	1	0,06%
Público 15	1	0,06%
Privado 1	248	14,44%
Privado 2	126	7,33%
Privado 3	72	4,19%
Privado 4	51	2,97%
Privado 5	50	2,91%
Privado 6	30	1,75%
Privado 7	24	1,40%
Privado 8	17	0,99%
Privado 9	12	0,70%
Privado 10	11	0,64%
Privado 11	9	0,52%
Privado 12	8	0,47%
Privado 13	5	0,29%
Privado 14	5	0,29%
Privado 15	4	0,23%
Privado 16	3	0,17%
Privado 17	3	0,17%
Privado 18	2	0,12%
Privado 19	2	0,12%
Privado 20	2	0,12%
Privado 21	2	0,12%
Privado 22	1	0,06%
TOTAL	1718	100,00%

Gráfico N° 6: Tipo de establecimiento



Con relación a los lugares de internación, los 1.718 casos se distribuyeron entre 37 establecimientos según el detalle que surge del gráfico N° 5 (no se indica el nombre del establecimiento porque no resulta necesario a los fines de la recolección, solo se consigna si pertenece al sector público o privado).

En relación con el tipo de establecimiento donde se realizaron las 1.718 internaciones, en 1.031 casos fueron efectores públicos distribuidos en 15 establecimientos, y en 687 efectores privados en 22 establecimientos. Ello denota una importante concentración de internaciones en pocos establecimientos públicos y mayor distribución entre los privados.

Gráfico N° 7: Tipo de cobertura de salud

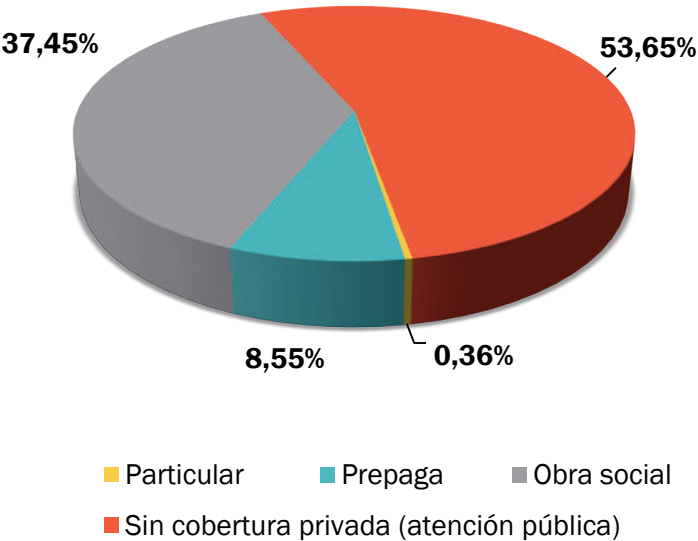


Gráfico N° 8: Internaciones en el sector privado

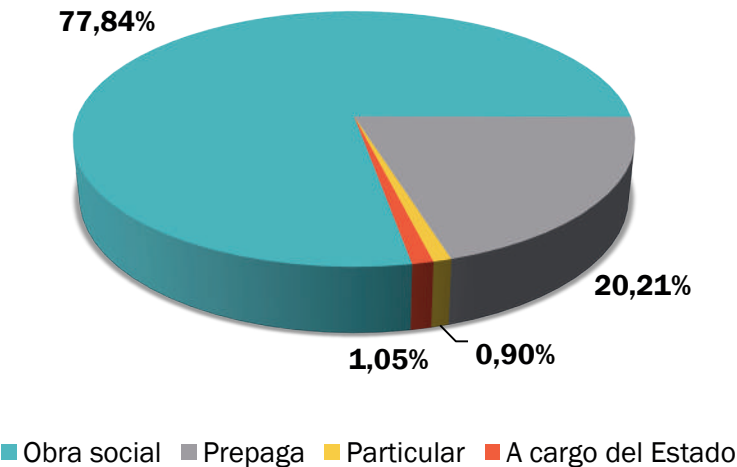


Gráfico N° 9: Internaciones en el sector público

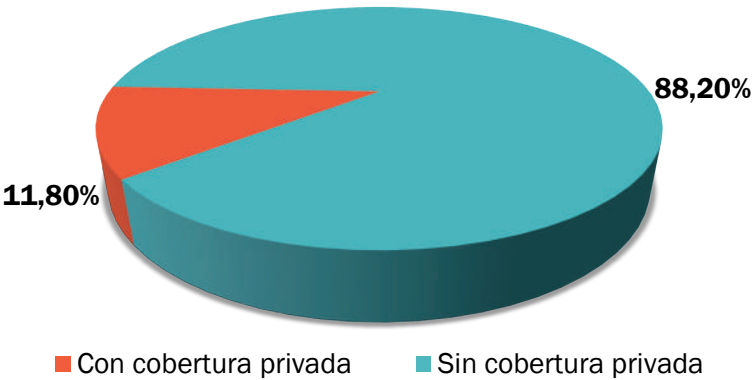
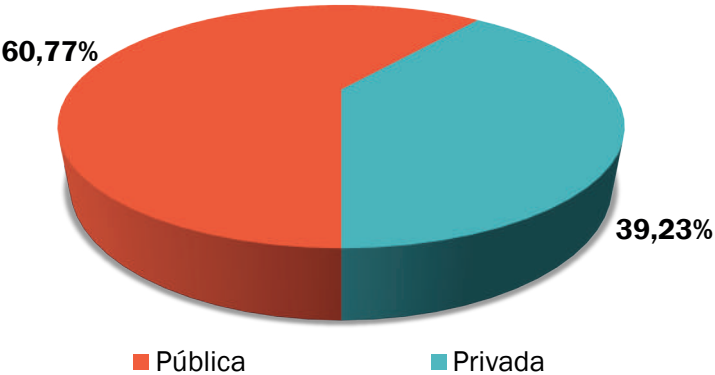


Gráfico N° 10: Cobertura



Del total de 1.718 casos en los que se ejerció la defensa, al cierre del período observado ya habían finalizado 1.685 (la Unidad de Le-trados solo continuaba interviniendo en los restantes 33 casos de personas que aún permanecían internadas). De esos 1.685 casos, en 631 casos contaban con una obra social, en 144 con una empresa de medicina prepaga y en 6 casos la internación se costeara en forma particular. En cambio, hubo 904 casos de niños, niñas y adolescen-tes que no tenían acceso a una cobertura privada de salud y debían acceder al sistema público (gráfico N° 7).

Sin embargo, el tipo de cobertura de salud con la que cuentan las personas (obra social, medicina prepaga, etc.) no necesariamente

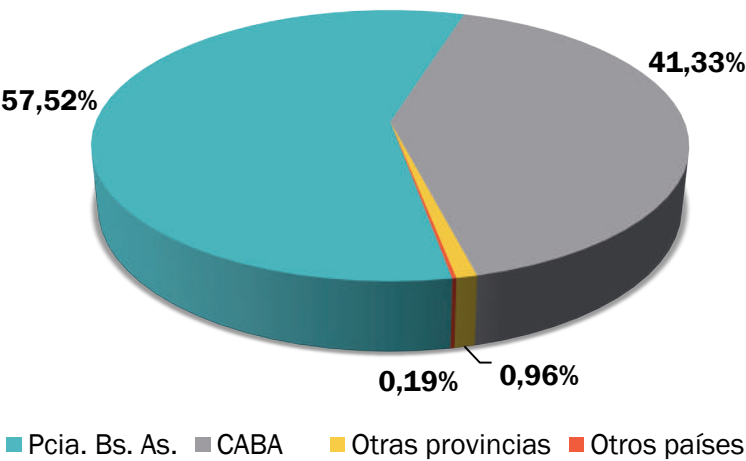
se condice con el tipo de establecimiento en el que se produce la internación (establecimiento público o privado), lo que queda evidenciado en los gráficos N° 8 y 9. En primer lugar, con relación a los 668 casos de internaciones realizadas en el sector privado, se hizo un desagregado según qué tipo de cobertura tuvieron. Allí se observa que las internaciones en el sector privado fueron por obra social en 520 casos, 135 por prepaga, 6 en forma particular y 7 por atención pública. Estos siete últimos casos obedecen a que fueron internados en establecimientos privados mediante convenio con el Estado.

Por su parte, de los restantes 1.017 casos de internaciones que se produjeron en el sector público, si bien 897 efectivamente no contaban con cobertura privada de salud, los 120 casos restantes, en cambio, tenían obra social (111 casos) o medicina prepaga (9 casos) y, sin embargo, fueron internados en un establecimiento público. De la información obtenida se desprende que ello ha obedecido a la falta de respuesta por parte de las obras sociales o empresas de medicina prepaga en esos casos ante la necesidad de internación, o bien porque los propios familiares prefirieron que las internaciones se lleven a cabo en el sector público en virtud del resultado de experiencias anteriores.

De lo visto hasta aquí, surge que de las 1.685 internaciones finalizadas, 1.024 fueron efectivizadas por cobertura pública de salud (1.017 en establecimientos públicos, de las que 120 tenían algún tipo de cobertura privada y aun así la internación se produjo en un establecimiento público; y 7 en establecimientos privados, a los que llegaron a través de un convenio), y las restantes 661 con cobertura privada (internadas en el sector privado), tal como surge del gráfico N° 10. Por lo tanto, en los establecimientos públicos (especialmente los hospitales) se llevan a cabo internaciones de niñas, niños y adolescentes que carecen de cobertura privada de salud y, en ocasiones, de aquellas personas que podrían acudir a un establecimiento privado.

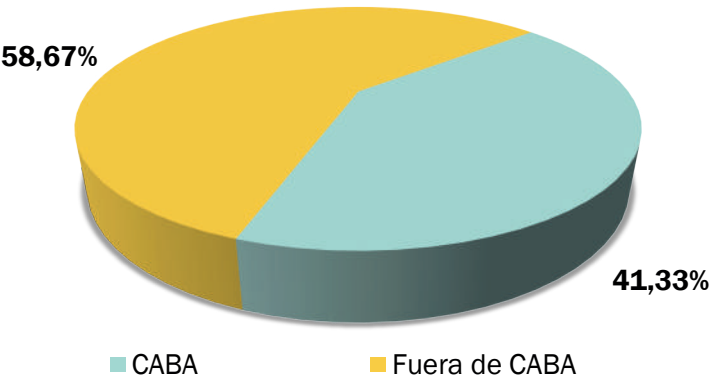
IV. 2. c) Situación previa a la internación

Gráfico N° 11: Centro de vida



48

Gráfico N° 12: Centro de vida

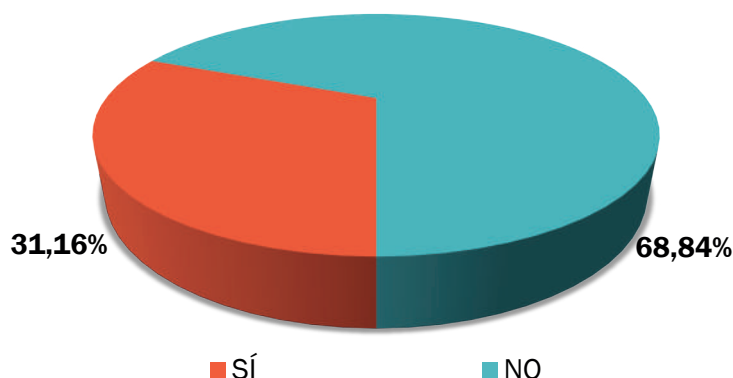


Con relación a su centro de vida, sobre un total de 1.563 casos de personas internadas, solo 646 tenían su centro de vida en la CABA, en tanto que 899 provenían de la provincia de Buenos Aires, 15 de otras provincias y 3 de otros países. Para ello, hay que tener en cuenta que

los porcentajes no fueron calculados sobre el total de 1.685 internaciones finalizadas, sino sobre los 1.563 casos de los que se pudo relevar la información, ya que en 122 casos no se informó el dato.

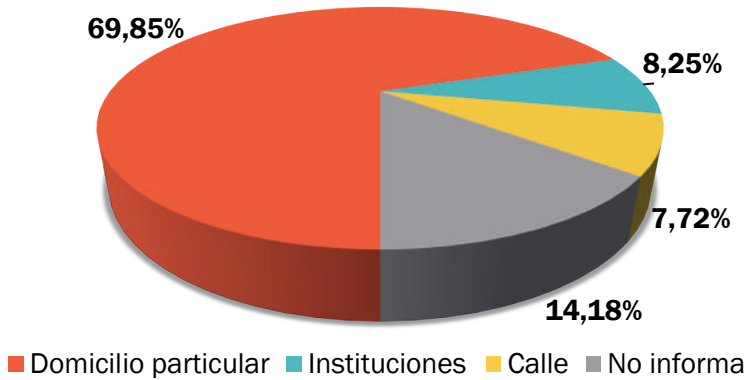
Es decir, casi el 60% de las personas internadas en la CABA no tienen su centro de vida en esta jurisdicción, sino que tienen su domicilio o residencia habitual fuera de ella.

Gráfico N° 13: Personas en especial situación de vulnerabilidad



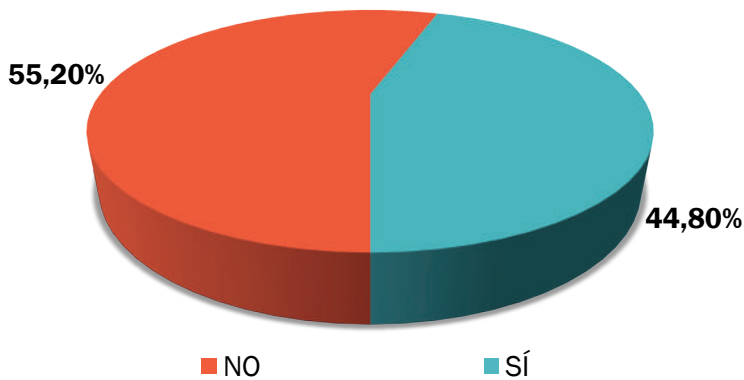
Al cruzar los datos, surge que de los 1.685 casos ya finalizados, hubo aproximadamente 525 niños, niñas y adolescentes internados en efectores públicos de la CABA, sin el acceso a la cobertura privada de salud, de bajos recursos y que poseen su centro de vida fuera del ámbito de la CABA. La situación de vulnerabilidad en la que se encontraban las personas defendidas se evidencia en el 31,16% del total, es decir, casi 1 de cada 3 casos en los que se ejerció la defensa.

Gráfico N° 14: Lugar de procedencia



Con relación al lugar de procedencia, de los 1.685 casos finalizados, 1177 provenían de su domicilio particular, 139 de instituciones, como ser hogares, institutos de menores, etc., 130 de situación de calle, en tanto que en 239 no se informó la situación de la persona.

Gráfico N° 15: Internaciones anteriores



Finalmente, de los casos concluidos de los que se cuenta con la información (1.538 sobre 1.685), hubo un alto porcentaje de niños, niñas y adolescentes que ya habían cursado una internación tiempo atrás. Sobre el total de informados, hubo 689 casos con internación previa, en tanto que en 849 casos se trataba de la primera internación. Hubo 147 casos sobre los que no se obtuvo la información. Es decir, en un poco menos de la mitad de los casos se trataba de reinternaciones.

IV. 2. d) Modalidad del tratamiento

Gráfico N° 16: Tipo de abordaje

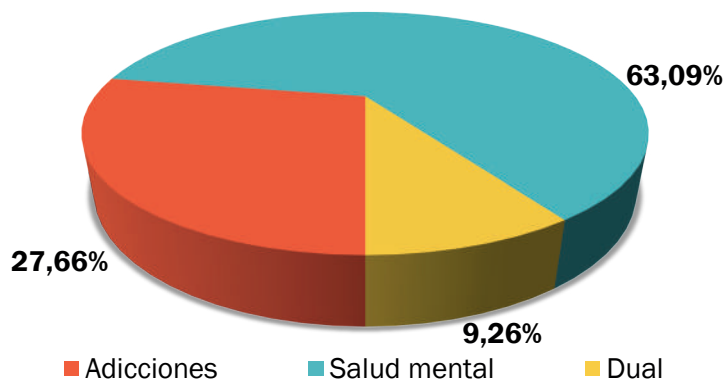
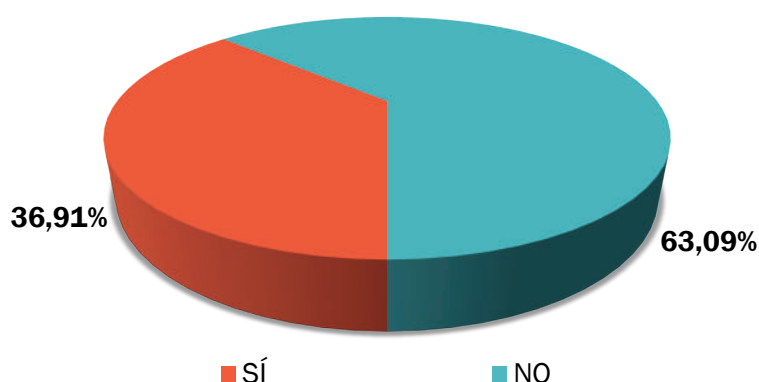


Gráfico N° 17: Abordaje en adicciones



Con relación al tipo de tratamiento recibido y dejando de lado lo referido a las discusiones existentes respecto de la situación de los llamados “pacientes duales”, del total de 1.685 casos finalizados, 1.063 fueron por salud mental, 466 por adicciones y 156 de abordaje dual.

Es decir, el 36,91% del total de los casos en los que se ejerció la defensa incluía la temática de las adicciones en su abordaje, lo que representa aproximadamente 1 de cada 3 casos.

Gráfico N° 18: Consentimiento informado del NNA

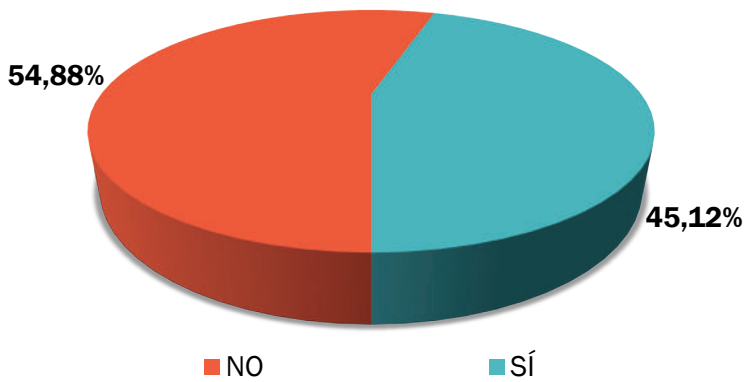
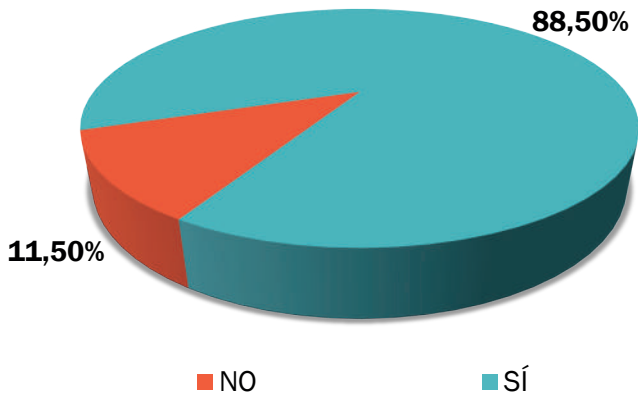


Gráfico N° 19: Conformidad de los representantes legales



En lo que refiere al consentimiento informado, de los casos en los que cesó la actuación de la Unidad de Letrados con los que se cuenta con la información (1.569 de 1.685), 708 internaciones fueron consentidas al inicio por el propio niño, niña o adolescente, en tanto que 861 no lo fueron. Cabe destacar que en 116 casos no fue posible obtener la información. Es decir, de los 1.569 casos, poco menos de la mitad consintió su propia internación en su inicio.

A su vez, sobre 1.600 casos, en 1.416 hubo acuerdo de los representantes legales para que se lleve a cabo la internación, en tanto que en 184 no lo hubo. Por cierto, sobre el total de 1.685 casos finalizados, en los otros 85 casos no pudo recabarse la información.

IV. 2. e) Actuación de la defensa pública

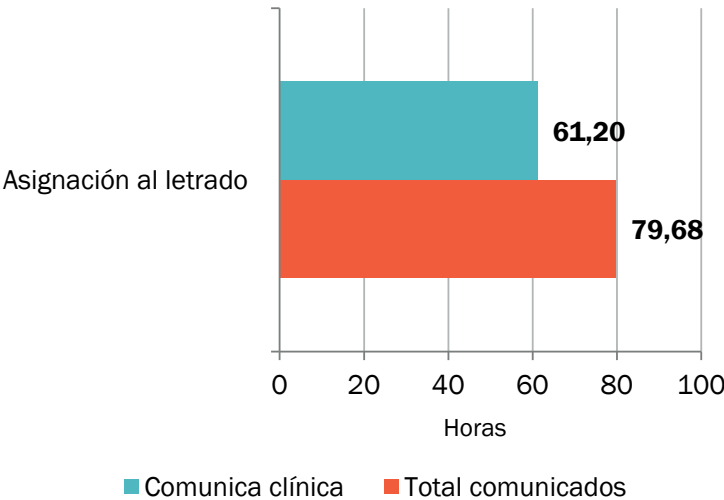
Gráfico N° 20: Personas visitadas



De los 1.685 casos finalizados, en 1.543 se realizó al menos una visita de contacto directo con la persona defendida, en tanto que en 142 casos no se pudo llevar a cabo, ya que la internación fue sumamente breve (por ejemplo, un día de internación, o incluso horas).

53

Gráfico N° 21: ¿Cuánto se tarda en comunicar la internación a la UL?*



* Promedio de horas a partir del momento de la internación

Ahora bien, de los 1.543 casos en los que sí se efectuó al menos una visita, a continuación se analizará el tiempo transcurrido entre la internación y la primera visita de contacto personal del defensor con su defendido, por medio del siguiente desagregado: sobre el total de comunicaciones recibidas, en promedio, el tiempo transcurrido entre la fecha de internación y la primera visita del letrado al lugar de internación es entre 4 y 5 días.

En cambio, si el cálculo se hace sobre los casos donde la comunicación de internación es recibida en la Unidad de Letrados directamente desde el establecimiento, tal como lo prescribe la ley, los tiempos se reducen a un promedio de entre 3 y 4 días.

Finalmente, de los 43 los casos en los que se tomó conocimiento de la internación a partir de la comunicación recibida desde el juzgado interviniente (ver gráfico N° 1), en 33 de ellos las personas pudieron ser visitadas al menos una vez. En estos casos, el promedio de tiempo transcurrido entre la internación y la primera visita del letrado ha sido de 22 días. Asimismo, en los 10 casos restantes (o sea, aproximadamente 1 de cada 4 casos) la demora en la comunicación no permitió que la persona internada recibiera la visita de su defensor.

Hasta aquí, se desprenden al menos dos conclusiones: por un lado, una vez que se le asigna al abogado la defensa de una persona³⁴, en promedio concurre al establecimiento dentro de las 24 h corridas para realizar la primera visita; y, por otro lado, que no hubo forma de que se cumpla con la manda legal de que el Estado le asegure a la persona internada involuntariamente un defensor desde el mismo momento de la internación si la comunicación a la Unidad de Letrados no se recibe en forma directa desde el establecimiento, sino por medio de los juzgados intervinientes.

34 Ello dependerá, básicamente, del tiempo transcurrido entre la fecha de internación y la comunicación recibida en la Unidad de Letrados, ya sea proveniente del establecimiento de salud, del juzgado interviniente, o a través de otros medios por los que se tome conocimiento de la situación (ver gráfico N° 21).

Gráfico N° 22: ¿Cuándo se realizó la primera visita?

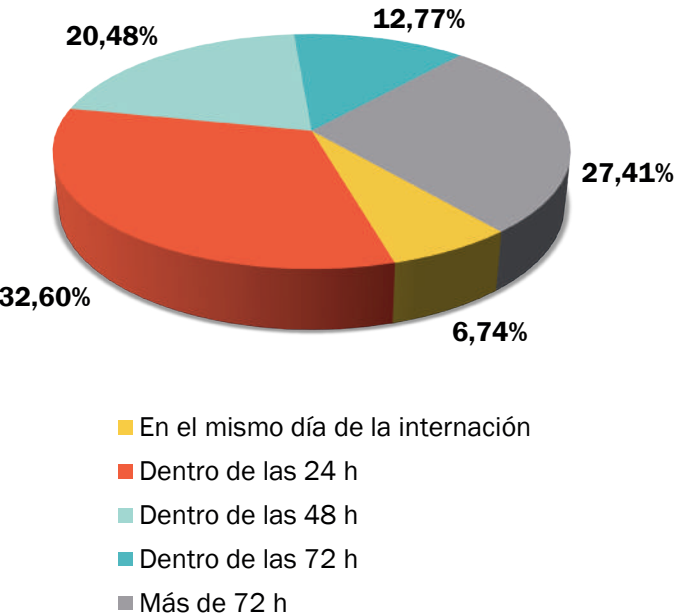
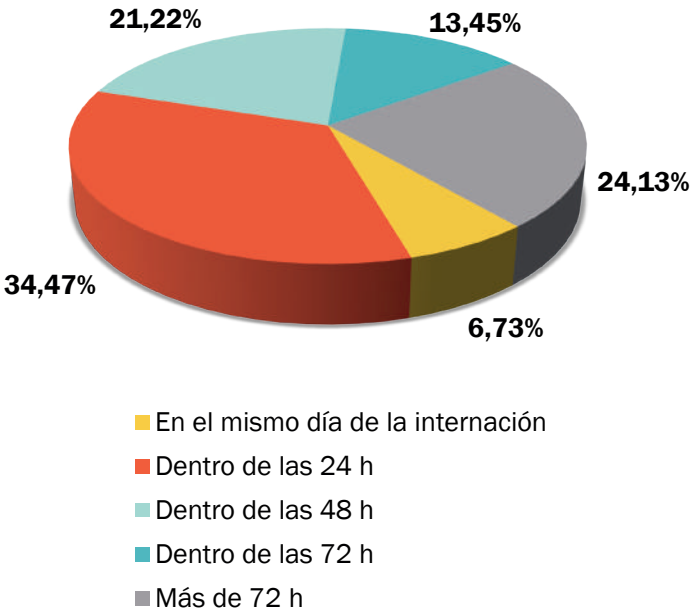


Gráfico N° 23: ¿Cuándo se realizó la primera visita?
(comunicación recibida del establecimiento)

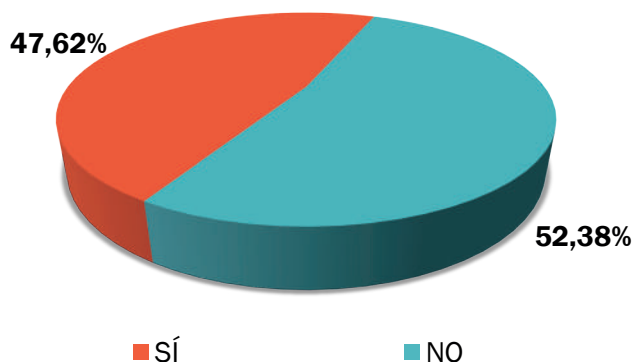


Asimismo, de los 1.543 casos de niños, niñas y adolescentes visitados al menos una vez, 104 recibieron la visita del letrado en el mismo día de su internación, 503 no fueron en el mismo día, pero sí dentro de las primeras 24 h desde el momento de la internación; 316 dentro de las 48 h; 197 dentro de las 72 h; y 423 casos pasadas las 72 h (gráfico N° 22). Se trata en todos los casos de cifras que no incluyen las correspondientes a la franja anterior.

Por lo tanto, sumados los casos de visitas en el mismo día de la internación (104 casos) y dentro de las primeras 24 h (503 casos), resulta que casi el 40% de las niñas, niños y adolescentes recibieron efectivamente la visita del defensor dentro de las primeras 24 h de producida la internación (607 casos, lo que representa el 39,34%).

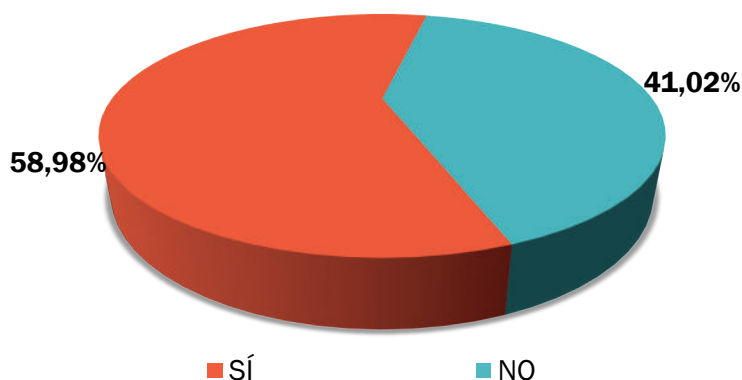
Asimismo, si se toman en consideración solo los casos en los que se recibió la comunicación de internación directamente desde el establecimiento (gráfico N° 23) se aprecia un incremento de casos en donde las primeras visitas se concretaron en menos tiempo, a la vez que disminuye el porcentaje de casos de primeras visitas en forma tardía (posteriores a las 72 h).

En definitiva, de la lectura conjunta de los gráficos N° 21, 22 y 23, se desprende que, a menos que las autoridades de los establecimientos de internación incumplan con los términos legales de comunicar a la defensa pública dentro de las 10 horas, la realidad es que en la CABA a cada niña, niño y adolescente internado por salud mental y adicciones, por medio de la Unidad de Letrados se le asegura dentro de las 24 h promedio la actuación de un defensor público gratuito, con presencia efectiva en el lugar y contacto directo con la situación, lo que garantiza la presencia institucional desde el mismo momento de la internación.

Gráfico N° 24: Modificación de las condiciones de alojamiento

De los 1.577 casos finalizados de los que se tiene información, en 751 se obtuvieron modificaciones en las condiciones de alojamiento de los niños, niñas y adolescentes, en virtud de las gestiones realizadas por los letrados a instancias de lo solicitado por las personas defendidas y sus familiares, en tanto que en 826 casos no fue necesario hacer modificaciones.

57

Gráfico N° 25: Peticiones Judiciales

De los 1.582 casos finalizados de los que se tiene información, solo en 933 se efectuaron peticiones judiciales concretas en el expediente, y en 649 casos, no.

Gráfico N° 26: Compulsa de la historia clínica

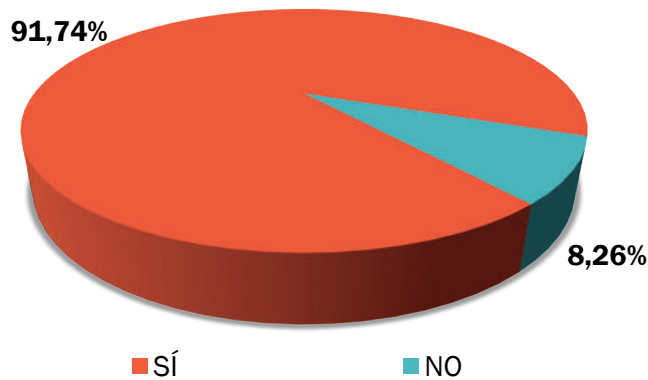


Gráfico N° 27: Contacto con el equipo de salud tratante

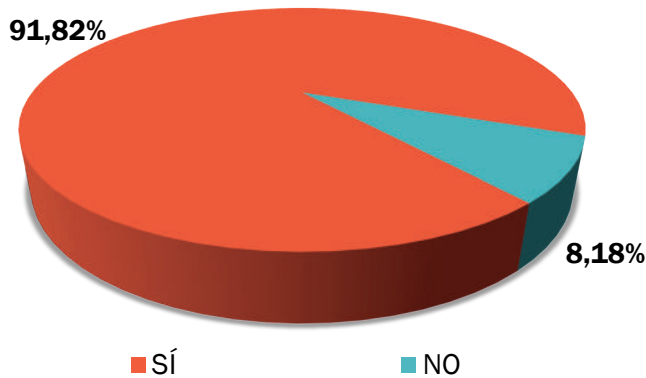
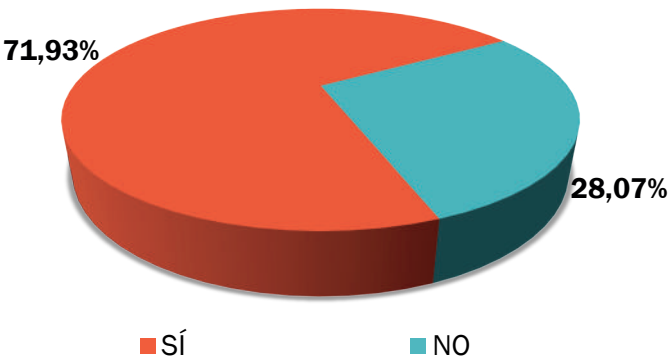


Gráfico N° 28: Contacto con referentes afectivos

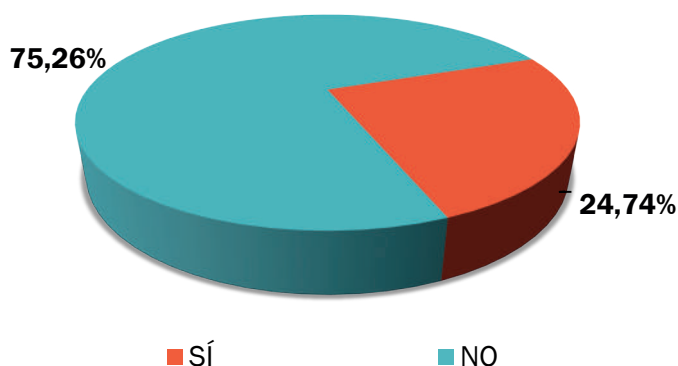


Con relación al ejercicio de la defensa, de los 1.611 casos finalizados sobre los que se tiene información, en 1.478 se compulsó la historia clínica, en tanto que en 133 ello no ocurrió. En ningún caso, hubo objeción por parte de las autoridades del lugar de internación, sino que en los casos mencionados la internación fue muy breve

Asimismo, de los 1.614 casos finalizados de los que se tiene información, en 1.482 se mantuvo contacto con el equipo de salud tratante en el marco del ejercicio de la defensa, en tanto que en 132 no se mantuvo el contacto.

Finalmente, de los 1.639 casos finalizados de los que se tiene información, en 1.179 se mantuvo contacto con los representantes legales y demás referentes afectivos, en tanto que en 460 casos no se mantuvo el contacto.

Gráfico N° 29: Intervención del equipo técnico interdisciplinario

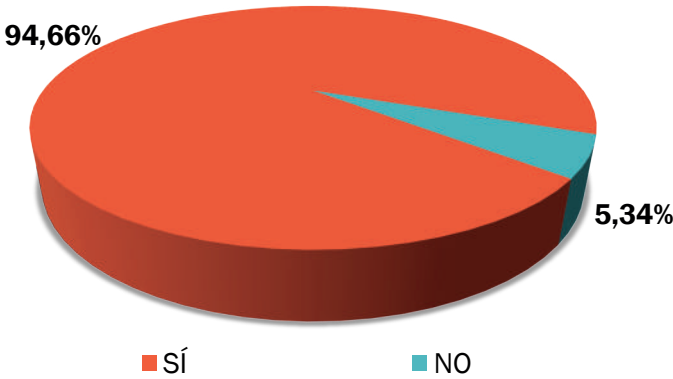


De los 1.718 casos en que se ejerció la defensa, en 425 de ellos los letrados dieron intervención al equipo técnico interdisciplinario de la Unidad de Letrados. Esto representa 1 de cada 4 casos.

En esta instancia, solo se indica la cantidad de casos en los que se ha dado intervención al equipo técnico interdisciplinario. Para una información más detallada, nos remitimos al capítulo dedicado a analizar la dinámica de actuación de dicho equipo.

IV. 2. f) Cuestiones conexas

Gráfico N° 30: ¿Posee expedientes conexos?



De los 1.685 casos finalizados, en 90 de ellos tramitaron expedientes conexos al control de internación, en tanto que en 1.595 no fue así. A su vez, de los 90 casos de expedientes conexos, 55 fueron por expedientes sobre “Control de legalidad - Ley 26.061”³⁵ y 35 por “Disposición Tutelar”³⁶.

³⁵ Control de legalidad: en esta categoría incluiremos todas aquellas carátulas de expedientes en trámite en sede civil en los que se encontraba un niño, niña o adolescente privado de su núcleo familiar, con control judicial sobre su permanencia en un dispositivo alternativo de alojamiento (p. ej.: hogar convivencial, etcétera).

³⁶ Disposición tutelar: se refiere al legajo tutelar en trámite en sede penal por ante la Justicia Nacional de Menores de la Capital Federal, en el marco de la ley 22.278.

IV. 2. g) Cese de la actuación de la defensa pública

Gráfico N° 31: Situación de los asistidos al cierre del período

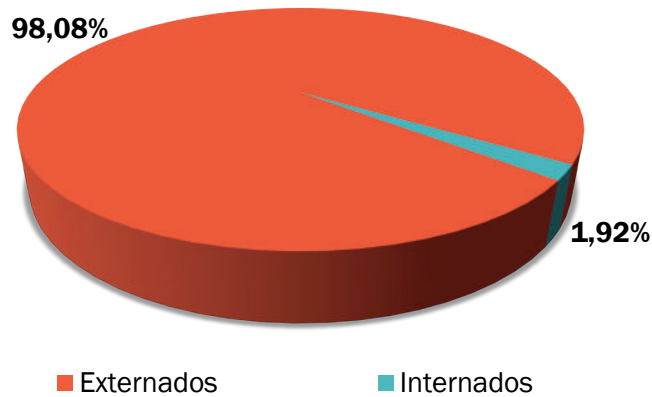
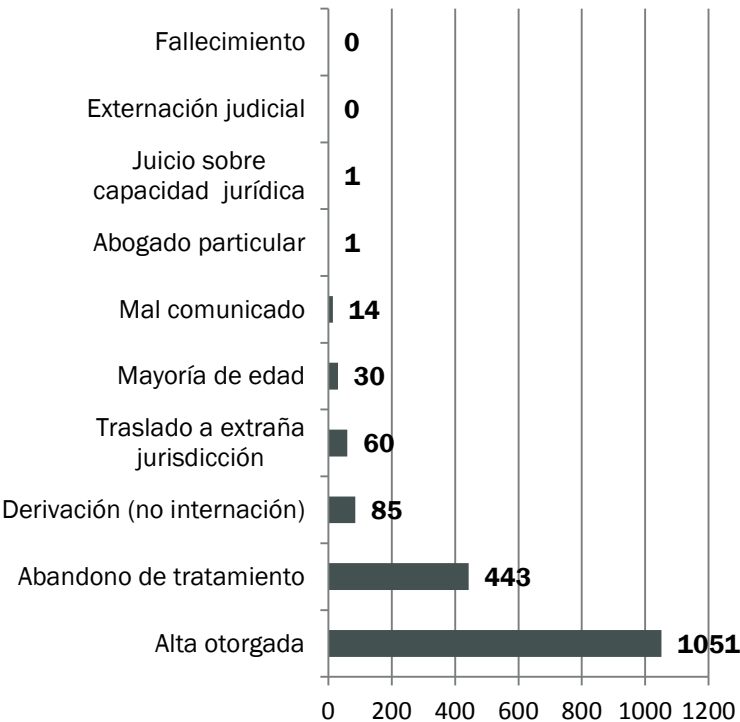


Gráfico N° 32: Motivo del cese de la intervención



De los 1.718 casos en los que se ejerció la defensa, al cierre del período solo permanecían internados 33 de ellos, en tanto que 1.685 ya habían sido externados. Se ha tomado como fecha de referencia el 10 de octubre de 2014, esto es, un tiempo después de la fecha de cierre del período.

De los 1.685 casos ya finalizados al cese del período, el promedio de la duración de la internación fue de 43 días. Este promedio no solo incluye las internaciones forzosas, sino que también están contabilizadas las internaciones consentidas por las propias personas, pero que a la luz de la normativa vigente son reputadas involuntarias (art. 26 ley 26.657) y, por ello, debe actuar al Unidad de Letrados.

Ahora bien, con relación al motivo del cese de la internación, los 1.685 casos finalizados se desagregan de la siguiente manera: 1.051 casos por alta otorgada por el equipo tratante, 443 por abandono de tratamiento, 85 por derivación a hogar, 60 por derivación con internación a extraña jurisdicción, 30 por haber alcanzado la mayoría de edad, 14 de casos mal comunicados a la Unidad de Letrados³⁷, 1 por designación de abogado particular y 1 por inicio del proceso vinculado al ejercicio de la capacidad jurídica³⁸. No hubo ningún caso de cese de la actuación por motivo de una orden de externación judicial ni por fallecimiento de la persona durante su internación.

37 A diferencia de los casos en los que la Unidad de Letrados recibió comunicaciones de internación, pero donde no ejerció la defensa porque su improcedencia resultaba de la misma comunicación, v. gr., por tratarse de internaciones de personas mayores de edad (ver capítulo 4.2: “Información estadística”), en los 14 casos que aquí se observan sí se ejerció la defensa de los niños, niñas y adolescentes, pero luego cesó cuando se advirtió que no se trataba de casos de internaciones propiamente dichas, v. gr., niños, niñas y adolescentes alojados en hogares con centro de día, etc. (ver capítulo 9 “Proyección en la jurisprudencia”, punto 1 “Definición de internación”).

38 Es decir, en los casos donde se alcanzó la mayoría de edad, los traslados a extraña jurisdicción, designación de abogado particular y promoción de proceso sobre capacidad jurídica (un total del 5,46%), en principio no cesó el control judicial de la internación, aunque sí la actuación de la Unidad de Letrados, conforme distribución de funciones dispuesta mediante Res. DGN N° 516/12.

CAPÍTULO V

ASPECTOS CUALITATIVOS DE LA INTERVENCIÓN

V.1. Contacto inmediato y permanente con el defendido

Está previsto que el propio establecimiento de internación dé intervención a la defensa pública para que asuma la función del art. 22 LNSM. Como se vio en las estadísticas, en el 92,55% la comunicación fue recibida directamente desde el lugar de internación tal como lo dicta la normativa vigente (gráfico N° 1). Asimismo, una vez que se recibe la comunicación de internación en la Unidad de Letrados y se le asigna a un abogado defensor el ejercicio de la defensa, este concurre al establecimiento dentro de las 24 h en promedio (gráfico N° 1).

Por ende, a menos que los lugares de internación incumplan con el deber de comunicarse directamente con la Unidad de Letrados en el plazo legal de 10 h desde el momento en que se efectivizó la medida (cfr. art. 21 del Decreto Reglamentario 603/2013), lo cierto es que en la CABA, a cada niña, niño y adolescente internado por salud mental y adicciones se le asegura la actuación de un defensor público gratuito con presencia efectiva en el lugar y contacto directo con la situación, en promedio, dentro de las primeras 24 h corridas; lo cual garantiza la presencia institucional de una defensa pública doblemente especializada desde el mismo momento de producida la internación. Ello ha ocurrido efectivamente casi en el 40% de los casos (gráfico N° 22 y su comentario).

En efecto, una vez asignados para intervenir en cada caso, los letrados concurren inmediatamente a los lugares de internación a fin de tomar un primer contacto con la situación. En todos los casos se mantiene, mínimamente, un contacto visual con el defendido y sus condiciones de alojamiento y tratamiento, y, según lo permitan las circunstancias de cada caso, al inicio mismo de la internación se

podrá, en forma sucesiva, mantener una entrevista para recabar su voluntad y labrar un acta.

En todos los casos, antes se mantiene una entrevista con el equipo tratante y se compulsa la historia clínica, puesto que ello hace a la “escucha del niño”, de modo de contar a tal efecto con la mayor cantidad de información posible.

Asimismo, al momento de la primera visita, en ocasiones también se encuentran presentes los representantes legales u otros referentes afectivos del defendido, con quienes también se mantiene una entrevista previa al abordaje del niño, niña o adolescente.

Sin perjuicio del estándar de intervención para una primera visita inmediata, durante todo el proceso de internación, los letrados ejercen la defensa en un sentido integral, mantienen contacto fluido con su defendido, los representantes legales, el equipo tratante y demás intervinientes en el caso concreto, muchos de los que intervendrán tras haber sido instados por el letrado (por ejemplo: Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del GCBA, Servicios Zonales de Promoción y Protección de Derechos de Niños y Adolescentes de la provincia de Buenos Aires, entre muchos otros).

Concretamente, cada persona internada recibe en promedio entre 4 y 5 visitas de su abogado defensor, esto es, 1 visita cada 11 días, aproximadamente.

V. 2. La primera visita

Dada la inmediatez de la primera visita a los lugares de internación, esta adquiere rasgos particulares y distintivos de las que suceden con posterioridad, los que merecen ser destacados.

La primera visita tiene como objetivo principal tomar conocimiento de la persona defendida y de su situación, por medio de la historia clínica, de la entrevista con el equipo tratante y del contacto con los representantes legales u otros referentes afectivos que se encuentren allí. En lo posible y en tanto no resulte contraproducente, se entrevista al niño, niña o adolescente y se labra un acta recabando su voluntad. Caso contrario, se mantiene al menos un contacto visual con el defendido, de modo de constatar el estado de la internación y evaluar si se respetan las garantías mínimas exigidas por nuestro

ordenamiento jurídico. Este contacto visual permite que la persona conozca a su abogado defensor para una próxima visita. Si es posible, se le explica los alcances de la función y la continuidad en el seguimiento del tratamiento durante la internación, para generar confianza y seguridad.

La presentación que se haga debe adaptarse a cada rango etario, teniendo en especial consideración la capacidad de comprensión de cada niño, niña o adolescente. Asimismo, se toma en cuenta el motivo que ocasionó la internación y si los profesionales del equipo de salud formularon alguna advertencia sobre lo inconveniente que puede resultar, para la evolución de la persona, mencionar ciertos temas en la primera entrevista. Se consulta si desean que la entrevista tenga lugar a solas o si prefieren estar acompañados por referentes afectivos o miembros de su equipo tratante. Es importante que los defendidos puedan comprender acabadamente que tienen derecho a mantener contacto directo, privado y confidencial con su abogado defensor, derecho que, como tal, puede derivar en que no deseen mantener una entrevista en ese momento, la interrompan, o prefieran estar acompañados. Según el caso, se los consulta sobre cuestiones referidas a su alojamiento y tratamiento recibido hasta el momento. Se les informa que se han dejado los datos de contacto en la historia clínica y a algún familiar para poder comunicarse, si así lo desean, y, según las particularidades de cada intervención, se le dan directamente los datos de contacto a la persona defendida.

El lugar donde se llevará a cabo la entrevista puede definirse según las preferencias del entrevistado, de acuerdo con su comodidad; o bien por las reglamentaciones internas del establecimiento de internación, pero siempre debe garantizarse privacidad para ella. En este marco, se le explica a la persona que lo conversado será mantenido en secreto, a menos que solicite que algo sea canalizado mediante una petición concreta. El rol del letrado es petitionar conforme la voluntad, deseos y preferencias del niño, niña o adolescente, pero sin descuidar su intimidad.

En la primera entrevista pueden surgir demandas tales como su disconformidad con la internación, y el consecuente deseo de ser externado o de que la internación no se prolongue más de lo estrictamente necesario; también pueden solicitar que se modifiquen las

condiciones de alojamiento, en especial, con relación al contacto con familiares y referentes afectivos, entre otros pedidos. Para la persona internada, la presencia del letrado implica un modo de escucha diferente al del equipo tratante y, cuando lo reconoce, se genera un marco de confianza en el que surgen demandas muy diversas.

V. 3. Abordaje interdisciplinario

El letrado siempre diseña la estrategia de defensa de un modo respetuoso de la voluntad, deseos y preferencias de su defendido, y, en muchos casos, en forma consensuada con el equipo técnico interdisciplinario que integra la Unidad de Letrados, que le brinda asesoramiento y hace las veces de facilitador para el diálogo con el equipo de salud tratante, con los familiares o referentes afectivos, e incluso con los defendidos, en especial cuando se trata de personas de muy corta edad. Por cierto, el abordaje conjunto no solo se ha dado en el diseño de la estrategia de intervención, sino también en el seguimiento continuo del caso. Ello ha permitido actuaciones prudentes y, a su vez, respetuosas de la intimidad y de los tiempos de los niños, niñas y adolescentes, lo cual asegura la presencia institucional de la defensa pública en el marco del abordaje terapéutico brindado por el equipo de salud tratante en todo el transcurso de las siempre delicadas situaciones de internación que involucran a niñas, niños y adolescentes.

V. 4. Participación en los procesos de externación

Durante el tiempo de la internación y, fundamentalmente, durante los procesos de externación, se trabaja en forma articulada con los representantes legales y demás familiares y referentes afectivos, con los equipos tratantes y con diversos organismos públicos e instancias privadas.

V. 4. a) Representantes legales y demás familiares y referentes afectivos

En el marco de estos procesos, es de vital importancia el trabajo con los representantes legales y demás familiares y referentes

afectivos de las personas internadas puesto que, en caso de que estén presentes, son quienes las acompañan durante el tratamiento y, en definitiva, con quienes se concreta el egreso del lugar de internación. Por ello, se procura que los equipos tratantes los incluyan en el seguimiento del tratamiento impartido durante la internación, haciéndolos participar tanto de las entrevistas como de las terapias familiares y grupales.

Puede ser que los familiares se encuentren presentes en los lugares de internación al momento de la visita –en muchas ocasiones duermen en los lugares de internación–, en cuyo caso se mantiene una entrevista con ellos y se les informa cuáles son los lineamientos de la ley de salud mental y el rol de la defensa pública en estos casos. De este modo, pueden conocer al letrado que realiza las visitas y se despejan sus dudas o temores. En su defecto, de no encontrarse presentes, se requieren sus datos y se intenta contactarlos a la brevedad.

De esta manera, los representantes legales y los familiares encuentran en el letrado una vía de comunicación por medio de la que solicitan o plantean cuestiones referidas al alojamiento y tratamiento, o bien una vía de denuncia, demanda o queja sobre situaciones que se viven en los establecimientos de internación, y falta de respuesta de las obras sociales, empresas de medicina prepaga y demás efectores públicos y privados.

V. 4. b) Equipo tratante

En términos generales, es posible afirmar que en el sector público el contacto con los equipos tratantes se da desde la primera visita inmediata al establecimiento de internación; en cambio, en las clínicas privadas los profesionales suelen concurrir solo algunos días de la semana, ya que son externos a las instituciones y muchas veces responden a las obras sociales o empresas de medicina prepaga. En estos casos, la articulación se realiza telefónicamente, vía correo electrónico, etc., pero de manera constante y de acuerdo con la evolución y las etapas del tratamiento.

El trabajo articulado con los equipos tratantes es fundamental. Es mediante el vínculo con los profesionales intervinientes en la internación como se podrán resolver la mayor cantidad de situaciones, ya

que son ellos quienes, ante la demanda del letrado, tienen la posibilidad de trabajar para modificar lo que los asistidos solicitan. Además, debe tenerse en cuenta que las gestiones extrajudiciales son en la mayoría de los casos más efectivas en cuanto al tiempo en que resuelven y, por lo tanto, más beneficiosas para las personas defendidas, quienes ven resueltas muchas de sus demandas en el corto plazo.

V. 4. c) Otros organismos

En los casos en los que ya intervienen organismos públicos en la situación del niño, niña o adolescente, se busca reunirlos con el equipo tratante para llevar a cabo un trabajo articulado. Si ello no es posible, las articulaciones se realizan de manera telefónica, pero siempre teniendo en cuenta lo trabajado hasta el momento por los organismos, como así también el trabajo actual de los equipos tratantes. Esto resulta vital, porque en algunos casos el trabajo del equipo tratante de la persona internada se contrapone al trabajo realizado hasta el momento de la internación por el organismo público u otro dispositivo institucional (por ejemplo: un hogar) donde se encontraba alojado el niño, niña o adolescente previo a la internación.

V. 4. d) Actuación extrajudicial

Las gestiones extrajudiciales de la Unidad de Letrados –que muchas veces no se perciben en la lectura del expediente judicial– pueden tener diferentes objetivos: mejorar y flexibilizar las condiciones de internación, evitar la prolongación de la internación y consecuente monitoreo del proceso de externación, garantizar eventualmente la continuidad de tratamiento bajo la modalidad ambulatoria o acelerar su inicio, concretar un deseo determinado del asistido, beneficiar el tratamiento y la recuperación (mediante el contacto con la familia, la asignación de acompañamiento terapéutico, entre otros), brindar información a la persona defendida y su grupo familiar (para evitar nuevas internaciones fuera de su ámbito de residencia o para responder a necesidades particulares del grupo familiar, tales como el acceso a subsidios, la tramitación de documentación, la obtención de pensión, proponer organismos y recursos para recurrir en

caso de sufrir situaciones de violencia intrafamiliar, entre otros). Dependiendo de la temática, se solicita el apoyo de uno o de todos los integrantes del equipo interdisciplinario de la Unidad de Letrados.

En lo que refiere específicamente a los procesos de externación, la participación del letrado –con o sin la intervención del equipo interdisciplinario– puede configurarse en los siguientes ejes:

V. 4. d) 1. *Contacto con el equipo tratante del lugar de internación.* Ello puede apuntar a visibilizar otras alternativas de tratamiento menos restrictivas, solicitarle informes que contengan datos e información indispensable para la tramitación de recursos tales como lugares de alojamiento alternativos, acompañamiento terapéutico, acceso a los tratamientos ambulatorios indicados por el equipo tratante en el lugar de residencia, o bien compartir información que pueda resultar útil y necesaria a los fines de concretar el alta del asistido.

V. 4. d) 2. *Casos de niñas, niños y adolescentes que no cuentan con referentes afectivos que se encarguen de su cuidado al momento del alta de internación.* Si bien esta situación es más habitual en los hospitales públicos, también acontece en los establecimientos de salud privados. En general, es advertida desde el inicio de la intervención (como consecuencia directa del contacto inmediato), razón por la que se procede a contactar a los organismos de protección de derechos del niño que correspondan (Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del GCBA o Servicios Zonales de Promoción y Protección de Derechos del Niño de la provincia de Buenos Aires), y a solicitar a los organismos obligados el otorgamiento –previendo su necesidad al momento del egreso– del recurso de alojamiento alternativo. Tales requerimientos también pueden ser canalizados a posteriori por la vía judicial.

V. 4. d) 3. *Otras formas para facilitar el egreso.* Dado que la demora en la externación de la persona defendida puede responder al retraso en la obtención de turnos o falta de respuesta de los establecimientos de salud, obras sociales y empresas de medicina prepaga que brindan tratamientos ambulatorios o de hospital de día en su centro de vida, se insta a garantizarlo en el corto plazo. Esto se plasma, generalmente, por medio de comunicaciones extrajudiciales.

Asimismo, en los casos en los que exista divergencia de criterio con el equipo de salud tratante del lugar de internación, se solicita

una evaluación a los profesionales del equipo interdisciplinario de la Unidad de Letrados, quienes a su vez pueden sugerir a aquellos profesionales la implementación de modificaciones en el tratamiento para agilizar el alta u otras alternativas viables menos restrictivas que la internación. En su defecto, tales planteos pueden ser canalizados por la vía judicial.

V. 4. d) 4. Finalmente, la intervención extrajudicial puede tener como objeto la prevención de futuras internaciones, en especial fuera del ámbito de residencia del niño, niña o adolescente. Por esta razón, se brinda información acerca de los centros de atención primaria en salud mental y otros centros en donde se realicen internaciones. Así, se busca evitar que una persona sea internada lejos de su lugar de residencia, cuestión que no solo no se ajusta a la legislación imperante en la materia, sino que también impacta negativamente en el tratamiento: dificulta el contacto de la persona internada con sus referentes afectivos y comunitarios, los permisos de salida, el retorno al ámbito escolar y social, entre otras cuestiones.

V. 5. Garantía de acceso a la justicia de personas en especial situación de vulnerabilidad

Una importante cantidad de casos involucra a niños, niñas y adolescentes internados en efectores públicos de la CABA, sin acceso a cobertura de salud privada, de bajos recursos y que poseen su centro de vida fuera del ámbito de la CABA. Se trata del 31,16% del total, es decir, aproximadamente 1 de cada 3 casos en los que se ejerció la defensa (ver gráfico N° 13). El hecho de que se trate de niñas, niños y adolescentes que tienen un padecimiento mental y están institucionalizados lejos de su centro de vida, sin disponibilidad de determinadas coberturas de salud y provenientes de familias de bajos recursos, genera una pauta estructural conformada, al menos, por una quíntuple situación de vulnerabilidad. Se trata de cuadros de complejo abordaje en pos de garantizar un marco de protección integral. Estas problemáticas dan cuenta de la falta de acceso a la justicia en un sentido amplio del término, dada la multiplicidad de barreras que se les presentan a este sector de la población.

En efecto, si concebimos –y así lo hacemos– el “acceso a la justi-

cia” en estos términos más amplios, la actuación del defensor prevista en el art. 22 LNSM no se circunscribe a la formulación de peticiones en el marco del expediente judicial. Por el contrario, como ya se vio, la Unidad de Letrados tiene un acentuado perfil de actuación extrajudicial a fin de remover las barreras que les impiden a sus defendidos el pleno goce y ejercicio de sus derechos fundamentales, tanto en lo que refiere al mejoramiento de las condiciones de internación, como también en el objetivo de lograr una pronta externación y que pueda ser sostenida en el tiempo, de modo que el niño, niña o adolescente realice, en todo caso, su tratamiento de salud en forma ambulatoria dentro de su ámbito comunitario.

Ello ha implicado que desde la Unidad de Letrados se haya instado la actuación de los diversos organismos –que ya de por sí, en general, actúan en forma desarticulada– y personas obligadas respecto de los asistidos, como ser representantes legales y demás referentes familiares, obras sociales y prepagas, organismos de promoción y protección de derechos de niñas, niños y adolescentes, servicios de salud, instituciones educativas, etc. En este punto, cobra vital importancia el concepto de “intersectorialidad” (art. 9, ley 26.657), el cual impacta en la labor de la Unidad de Letrados puesto que busca erigirse como instancia superadora –durante el ejercicio de la defensa– para el armado de una red que le permita al niño, niña o adolescente no retornar a un escenario social similar al que existía antes de la internación, y del que, probablemente, haya sido el emergente.

Esta forma de concebir la actividad de defensa en la práctica cotidiana se lleva a cabo de un modo respetuoso de la voluntad, deseos y las preferencias de la persona internada, lo que garantiza una efectiva participación de los niños, niñas y adolescentes durante este tipo de procesos o, dicho de otro modo, asegura un verdadero acceso a la justicia en el sentido que aquí se pretende.

CAPÍTULO VI

DINÁMICA DE ACTUACIÓN DEL EQUIPO TÉCNICO INTERDISCIPLINARIO

VI. 1. Datos estadísticos

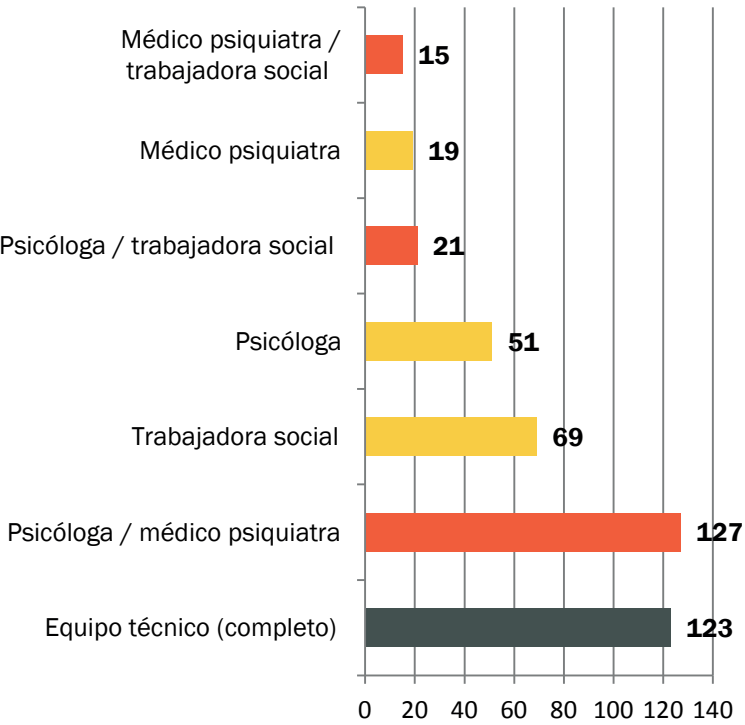
Como ya se adelantó (ver gráfico N° 31), de los 1.718 casos en los que se ejerció la defensa durante el período, en 1.685 ya cesó la actuación de la Unidad de Letrados.

Ahora bien, de esos 1.685 casos finalizados, reiteramos que en 425 de ellos los letrados dieron intervención al equipo técnico interdisciplinario de la Unidad de Letrados para asistirlos en el ejercicio de la defensa. Ello representa 1 de cada 4 casos (ver gráfico N° 29). Cabe recordar que al cierre del período, el equipo técnico estaba conformado por un médico psiquiatra infanto-juvenil, una trabajadora social y dos psicólogas.

Gráfico N° 33: Actuación del equipo técnico interdisciplinario



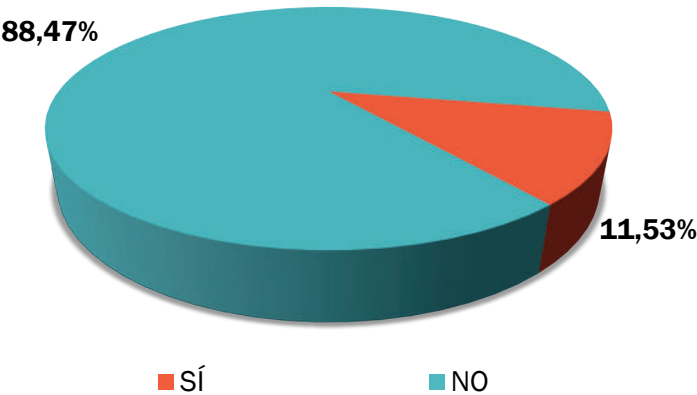
Gráfico N° 34: Actuación del equipo técnico interdisciplinario



De los 425 casos en los que se le dio intervención al equipo técnico, en 302 la actuación de estos profesionales fue en forma separada, en tanto que en 123 el equipo actuó en pleno, esto es, participaron un médico psiquiatra, una trabajadora social y al menos una psicóloga.

En el gráfico N° 34 se hace un desagregado según la modalidad de actuación del equipo técnico interdisciplinario en miras a optimizar los recursos en los 425 casos en los que se le dio intervención: equipo completo: 123 casos; psicóloga y médico psiquiatra: 127; trabajadora social: 69; psicóloga: 51; psicóloga y trabajadora social: 21; médico psiquiatra: 19; médico psiquiatra y trabajadora social: 15.

Gráfico N° 35: Confección de informes



De las 425 intervenciones que se le dio al equipo técnico interdisciplinario en el marco del ejercicio de la defensa, solo en 49 casos se confeccionó un informe técnico, en tanto que en los 376 casos restantes no fue necesario.

Gráfico N° 36: Compulsa de la historia clínica

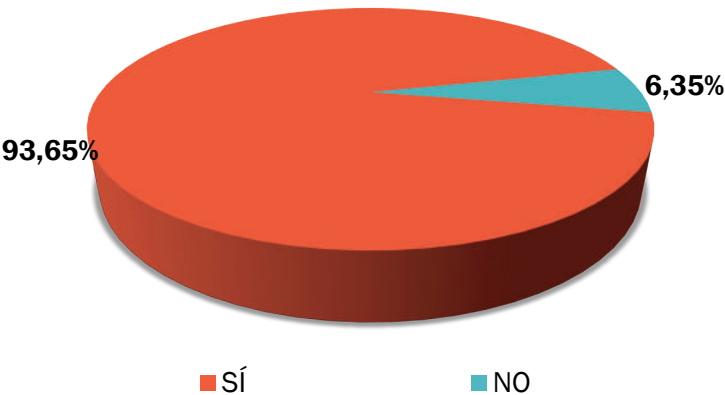


Gráfico N° 37: Contacto con el equipo de salud tratante

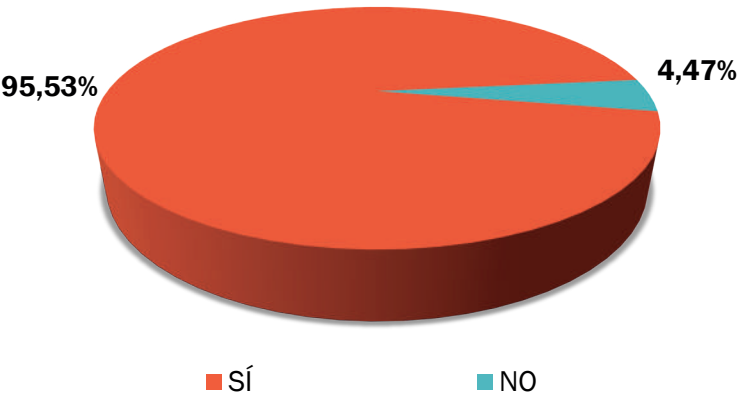


Gráfico N° 38: Contacto con referentes afectivos

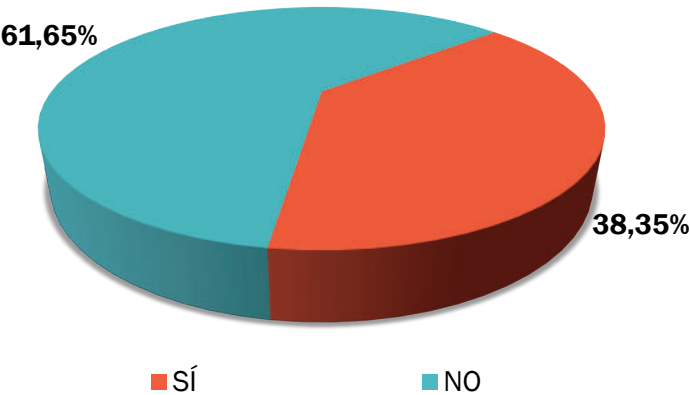
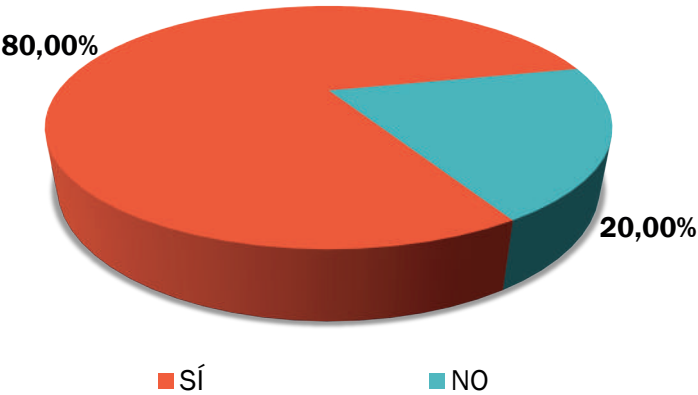
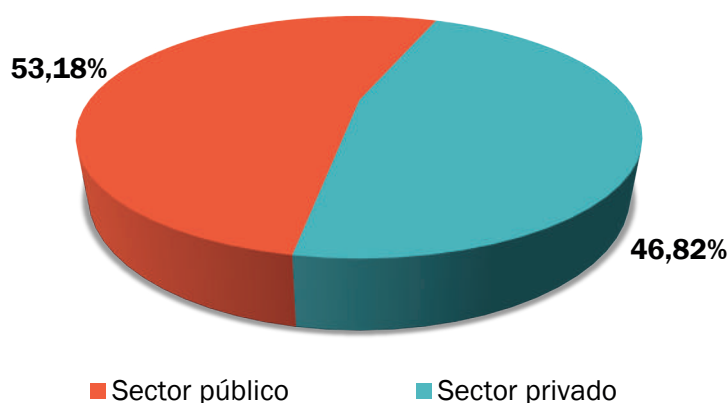


Gráfico N° 39: Contacto con la persona internada



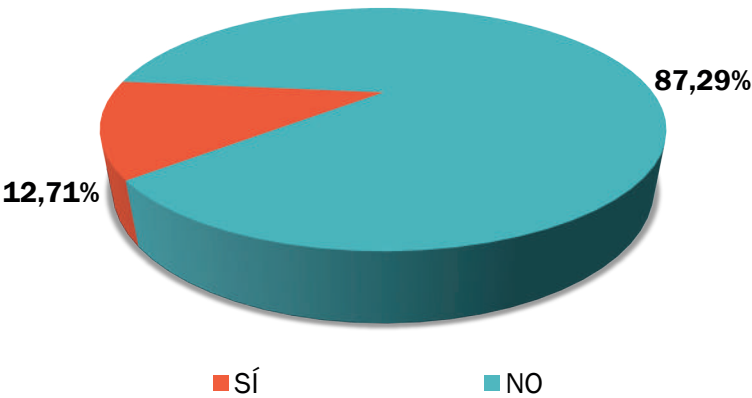
Con relación a la actuación del equipo técnico interdisciplinario, de los 425 casos en los que intervino, en 398 compulsó la historia clínica, en tanto que en 27 casos esto no ocurrió (cabe aclarar que en ninguno de estos casos se debió a alguna objeción de las autoridades del lugar de internación). Asimismo, siempre sobre el total de los 425 casos, en 406 mantuvo contacto con el equipo de salud tratante, en tanto que en 19 casos no se mantuvo contacto (gráfico N° 37); en 163 mantuvo contacto con los representantes legales y demás referentes afectivos, en tanto que en 262 casos no se mantuvo contacto (gráfico N° 38); y finalmente, en 340 mantuvo una entrevista con la persona internada, en tanto que en 85 casos no se la entrevistó (gráfico N° 39).

Gráfico N° 40: Intervención según tipo de establecimiento



De los 425 casos en los que se le dio intervención, 226 eran de internaciones producidas en el sector público, en tanto que 199 en el sector privado.

Gráfico N° 41: ¿Hubo diferencias de criterio con el equipo tratante?



De los 425 casos en los que se le dio intervención, solo en 54 hubo diferencias de criterio irreconciliables con el equipo tratante, en tanto que en 371 no las hubo o bien fueron zanjadas durante el ejercicio de la función.

VI. 2. Aspectos cualitativos de la actuación del equipo técnico interdisciplinario

El equipo técnico trabaja en conjunto con los letrados a fin de construir de forma coordinada criterios y líneas de acción en cuanto al abordaje psicosocial de los casos. De este modo, se va perfilando la defensa técnica desde una mirada integral de la problemática. Es decir, el equipo técnico se acopla interdisciplinariamente a la actuación del letrado.

En tal sentido, el equipo técnico cumple diversas funciones las que serán catalogadas sintéticamente en el siguiente desgagado:

- **Control de internación:** a) acompañar y asesorar al letrado en la defensa técnica de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho; b) evaluación del criterio de internación/ externación y del estado de salud mental de los niños, niñas y adolescentes; c) facilitar la remoción de obstáculos que se puedan presentar en la relación del niño, niña o adolescente con su

abogado, con sus referentes familiares o comunitarios, y con su equipo de salud.

- **Gestiones extrajudiciales:** a) realización de un trabajo de búsqueda de información, de análisis, de vinculación y derivaciones a otras instituciones, con el objetivo de sortear obstáculos e intentar que el asistido y sus familiares puedan acceder a determinados recursos necesarios tanto en la externación como en su sostenimiento comunitario; b) seguimiento de estrategias; c) comunicación con distintos efectores, organismos y obras sociales, gestión de recursos sociales, etc.; d) elaboración, implementación y construcción de estrategias en forma conjunta con los letrados para favorecer la inclusión comunitaria social/familiar de los niños, niñas y adolescentes; e) favorecer y brindar herramientas técnicas y teóricas entre los letrados y el equipo técnico, en relación con cuestiones psicopatológicas, sociales, legales e institucionales que hacen al campo de la salud mental; f) posibilitar la articulación de redes intersectoriales (salud, salud mental, educación, desarrollo social, etc.). Entre ellas, es posible mencionar: Defensorías zonales de promoción y protección de derechos de CABA, Servicios locales de promoción y protección de derechos en provincia de Buenos Aires, Programas de la Dirección General de Niñez y Adolescencia del GCBA (Equipo Móvil Línea 108, Admisión de Hogares, Fortalecimiento de Vínculos Familiares y Comunitarios, Centros de día, paradores, hogares convivenciales), Registro Nacional de Menores Extraviados, Programa de Articulación Interinstitucional (PAI), Cesacs del GCBA, Centros de Atención Primaria de la Salud, Centros Provinciales de atención en Adicciones en provincia de Buenos Aires (CPA), Emprendimientos Socio-laborales del GCBA, Servicios Sociales Zonales del Ministerio de Desarrollo Social del GCBA, Servicios Sociales Zonales municipales (provincia de Buenos Aires), Establecimientos educativos, etcétera.

En cuanto a la metodología de trabajo, se destacan las siguientes funciones: a) Contacto inicial y periódico con los letrados durante el ejercicio de la defensa; b) compulsa de la historia clínica; c) entrevistas con el equipo tratante; d) entrevistas con el asistido; e)

entrevistas a la familia y otros referentes sociales; e) participación de reuniones con distintos efectores intervinientes en el caso; f) confección de informes.

Ahora bien, esta metodología ha representado una estrategia desde el comienzo mismo de la conformación del equipo técnico. Tomar contacto en forma inicial y periódica con los letrados ha permitido un abordaje más preciso, completo y global de los casos evaluados. Es necesario destacar que el equipo técnico toma un primer contacto con la palabra de los equipos tratantes de forma directa o indirecta (por medio de la lectura de la historia clínica), escuchando de ellos las apreciaciones del caso, como así también las dificultades y obstáculos que se pudieran presentar en el transcurso del tratamiento. En este sentido, dicha estrategia posibilita, por un lado, que el equipo técnico no se aventure –lo mismo ocurre con los letrados– a tomar contacto directo con la persona defendida o con la familia u otros referentes sociales o comunitarios –evaluando la particularidad en cada caso– y, por otro lado, construir de forma coordinada criterios y líneas de acción, lo que fue legitimando y delimitando la función del equipo técnico como soporte interdisciplinario de los letrados en cuanto al abordaje psicosocial de los casos, tal como ya se adelantara.

Se observa que dentro del sector público las acciones desplegadas por el equipo técnico fueron en su mayor parte de “gestión”. Esto se vio reflejado en el armado de estrategias conjuntas frente a las dificultades y obstáculos dentro del proceso de externación, principalmente en lo que respecta a la inclusión social de los niños, niñas y adolescentes. La escasa petición de informes en este ámbito da cuenta del trabajo realizado por la vía extrajudicial. En cambio, en el sector privado se ha trabajado fundamentalmente en relación con el control de las internaciones y, en particular, en pos de la flexibilización y mejoras de las condiciones de alojamiento. Por este motivo, en este ámbito los letrados han solicitado al equipo técnico una mayor confección de informes de características “periciales”.

La actuación del equipo técnico ha tenido una respuesta muy positiva en relación con la recepción de las sugerencias y planteos, porque posibilitó despejar dudas e inquietudes tanto por parte del equipo de salud como de los letrados intervinientes.

La experiencia de trabajo desde una perspectiva interdisciplinaria y de trabajo en conjunto de todos los integrantes de la Unidad de Letrados abre la puerta a indagar los aspectos de la realidad desde distintos enfoques y construir modos de abordaje o de solución de conflictos de manera más efectiva para el ejercicio de la función de la defensa. En definitiva, ello implica una modalidad de trabajo del equipo técnico que excede lo meramente pericial.

Por esto, desde la Unidad de Letrados se pretende buscar, favorecer y propiciar activamente y en forma recíproca el contacto entre los letrados y el equipo técnico, para poder construir no solo estrategias de acción, sino también los motivos o necesidades por los que un caso debe ser abordado por el equipo técnico, sus posibles incumbencias, el rol de cada integrante de la Unidad de Letrados y el de los actores institucionales con quienes se trabaja, como así también los efectos personales y subjetivos del trabajo en salud mental.

Que esta modalidad de trabajo se haya podido sostener en el tiempo con modos creativos y valiosos de ejercicio de la práctica ha dependido, en gran medida, de la posibilidad de intercambio, apertura al diálogo, capacidad autocrítica y un genuino interés por la función de defensa de niños, niñas y adolescentes con padecimientos mentales.

CAPÍTULO VII

SUPUESTOS ESPECÍFICOS DEL EJERCICIO DE LA DEFENSA

VII. 1. Niños y niñas de corta edad

Como ya se dijera, durante el período objeto de análisis, la Unidad de Letrados ha ejercido la defensa de personas de entre 5 y 17 años de edad. El 8,71% del total de los casos eran niños y niñas en la franja de los 5 a los 12 años de edad (ver gráficos N° 2 y 3). Si bien representa un porcentaje menor sobre el total, no le quita relevancia, puesto que aun así es una cantidad importante de casos que demandan una función de defensa más compleja (147 casos).

Evidentemente, el abordaje de un niño de corta edad no es ni puede ser igual al de un adolescente. La entrevista con el niño en un primer momento puede consistir en jugar con él y, una vez que tiene cierta confianza, se le explican los motivos de la visita y se le consulta si entiende por qué está en ese lugar y qué actividades hace durante el día. En la entrevista se trata de implementar diversas técnicas para mantener la atención del niño mientras se le pregunta sobre el tratamiento implementado y su opinión al respecto. A los fines de garantizar el derecho a ser oído, las entrevistas podrán realizarse mediante el juego, o con la asistencia del psicólogo o psiquiatra del equipo interdisciplinario. En efecto, estos casos han requerido mayor participación del equipo técnico.

En las entrevistas con los niños y niñas se utiliza un vocabulario cercano a ellos, el que deberá adaptarse al caso concreto en razón de la edad (no es lo mismo una persona de 12 años que una de 6) y de las circunstancias específicas que rodean su internación y entorno socio-familiar. Los niños de corta edad se comunican de una forma diferente a los jóvenes, poseen otras necesidades y otros medios para solicitarlas. Los niños pequeños suelen desconocer más

que los jóvenes sus derechos y las circunstancias que los aquejan, como también los motivos de las internaciones. Si resulta necesario, y para que el niño se sienta protegido, se busca que las entrevistas se lleven a cabo con la presencia de los padres o referentes familiares que se encuentren acompañándolo, y siempre de un modo que no resulte invasivo o perturbador para el propio niño.

Un punto importante en estos casos resulta la forma en que se le explica qué es un abogado y cuál es su función, ya que para ellos, muchas veces, son palabras desconocidas o relacionadas con circunstancias que traen temor o dudas. Es importante poder explicarle al niño que se lo visitará, se lo escuchará, etc. La manera de explicar el rol del letrado es mediante el juego, para que puedan tener primero confianza en esta persona que no conocen y que viene a visitarlos en un ambiente que también es nuevo y en el que generalmente no desean estar.

En estos casos, existe en el abordaje un mayor vínculo con los representantes legales y referentes afectivos del niño y con el equipo de salud tratante. Son los adultos los que muchas veces pueden relatar cuestiones que los niños de corta edad no pueden, y otorgan así la información necesaria para poder trabajar.

Debe considerarse no solo la edad de la persona defendida, sino también el tipo de padecimiento para poder realizar una defensa técnica adecuada. En ciertos casos –especialmente en los de muy corta edad– la intervención podrá centrarse en asegurar el cumplimiento de las garantías mínimas previstas en las leyes de salud mental y de protección de la infancia, antes que en las peticiones específicas de la persona defendida (que, incluso, pueden ser inexistentes).

Finalmente, en cuanto al trabajo de articulación con otros organismos, este suele ser más complejo, dado que, por lo general, ya existen varios actores intervinientes.

VII. 2. Adicciones

Dejando de lado lo referido a las discusiones existentes con relación a la situación de los llamados “pacientes duales”, del total de 1.685 casos finalizados, 1.063 fueron internaciones por salud mental en sentido estricto del término sin incluir adicciones, 466 por adiccio-

nes y 156 de abordaje dual. Es decir, el 36,91% del total de los casos en los que se ejerció la defensa, incluía en su abordaje la temática de las adicciones, lo que representa 1 de cada 3 casos (ver gráficos N° 16 y 17). Este porcentaje da cuenta de la dimensión de esta problemática dentro del abordaje en salud mental. Sin embargo, los recursos en materia de adicciones para personas menores de edad, en todos sus niveles, en la CABA son verdaderamente escasos o inadecuados.

El ejercicio de la defensa en internaciones por motivo de adicciones varía sensiblemente según si la persona está internada en una institución pública o privada, ya que la forma de abordaje es distinta.

En el ámbito de la CABA, los establecimientos públicos de salud trabajan con la voluntad del sujeto (modalidad de “puertas abiertas”). Así, en el caso de las internaciones, concluyen cuando la persona manifiesta encontrarse en desacuerdo con el tratamiento bajo tal modalidad.

En estos casos de comunidades terapéuticas pertenecientes al sector público, las acciones se relacionan en mayor medida con el control de las condiciones de internación de las personas defendidas y diferentes gestiones, habitualmente extrajudiciales, vinculadas con las necesidades planteadas en el caso concreto, tales como: el contacto periódico del joven internado con sus referentes afectivos, la gestión de recursos varios, la solicitud de intervención a los organismos de protección de derechos, garantizar el derecho a la educación y la escolaridad, la inclusión en actividades gratuitas de reinserción social, ente otros.

La mayoría de las personas internadas en este tipo de instituciones presentan situaciones socio-económicas de gran vulnerabilidad, cuando no en situación de calle, y generalmente llegan luego de que haya intervenido algún otro organismo estatal (hogar, parador, comedor, etc.) por medio del que se solicita la evaluación y su posterior ingreso para tratamiento. Muchas veces, los niños no tienen contacto con sus familias desde hace algún tiempo por encontrarse en situación de calle y solicitan ubicarlas.

Por lo tanto, dado que los dispositivos públicos en adicciones de la CABA son de los llamados de “puertas abiertas”, la permanencia de los niños, niñas y adolescentes en el tratamiento depende pura y exclusivamente de su voluntad. Es decir que si las personas toman la

decisión de abandonar el tratamiento, una vez que las instituciones agotan medidas para evitarlo, finalmente proceden a su externación.

Dentro del sector privado, si bien aquí también existen los dispositivos de “puertas abiertas”, otros establecimientos privados disponen y mantienen la internación prescindiendo del consentimiento informado de la persona: esta es la modalidad de “puertas cerradas”. Se trata de tratamientos de larga duración, estructurados de antemano en distintas etapas o fases por las que debe transitar el sujeto antes de poder efectuar un tratamiento ambulatorio, sin distinción de las capacidades de las personas, sus deseos de recuperarse, antecedentes de tratamiento, entorno familiar o gravedad en el consumo; y la internación puede prolongarse durante varios meses.

Dentro de las demandas más habituales planteadas por las personas defendidas se pueden mencionar: su deseo de continuar su tratamiento en modalidades menos restrictivas, la flexibilización de ciertas condiciones de internación, tales como implementar permisos de salida o ampliar su frecuencia, posibilitar la concurrencia a la escuela, recibir la visita de determinadas personas, realizar actividades fuera del ámbito institucional, etcétera.

Estos lugares de “puertas cerradas” no trabajan con la voluntad del sujeto, es decir que las internaciones son compulsivas y muchas veces las personas llegan a estos lugares engañadas tanto por sus familiares como por los profesionales de la salud, y se encuentran internadas y encerradas sin conocer las razones de su internación.

La modalidad de trabajo de estos lugares es esquemática, por lo que no se suele tener en cuenta la subjetividad de cada persona que hace tratamiento, sino que se destacan por cumplir cierto tiempo de internación estandarizado y por acatar las normas de trabajo del lugar. Esto implica algunas dificultades prácticas, ya que los equipos tratantes se guían por esos parámetros, v. gr., para otorgar permisos de salida o permitir las visitas. Esta modalidad hace que el tratamiento sea muy restrictivo.

Muchas de las familias en estos casos expulsan a sus hijos e hijas, ya que se presentan en los establecimientos solicitando la internación porque ignoran cómo tratarlos o acompañarlos y ante el temor que la situación les genera. En este marco, rodeadas por la desesperación, aceptan las condiciones de alojamiento que impone

el establecimiento sin cuestionar la modalidad, a pesar de que muchas veces esto implique no ver ni hablar con sus hijos e hijas por un tiempo, y justifican, incluso, todo abordaje que se indique desde la institución. Además, se han detectado casos donde los profesionales de un centro de internación les sugerían a los familiares que no mantuvieran contacto con los letrados intervinientes.

En estos casos el trabajo de la defensa pública es, en primer lugar, escuchar el verdadero deseo del niño, niña o adolescente, más allá del discurso que reciben y “repiten” de la institución, para así poder revisar criterios de internación y, en su caso, lograr que las condiciones de alojamiento sean las mejores para ellos. Asimismo, se trabaja con las familias, quienes deben aprender a convivir con el joven, y acompañarlo durante el tiempo que dure el tratamiento. A su vez, se informa a las familias respecto de alternativas de tratamiento menos restrictivas.

Es importante la actuación de la defensa pública para evitar que la internación se lleve a cabo en ese esquema lineal y esquematizado que la institución propone, y escuchar el deseo real de la persona para poder transmitirlo y peticionar aquello que desea desde sus propias particularidades. Como se dijo, el establecimiento de internación no suele tener en cuenta la voluntad de la persona. De modo que la idea elemental de “sujeto de derecho” es aquí el fruto de un arduo trabajo encarado desde las estrategias de defensa.

87

VII. 3. Controles de legalidad (ley N° 26.061)

De los 1.685 casos finalizados al cierre del período, en 90 de ellos (5,34%) tramitaron expedientes conexos al control de internación (ver gráfico N° 30). A su vez, de los 90 casos de expedientes conexos, 55 fueron por expedientes sobre “Control de legalidad – Ley 26.061”³⁹, lo que representa el 3,26% del total de los casos finalizados.

Cuando se advierte que tramita un expediente conexo sobre control de legalidad, se solicita en forma conjunta al juzgado los expedientes del control de internación y control de legalidad. Se solicita este último a fin de profundizar en la situación del joven y conocer

³⁹ Arts. 39 y sgtes. ley 26.061

los informes presentados por los organismos intervinientes hasta la fecha. Es decir, se toma conocimiento de todo lo actuado para entender de mejor modo la historia de vida de la persona defendida. En estos casos, resulta fundamental ponerse en contacto con los organismos de protección local en materia de infancia que intervinieron, ya que son ellos quienes pueden otorgar la información que se necesita y con quienes habrá que trabajar, seguramente, a la hora de pensar en una estrategia de egreso.

Es menester que el letrado articule con rapidez su accionar tanto con los organismos administrativos que han adoptado las medidas excepcionales de protección de derechos o “medidas de abrigo”⁴⁰ (en caso de que la medida la haya tomado un organismo de la jurisdicción de la provincia de Buenos Aires), como con los organismos responsables de proveer los recursos para garantizar sus derechos durante la internación y facilitar su externación, como ser: acompañamiento terapéutico y alojamiento alternativo al ámbito familiar en sus tres niveles (hogares convivenciales, de atención especializada o terapéuticos). Hay que tener en cuenta que al momento del alta, el niño, niña o adolescente deberá retornar o ser derivado a un dispositivo de alojamiento alternativo a su ámbito familiar o comunitario, puesto que a pesar de haber cesado el control de internación, aún permanece vigente la medida excepcional sobre el fondo de la cuestión.

En ocasiones, cuando el joven internado provenía de un dispositivo de alojamiento alternativo, se ha solicitado judicialmente –salvo que la persona defendida se opusiera– que se mantenga la vacante en dicho hogar (petición que puede formalizarse mediante la figura de la “medida cautelar de no innovar”). En su defecto, se puede requerir a los organismos responsables de proveer los recursos de alojamiento que concedan una vacante en un establecimiento acorde a lo que resulte menester para el asistido, respetando su centro de vida. Finalmente, en caso de que el niño, niña o adolescente quiera retornar la convivencia con su grupo familiar, se trabaja sobre esa posibilidad con el equipo de salud tratante, los referentes familiares y los demás organismos intervinientes.

40 Ley 13.298 de la provincia de Buenos Aires.

VII. 4. Disposiciones tutelares (ley N° 22.278)

Por otro lado, de los 90 casos con expedientes conexos al control de internación, los restantes 35 fueron por expedientes sobre “Disposición Tutelar”⁴¹, lo que representa el 2,07% del total de los casos finalizados (ver gráfico N° 30). Si bien en los últimos años ha bajado la cantidad de casos de jóvenes institucionalizados en el marco de las prerrogativas de la disposición tutelar, se observa que aún no es una práctica totalmente desterrada. En efecto, en algunas oca-

41 Art. 1, ley 22.278: “No es punible el menor que no haya cumplido dieciséis (16) años de edad. Tampoco lo es el que no haya cumplido dieciocho (18) años, respecto de delitos de acción privada o reprimidos con pena privativa de la libertad que no exceda de dos (2) años, con multa o con inhabilitación. Si existiere imputación contra alguno de ellos la autoridad judicial lo dispondrá provisionalmente, procederá a la comprobación del delito, tomará conocimiento directo del menor, de sus padres, tutor o guardador y ordenará los informes y peritaciones conducentes al estudio de su personalidad y de las condiciones familiares y ambientales en que se encuentre. En caso necesario pondrá al menor en lugar adecuado para su mejor estudio durante el tiempo indispensable. Si de los estudios realizados resultare que el menor se halla abandonado, falto de asistencia, en peligro material o moral, o presenta problemas de conducta, el juez dispondrá definitivamente del mismo por auto fundado, previa audiencia de los padres, tutor o guardador”.

Art. 2: “Es punible el menor de dieciséis (16) años a dieciocho (18) años de edad que incurriere en delito que no fuera de los enunciados en el artículo 1º. En esos casos la autoridad judicial lo someterá al respectivo proceso y deberá disponerlo provisionalmente durante su tramitación a fin de posibilitar la aplicación de las facultades conferidas por el artículo cuarto. Cualquiera fuese el resultado de la causa, si de los estudios realizados apareciera que el menor se halla abandonado, falto de asistencia en peligro material o moral, o presenta problemas de conducta, el juez dispondrá definitivamente del mismo por auto fundado, previa audiencia de los padres, tutor o guardador”.

Art. 3: “La disposición determinará: a) La obligada custodia del menor por parte del juez, para procurar la adecuada formación de aquél mediante su protección integral. Para alcanzar tal finalidad el magistrado podrá ordenar las medidas que crea conveniente respecto del menor, que siempre serán modificables en su beneficio; b) La consiguiente restricción al ejercicio de la patria potestad o tutela, dentro de los límites impuestos y cumpliendo las indicaciones impartidas por la autoridad judicial, sin perjuicio de la vigencia de las obligaciones inherentes a los padres o al tutor; c) El discernimiento de la guarda cuando así correspondiere. La disposición definitiva podrá cesar en cualquier momento por resolución judicial fundada y concluirá de pleno derecho cuando el menor alcance la mayoría de edad”.

siones derivan, en lo que aquí interesa, en internaciones por salud mental y adicciones.

Cuando en el ejercicio de la defensa se advierte que en sede penal se encuentra interviniendo un juzgado de menores o un tribunal oral de menores, en primer lugar, se contacta a la defensoría interviniente ante ese fuero para conocer el estado de la causa y si existe alguna medida vigente de restricción de la libertad adoptada en el marco de la disposición tutelar, que impida a los profesionales del equipo de salud tratante otorgar permisos de salida, o bien efectivizar la externación de la persona en los términos del art. 23 LNSM. De modo similar a lo que ocurre con los controles de legalidad, aquí sigue habiendo una medida de fondo en el marco más amplio de la disposición tutelar.

Deviene necesario mantener un contacto fluido con las instancias de defensa en sede penal, dado que desde allí puede estar elaborándose una estrategia respecto de la cuestión de fondo relacionada con la imputación en sede penal. Tal es el caso típico de las internaciones en comunidades terapéuticas, en donde a la persona se le permite optar por realizar un tratamiento para las adicciones en lugar de continuar en el instituto de menores, cuestión que puede incidir en la resolución de su causa penal, a la vez que el tiempo de permanencia en dicho lugar de internación luego podrá ser computado ante un eventual cumplimiento de una condena.

Esta población se caracteriza por tener un mayor conocimiento respecto de los circuitos estatales que el resto de los jóvenes, lo cual hace que haya un mayor nivel de demandas espontáneas por parte de ellos.

CAPÍTULO VIII

LA ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE LETRADOS A LA LUZ DE LOS LINEAMIENTOS DE LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL Nº 26.657

De lo visto hasta aquí, surge que el ejercicio de la función de defensa cumple con las exigencias de especialidad, interdisciplina e intersectorialidad. Es, justamente, sobre la base de estos 3 ejes que está planteada en la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 la modalidad de abordaje en materia de salud mental e infancia, para la defensa de los derechos de las personas.

VIII. 1. Especialidad

Con la creación de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657 dedicada exclusivamente a las internaciones de personas de menos de 18 años de edad, se ha procurado orientar la actuación de la defensa pública en orden al cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos en torno a la especialidad exigida en razón del sujeto (niñas, niños y adolescentes) y de la materia (discapacidad, salud mental y adicciones).

VIII. 2. Interdisciplina

El modo en que los letrados interactúan con el equipo técnico interdisciplinario para el ejercicio de la función permite que sus integrantes efectivamente cumplan el rol de formar parte de la defensa técnica, a fin de brindar una prestación especializada (cf. Res. DGN Nº 516/12, punto IV de los considerandos⁴²). De esta forma, la

⁴² “La Unidad de Letrados contará con el apoyo profesional de un equipo interdisciplinario, cuyos integrantes formarán parte de la actividad de defensa técnica

defensa pública no solo recoge en su diseño institucional la participación de otras disciplinas pertinentes para el abordaje de estas problemáticas, sino que lo hace desde un modelo superador de la forma tradicional de entender la complementariedad entre la actuación de los profesionales del derecho y de otras disciplinas.

VIII. 3. Intersectorialidad

Tanto los letrados como el equipo técnico, en forma conjunta, articulan gestiones con otros organismos obligados (públicos y privados) y activan los mecanismos para su actuación en el marco del abordaje integral de los casos puntuales, a saber: obras sociales y prepagas, organismos de promoción y protección de derechos de niñas, niños y adolescentes, servicios de salud, instituciones educativas, etcétera.

a fin de brindar una prestación especializada, conforme lo previsto por las reglas 41 y 64 de las 'Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad'. La modalidad de actuación se organizará conforme criterios de funcionalidad”.

CAPÍTULO IX

PROYECCIÓN EN LA JURISPRUDENCIA⁴³

IX. 1. Definición de internación

IX. 1. a) Introducción

Definir qué se entiende por “internación” a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental permite delimitar el campo de actuación de la defensa pública en los términos del art. 22 LNSM, ya que, justamente, este precepto solo se aplica para el caso de las internaciones –involuntarias– y no para el caso de otros tipos de alojamientos institucionales.

En primer lugar, refiere a aquella en que la persona pasa las veinticuatro horas del día en el establecimiento, es irrelevante si este es de los denominados “cerrados” o de “puertas abiertas”, porque lo que importa es que la persona, reglamentariamente, está bajo control de sus autoridades el día y la noche enteros. No entran, en cambio, dentro de la normativa legal, las otras formas de alojamiento que, como el hospital de día o el de noche, no son verdaderas internaciones⁴⁴.

Sin embargo, a diferencia de lo que ocurría durante la vigencia de la ley 22.914, la que refería a la internación de personas “en establecimientos públicos o privados de salud mental o de tratamiento para afectados de enfermedades mentales, alcohólicos crónicos o toxicómanos”; actualmente, además de los casos donde se ha verificado que el establecimiento “tenga como función primaria la aten-

⁴³ Todos los casos que se citan a la largo de este capítulo son fallos inéditos y solo se incluyen aquellos que al cierre de esta publicación ya se encontraban firmes.

⁴⁴ CÁRDENAS, E. J., GRIMSON, R., ÁLVAREZ, J. A., *El juicio de insania...*, Astrea, Buenos Aires, 1985.

ción de la salud mental”, es necesario discernir en los demás casos dudosos si aquellos reúnen o no las características de una “internación por salud mental” en el marco del art. 482 del Código Civil y ley 26.657 –la que, incluso, ya no podrá ser calificada como “internación psiquiátrica”–, entendida como un “recurso terapéutico de carácter restrictivo”, que “debe ser lo más breve posible” (arts. 14 y 15 LNSM, respectivamente) y para “la atención de la salud mental” (Principios de la ONU, definiciones), incluyendo las “adicciones” (art. 4 LNSM), por lo que en ningún caso puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda (art. 15 LNSM). A tal fin, se deberá tener en cuenta que no todo alojamiento de una persona con un padecimiento mental en una institución puede ser considerado una “internación”. Pero, a su vez, se deberá prestar especial atención ya no solamente al nombre de la modalidad del servicio, sino también a las condiciones en que efectivamente se verifica el alojamiento de la persona en un determinado establecimiento que, en principio, puede desde lo formal no estar destinado a que en él se lleven a cabo internaciones en los términos mencionados anteriormente. Máxime, si se tiene en cuenta el deber de los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, de adecuarse a los principios establecidos en la ley 26.657 (cfr. art. 6 LNSM)⁴⁵.

Y mucha más atención aún se deberá prestar cuando se trata de internaciones de niñas, niños y adolescentes, ya que, al menos en el ámbito de la CABA, proliferan –aunque ello no siempre se condice con la disponibilidad de vacantes– las instituciones con modalidades de atención de lo más diversas; lo que complejiza todavía más la situación cuando se pretende hacer una clasificación según que la institución esté “convenida”⁴⁶ con la Dirección General de Niñez, con la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones o con la Dirección General de Salud Mental.

En resumen: hay establecimientos donde claramente se llevan a cabo internaciones por salud mental o adicciones, las que, en caso de

⁴⁵ OLMO, Juan Pablo, *Salud mental...cit.*, pp. 107 y sgtes.

⁴⁶ En estos casos, es el Estado quien cubre los costos de la internación, pero no a través de un efector propio, sino en un establecimiento privado mediante un convenio.

involucrar personas menores de edad, deberán ser siempre controladas judicialmente y con la necesaria actuación de la Unidad de Letrados (cfr. arts. 20, 22 y 26 LNSM); y, asimismo, existen otros tipos de instituciones en las que si bien en principio allí no receptarían internaciones en los términos de la ley 26.657, eventualmente el alojamiento de alguna persona podría ser asimilable a una “internación”. Es decir, en este último caso no alcanza con analizar solo el tipo de establecimiento, sino que además hace falta reparar en las condiciones en las que efectivamente se desarrolla la permanencia de la persona alojada y su abordaje terapéutico, para determinar si en ese caso el control jurisdiccional al menos cabe por la vía de excepción.

IX. 1. b) Jurisprudencia

Siguiendo esta línea de argumentación, la Unidad de Letrados hizo planteos judiciales rechazando la posibilidad de que determinados alojamientos de niñas, niños y adolescentes sean tratados como “internaciones” en los términos de la ley 26.657. Si bien dichos planteos, en todos los casos, han sido resueltos favorablemente, cabe aclarar que ello no obsta –y así fue requerido en cada caso– que se pueda continuar con los correspondientes controles judiciales, pero desde otro encuadre: ya sea en los términos de un “control de legalidad” de la medida excepcional adoptada en sede administrativa por la autoridad local de aplicación (arts. 39 y sgtes. de la ley 26.061)⁴⁷, o bien en los términos de una “protección especial”, puesto que en cualquier caso la persona se encuentra privada de su medio familiar (art. 20.1 CDN)⁴⁸.

⁴⁷ “Medidas excepcionales. Son aquellas que se adoptan cuando las niñas, niños y adolescentes estuvieran temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio...” (art. 39); “Declarada procedente esta excepción, será la autoridad local de aplicación quien decida y establezca el procedimiento a seguir, acto que deberá estar jurídicamente fundado, debiendo notificar fehacientemente dentro del plazo de VEINTICUATRO (24) horas, la medida adoptada a la autoridad judicial competente en materia de familia en cada jurisdicción...” (art. 40).

⁴⁸ Art. 20, CDN: “1. Los niños temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado”.

IX. 1. b) 1. “M., P. G. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 23/08/2012, Juzgado Civil N° 83: este caso se trata de un niño al que se le había diagnosticado un trastorno generalizado del desarrollo con espectro autista, que se encontraba alojado en un dispositivo de hogar con centro educativo terapéutico de lunes a viernes, por una cuestión primordialmente social, basada en la necesidad de contar con atención personalizada y constante en todos los aspectos vinculados a su persona y salud, función que en ese momento no podía ser cumplida por su grupo familiar. Aquí se resolvió favorablemente el planteo realizado por la defensa pública, lo que condujo al archivo de las actuaciones iniciadas como control de internación.

En otro caso de un joven que también se encontraba alojado en un hogar con centro educativo terapéutico se resolvió en igual sentido (“A., T. F. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 13/02/2014, Juzgado Civil N° 88).

IX. 1. b) 2. “V., T. L. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 12/11/2012, Juzgado Civil N° 9; y “V., L. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 12/11/2012, Juzgado Civil N° 9: en esta oportunidad eran dos hermanos que se encontraban alojados en un hogar de atención especializada con centro de día para personas con discapacidad, por una cuestión primordialmente social, a diferencia de las “internaciones”, las que, justamente, no pueden prolongarse para resolver problemáticas sociales. Aquí también se resolvió favorablemente el planteo realizado por la defensa pública, lo que condujo al archivo de las actuaciones iniciadas como control de internación.

En otro caso de un joven alojado en un hogar con centro de día se resolvió en igual sentido (“V. C., E. D. A. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 10/07/2014, Juzgado Civil N° 25).

IX. 1. b) 3. “A., G. D. s/ Control de internación – Ley 26.657”, 26/12/2012, Juzgado Civil N° 23; y “A., B. D. s/ Control de internación – Ley 26.657”, 26/12/2012, Juzgado Civil N° 23: en este caso se trataba de dos hermanos que permanecían alojados en un hogar por causas sociales, realizando tratamiento ambulatorio psicológico y psiquiátrico en un hospital público. Se resolvió archivar las actuaciones y continuar con el trámite del “control de legalidad”.

IX. 1. b) 4. “C. A., S. L. M. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 07/08/2014, CNCivil, sala I: si bien aquí también se trataba de un alojamiento en un hogar con centro educativo terapéutico, tuvo la particularidad de que el caso llegó a conocimiento de la Cámara Civil ante el recurso interpuesto por la Unidad de Letrados, puesto que en la instancia de grado no se había hecho lugar a la revocatoria.

IX. 2. Consentimiento otorgado y carácter involuntario de la internación

IX. 2. a) Introducción

El art. 26 LNSM prescribe que en caso de internaciones de personas menores de edad será de aplicación lo normado en los arts. 20 a 25 LNSM, esto es, el trámite referido a las internaciones involuntarias. Es decir, a diferencia de lo que ocurre con las internaciones de las personas mayores de edad, donde serán consideradas voluntarias –y, por ende, en principio, no controladas judicialmente– aquellas que hayan sido consentidas en forma libre e informada por la propia persona internada, en el caso de niñas, niños y adolescentes no está prevista esta posibilidad ya que serán reputadas involuntarias en cualquier caso.

Visto este punto a la luz de la Convención sobre los Derechos del Niño, cabe destacar que uno de sus principales desafíos allí planteados ha sido la necesidad de equilibrar el derecho del niño a recibir protección adecuada y apropiada, por una parte, y su derecho a participar y asumir las responsabilidades que derivan de las decisiones y acciones que ya tienen la *competencia*⁴⁹ de afrontar por

49 “Capacidad” es una noción usada principalmente en el ámbito de los contratos; por eso, y por razones de seguridad jurídica, generalmente las leyes establecen una edad determinada a partir de la que se alcanza la mayoría de edad. En cambio, “competencia” es un concepto perteneciente al área del ejercicio de los derechos personalísimos; no se alcanza en un momento preciso, sino que se va formando, requiere una evolución. Bajo esta denominación, se analiza si el sujeto puede o no entender acabadamente aquello que se le dice, cuáles son los alcances de la comprensión, si puede comunicarse, si puede razonar sobre las alternativas y si tiene valores para poder juzgar. KEMELMAJER DE CARLUCCI, Aída, “El derecho del niño a su propio cuerpo”, en Salvador D. Bergel y Nelly Minyersky

sí mismos, por la otra. Pero es importante hacer una distinción –y aquí está la clave del asunto– entre los derechos participativos o emancipadores, que se van transfiriendo al niño en forma gradual, y los derechos protectores de la infancia de carácter universal, que se aplican independientemente de las facultades individuales del niño. Este último catálogo de derechos está íntimamente relacionado con las protecciones contra la explotación y los abusos. En efecto, existen situaciones en las que tiene vigencia el derecho absoluto a la protección y al respeto de la integridad física –que la CDN exige independientemente de la edad del niño– y en las que la competencia del niño no incide de ninguna manera. Es decir, los niños, por competentes que sean, no pueden elegir renunciar a sus propios derechos, puesto que estos son –o deberían ser– protecciones universales que cubren a todos los niños.

De este modo, en algunos ámbitos se establece una edad mínima no solo sobre la base de suposiciones acerca de la relativa inmadurez del niño, sino también para evitar que los adultos que se encuentran en una posición de autoridad respecto al niño nieguen, violen o exploten los derechos del mismo. La protección en conflicto armado y la protección contra los castigos físicos pertenecen a esta categoría, como así también lo relativo a la edad mínima para contraer matrimonio⁵⁰. Por su parte, la cuestión relativa a la edad mínima para las relaciones sexuales consensuales plantea serias dificultades a la hora de establecer un equilibrio entre el derecho a recibir protección y el derecho a que se respete la evolución de las facultades, aunque los argumentos a favor del primero parecen haber primado sobre el segundo⁵¹.

Así las cosas, reconocido el delicado límite entre el derecho del niño a otorgar el consentimiento informado en lo referido al cuida-

(comps.), *Bioética y derecho*, Rubinzal Culzoni, Santa Fe, 2003, p. 114.

50 El Comité de los Derechos del Niño recomendó fijar la edad mínima para casarse a los 18 años, tanto para las mujeres como para los varones (Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 4, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, CRC/GC/2003/4, Naciones Unidas, Ginebra, julio de 2003).

51 LANSDOWN, Gerison, *La evolución de las facultades del niño*, Save the Children-UNICEF, 2005, pp. 51 y ss.

do de su salud mental, y el deber de protección impuesto al Estado a fin de evitar abusos cuando la modalidad de tratamiento es bajo el régimen de internación, nos inclinamos por propiciar esta última solución a los fines del control de la internación, y le atribuimos entonces el carácter de involuntaria. Tal ha sido la solución de la ley 26.657, más allá de remarcar la importancia de contar con el consentimiento de la persona, como ya veremos a continuación.

Asimismo, hay que advertir que imprimirle el carácter de voluntaria a la internación sería una mera ficción, ya que a la persona no se le permitiría decidir por sí misma el abandono de la internación conforme lo prevé el art. 18 LNSM, de lo que resultaría el cercenamiento de su derecho de defensa y, en consecuencia, de acceso a la justicia, agravando aún más la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra inmersa.

Sin embargo, lo dicho no obsta a que la persona menor de edad que tenga suficiente competencia pueda consentir por sí misma su propia internación y, en ese caso, que ese consentimiento deba ser recabado por parte del equipo de salud. En efecto, la ley 26.657 no solo no le resta importancia al consentimiento informado de niñas, niños y adolescentes, sino que tampoco puede inferirse de la lectura detenida de su art. 26 –al contrario de lo que a veces, lamentablemente, ocurre en la práctica– que dicho consentimiento sea irrelevante y, por ende, que no importa lo que opine la persona con relación a su internación. Simplemente ocurre que el consentimiento otorgado no tiene la suficiente proyección como para considerar voluntaria la internación y darle ese trámite, tal como sí ocurre en el caso de los adultos. En efecto, el consentimiento deberá ser otorgado por la niña, niño o adolescente de conformidad con los lineamientos de la ley 26.061, como así lo prescribe el propio art. 26 LNSM, pero la internación igualmente se reputará involuntaria a los fines de rodearla de todas las garantías que el caso amerita.

Tanto es así que a partir de la reglamentación de la ley 26.657 se ha disipado toda duda al respecto, puesto que su art. 26 prescribe que en las internaciones de niñas, niños y adolescentes se deberá: a) ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible; b) recabar su opinión; c) dejar constancia de ello en la historia clínica; d) poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado.

Asimismo, en caso de existir impedimentos para el cumplimiento de estos requisitos, deberá dejarse constancia de ello con informe fundado. Además, deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales, según el caso.

IX. 2. b) Jurisprudencia

En los siete casos que se citan a continuación, en un principio se les había dado el carácter de “voluntarias” a aquellas internaciones que habían sido consentidas por las propias personas. En todos los casos, la defensa pública recurrió las correspondientes resoluciones y, finalmente, fueron revocadas por contrario imperio por los propios magistrados que las habían dictado, de modo que se les dio el trámite de las internaciones “involuntarias”, a saber: “P., R. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 29/08/2012, Juzgado Civil N° 9; “M., S. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 10/09/2012, Juzgado Civil N° 102; “C., G. N. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 29/10/2012, Juzgado Civil N° 56; “S., R. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 22/11/2012, Juzgado Civil N° 106; “Z., M. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 21/05/2013, Juzgado Civil N° 76; “D. L. H., N. L. y otro s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 27/12/2013, Juzgado Civil N° 106; “C. Y., A. R. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 25/04/2014, Juzgado Civil N° 84; entre otros.

IX. 3. Actuación del defensor en internaciones no convalidadas judicialmente

IX. 3. a) Introducción

El presupuesto fáctico que legitima la actuación del abogado defensor que prevé el art. 22 LNSM no es la resolución judicial que decreta la legalidad de la medida de internación, sino el mero hecho de que la persona se encuentra internada involuntariamente. A su vez, la actuación deberá garantizarse desde el inicio de la internación involuntaria, lo que es igual a decir, en el caso de personas menores de edad, desde el mismo momento en que se produce la internación, haya sido o no consentida por la propia persona.

De igual modo y tal como se verá más adelante, una vez resuelta

la “no convalidación” de la internación (art. 21 inc. c] LNSM) puede ocurrir que transcurra un tiempo más o menos prolongado hasta tanto se efectivice la externación de la persona, por lo que en el período de internación no convalidada corresponde que continúe la actuación del defensor y hasta tanto se produzca el egreso.

IX. 3. b) Jurisprudencia

IX. 3. b) 1. De este modo, en oportunidad de hacer uso de la facultad conferida en el art. 21 inc. b] LNSM (requerir informes ampliatorios), y previo a resolver según lo normado en ese artículo en los incs. a] (convalidar la internación) o c] (no convalidar), en diversas oportunidades los jueces han dado intervención espontánea a la Unidad de Letrados para intervenir en los términos del art. 22 LNSM (“B., N. P. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 04/06/2012, Juzgado Civil N° 87; “Z., M. L. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 05/06/2012, Juzgado Civil N° 92; “S., D. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 04/07/2012, Juzgado Civil N° 87; “L., D. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 30/08/2012, Juzgado Civil N° 84; “L. T., R. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 11/09/2012, Juzgado Civil N° 12; “M., R. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 02/11/2012, Juzgado Civil 102; “V. G., N. M. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 08/11/2012, Juzgado Civil 82; “G., L. M. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 26/02/2013, Juzgado Civil N° 81”; entre otros); o bien, dicha intervención ha sido instada por la propia Unidad de Letrados y avalada judicialmente (“G., N. J s/ Medidas Precautorias”, 12/07/2012, Juzgado Civil N° 106; “C., B. I. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 13/07/2012, Juzgado Civil N° 88; “B., J. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 06/08/2012, Juzgado Civil N° 86; entre otros).

IX. 3. b) 2. Con igual razonamiento, una vez que se resuelve no convalidar una internación involuntaria, también corresponde que continúe la intervención del abogado defensor hasta que se efectivice la externación, etapa en la cual, por cierto, deviene de suma importancia dicha actuación. Así fue avalado en diversas actuaciones tras resoluciones de no convalidación de las internaciones (ver la abundante jurisprudencia citada en el acápite siguiente).

IX. 4. No convalidación de la internación

IX. 4. a) Introducción

El art. 21 LNSM establece que una vez comunicada la internación involuntaria el juez podrá autorizarla, si es que están cumplidos los requisitos legales para su procedencia (inc. a)], o, en caso contrario, denegarla y asegurar la inmediata externación de la persona internada (inc. c)]. A la luz del 1º párr. del art. 24 LNSM, dicho control deberá realizarse periódicamente, y en cualquier momento durante el transcurso de la internación se podrá resolver el cese de la internación si es que ha dejado de ser necesaria.

Ciertamente, no se trata de una “autorización” judicial de la internación, sino de una “convalidación”, puesto que quienes autorizan las internaciones son los propios equipos de salud al momento de determinar su procedencia y según criterio interdisciplinario, y deben someter dicha decisión al inmediato control judicial posterior a fin de evaluar su convalidación.

Por ende, de una primera lectura de la ley parecería que ante la falta de la observancia de los requisitos legales –sea al inicio de la internación o durante su devenir– el juez debería no seguir convalidando la internación y ordenar la inmediata externación.

Sin embargo, ello no es necesariamente así. A diferencia de la resolución de “no convalidación” de una internación, que es un *acto* jurisdiccional, cuya determinación no requiere más que la comprobación de falta de los requisitos para que proceda toda internación involuntaria (riesgo cierto e inminente y ausencia de otra alternativa eficaz); la “externación”, en cambio, es un *proceso* determinado por diversos factores que muchas veces exceden lo estrictamente jurídico, v. gr., cuestiones sociales que dificultan su concreción, o bien que la prescripción no sea el retorno a su domicilio, sino su derivación a otro dispositivo institucional para su alojamiento (por ejemplo: hogar convivencial) en donde no siempre hay vacantes disponibles.

La distancia temporal que a veces existe entre estas dos instancias bien diferenciadas (“no convalidación” de la internación y efectiva “externación” de la persona), que se enmarcan en el art. 21 inc. c] LNSM, se constata en especial en las internaciones de personas

menores de edad, puesto que su egreso de una institución no puede efectivizarse de un modo similar a lo que podría ocurrir en el caso de la internación de una persona adulta.

En virtud de ello y advirtiendo que en la gran mayoría de los casos la externación se alcanza con la defensa desplegada por la Unidad de Letrados en forma coordinada con los profesionales intervinientes en cada caso, cuando ha correspondido formular peticiones judiciales de externación, se han hecho en forma ordenada y sin descuidar lo explicitado en los párrafos anteriores, dada la especificidad en razón del sujeto y a fin de no generarle un mayor daño a la persona defendida.

IX. 4. b) Jurisprudencia

A continuación se citan los casos en los cuales se resolvió la “no convalidación” de la internación: “G., N. J. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 12/07/2012, Juzgado Civil N° 106; “G., M s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 01/08/2012, Juzgado Civil N° 25; “A., F. M. s/ Protección Especial”, 21/11/2012, Juzgado Civil N° 88; “C., M. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 07/12/2012, Juzgado Civil N° 86; “G., V. V. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 14/12/2012, Juzgado Civil N° 8; “L., C. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 18/01/2013, Juzgado Civil N° 26; “C., A. A. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 21/02/2013, Juzgado Civil N° 8; “C., J. E. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 12/04/2013, Juzgado Civil N° 9; “B., J. F. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 18/04/2013, Juzgado Civil N° 8; “A., F. D. A. s/ Protección especial”, 12/06/2013, Juzgado Civil N° 25; “L., J. G. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 27/08/2013, Juzgado Civil N° 38; “Z., D. E. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 28/10/2013, Juzgado Civil N° 87; “P., A. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 31/10/2013, Juzgado Civil N° 56; “C., T. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 11/11/2013, Juzgado Civil N° 102; “B. V., D. N. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 18/12/2013, Juzgado Civil N° 83; “V., D. J. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 30/12/2013, Juzgado Civil N° 106; “G., J. D. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 31/03/2014, Juzgado Civil N° 87; “B., J. P. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 09/04/2014, Juzgado Civil N° 8; “B., K. L. s& s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 16/07/2014, Juzgado Civil N° 82; “D., L. A. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 25/07/2014, Juzgado Civil N° 10; “S. O., M. L. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 23/09/2014, Juzgado Civil N° 92; “B., K. L. s/ Art.

482 del Cód. Civil”, 29/09/2014, Juzgado Civil N° 82; “C., A. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 08/10/2014, Juzgado Civil N° 82.

Por su parte, en autos: “C., T. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 11/04/2014, Juzgado Civil N° 102, se ordenó la inmediata externación de la joven y su regreso al hogar de procedencia.

IX. 5. Derivaciones ordenadas judicialmente

IX. 5. a) Introducción

Según el art. 21 inc. c) LNSM, una vez comunicada una internación involuntaria, “[e]l juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe: [...] c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata”. A su vez, el art. 24 LNSM establece que: “Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación”. Ello debe complementarse, en lo que aquí interesa, con el art. 7 LNSM que establece que el Estado reconoce a la persona con padecimiento mental el “[...] d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades [...]”. Por su parte, el Principio 9 ONU establece en su punto 1: “Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud [...]”. Asimismo, según el art. 30 LNSM “[s]i se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley”. Es decir, de conformidad con lo previsto para las internaciones. Finalmente, el último párrafo del art. 21 LNSM establece que “[e]l juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla”.

Por lo tanto, si bien no está previsto expresamente en la ley 26.657, del juego armónico de sus arts. 7, 21 inc. c] y último párrafo, 24 y 30, junto con el Principio 9.1 ONU, se colige que los jueces no solo poseen la facultad, sino incluso el “deber” de asegurar las derivaciones cuando, una vez observados los recaudos antes mencionados, los obligados primarios se nieguen a realizarlas, ante su inacción o bien verificada la demora en ellas.

Asimismo, el requisito del art. 20 inc. b] LNSM (“ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento”), hace que la convalidación de una internación no pueda predicarse *in abstracto*, sino respecto de un establecimiento determinado en el que se llevará a cabo la internación. Si en ese caso, al no verificarse tal requisito el juez debe oponerse a ella con el deber de asegurar la inmediata externación (art. 21 inc. c] LNSM); ergo, corresponde interpretar que el juez tiene el deber de oponerse *in concreto* a que la derivación se efectivice en un establecimiento que, por su localización, no cumpla con el requisito de la primera parte del art. 30 LNSM (la derivación fuera del ámbito comunitario donde vive la persona solo corresponde si se realiza a un lugar donde la persona cuente con mayor apoyo y contención social o familiar), o bien oponerse a que se concrete fuera de la jurisdicción del juzgado, entonces, hay que tomarlo como un requisito más de admisión de internación involuntaria.

IX. 5. b) Jurisprudencia

En los casos que se citan a continuación, se ordenó la derivación de la persona internada a otro dispositivo de alojamiento bajo la modalidad de hogar: “Q., G. M. y M. Q., J. Y. s/ Control de Legalidad – Ley 26.061”, 08/11/2012, Juzgado Civil N° 102; “G., A. G. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 09/11/2012, Juzgado Civil N° 23; “A., F. M. s/ Protección Especial”, 21/11/2012, Juzgado Civil N° 88; “B., T. F. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 29/11/2012, Juzgado Civil N° 7; “C., M. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 07/12/2012, Juzgado Civil N° 86; “G., V. V. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 14/12/2012, Juzgado Civil N° 8; “C., J. E. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 12/04/2013, Juzgado Civil N° 9; entre otros.

IX. 6. Medidas cautelares: reserva de vacante en hogar

IX. 6. a) Introducción

Lamentablemente, hay sectores de la población infanto-juvenil que son estigmatizados y esto, a menudo, se configura, entre otras tantas circunstancias, por el hecho de haber cursado una internación por salud mental, más aún cuando ha tenido lugar en un hospital público monovalente.

Tal como ha quedado reflejado en el gráfico N° 14, en el 8,25% de las internaciones los niños, niñas y adolescentes no provienen de su domicilio particular, sino de un hogar de alojamiento (por ejemplo: hogar convivencial). Ahora bien, en varias oportunidades esto ha implicado un serio obstáculo para lograr su externación, puesto que si bien en principio correspondería que la persona regrese al hogar de procedencia, lo cierto es que en la práctica estos establecimientos se niegan a recibirla nuevamente con fundamentos de los más variados; a la vez que, cuando se procura su derivación a otro establecimiento, el rechazo se convierte en una constante.

Con relación a los hogares de donde provienen los niños, niñas y adolescentes, la intención de denegar su regreso queda manifestada desde el mismo momento en que se efectiviza la internación por salud mental o adicciones. Por lo tanto, es de vital importancia que la defensa pública tome inmediato conocimiento de esta circunstancia a fin de intentar revertir esta situación. En algunos casos ocurre que tal circunstancia se resuelve por medio de gestiones por la vía extrajudicial. En otros, es la propia persona internada la que no quiere regresar al hogar de donde proviene, por el motivo que fuera, cuya voluntad, entonces, debe ser respetada. También puede ocurrir que el hogar no sea el adecuado para su permanencia o que se hayan producido hechos de gravedad que ameriten descartar cualquier posibilidad de regreso a esa institución. Finalmente, hay casos donde la única vía expeditiva para resolver el conflicto es el dictado de una medida cautelar de no innovar con relación a la vacante otorgada en el hogar, de modo de “reservarla” hasta tanto la persona pueda ser externada y deba volver a su lugar de alojamiento.

Resta señalar que el dictado de esta medida cautelar de modo

alguno resulta vinculante en el sentido de que la persona deba necesariamente regresar a dicho hogar una vez que se encuentre en condiciones de ser externada, máxime cuando luego se advierta que ello no resulte conveniente por el motivo que fuera. No debe soslayarse el carácter “instrumental” de las medidas cautelares y, por lo tanto, cabe aclarar que se trata solo de “asegurar” el regreso a un hogar, si es que eso es lo que corresponde en el caso concreto. En su defecto, la medida se dejará sin efecto y la externación se efectivizará en otros términos.

IX. 6. b) Jurisprudencia

En autos: “P. O., F. C. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 08/08/2012, Juzgado Civil Nº 56, se resolvió como medida cautelar de no innovar el mantenimiento de la vacante en el hogar de procedencia del joven para que eventualmente, en oportunidad de que se lea otorgada el alta de internación por salud mental, pueda retornar a dicho establecimiento (en igual sentido: “V., G. s/ Control de Legalidad – Ley 26.061”, 06/06/2014, Juzgado Civil Nº 84). Del mismo modo, en autos: “P., H. s/ Control de Legalidad – Ley 26.061”, 20/12/2012, Juzgado Civil Nº 12, también se ordenó el otorgamiento de la vacante y su reserva en el hogar en el cual se encontraba alojado previo a su internación.

107

IX. 7. Medidas cautelares: prohibición de acercamiento

IX. 7. a) Introducción

Como es sabido, la persona que es atendida en un régimen cerrado está inserta en un círculo donde se incrementa el riesgo potencial de que sus derechos sean vulnerados. Esto se da por medio de medidas que implican prohibiciones y suponen restricciones de derechos fundamentales de la persona internada que agravan la situación de privación de libertad que de por sí implica la medida de internación involuntaria. Pero también, en supuestos excepcionalmente graves, a través de verdaderas situaciones de abuso en las que pudieran incurrir los profesionales destinados al cuidado de las

personas internadas, v. gr., ante una denuncia de violencia formulada por el propio sujeto.

IX. 7. b) Jurisprudencia

Ante las manifestaciones formuladas por la persona defendida de haber sido víctima de violencia física y verbal dentro del hospital en el que se encontraba internada, la defensa pública denunció a un enfermero que allí se desempeñaba y fue así que se resolvió como medida urgente de resguardo la prohibición de acercamiento y contacto con el joven (“C., F. G. s/ Art. 482 del Cód. Civil”, 22/11/2012, Juzgado Civil N° 81).

CAPÍTULO X

REFLEXIONES FINALES SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE LAS INTERNACIONES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DE AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

A lo largo de esta primera etapa de trabajo de la *Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657* se han advertido ciertas falencias en la forma en que el sistema socio-sanitario aborda la problemática de salud mental y adicciones que atraviesan los niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la CABA. De ello se derivan serias dificultades en el abordaje de la función de la defensa pública. La matriz es deficitaria y permanentemente reproduce el problema que, por cierto, es multicausal.

En primer lugar, falla la prevención, o bien, dicho de otro modo, las instancias intermedias que por lo general deberían transitarse antes de tener que llegar a una medida excepcional de internación. Esto produce innumerable cantidad de internaciones que podrían ser evitables. Sin embargo, la ausencia de dispositivos adecuados y suficientes, con base en la comunidad, implica lisa y llanamente la negación de tratamiento en salud mental. Por lo tanto, en contraposición a las discrepancias que pueden surgir en los criterios de internación, muchas veces los motivos de las internaciones reflejan las situaciones de riesgo y urgencia por las que llegan o se traen a los niños, niñas y adolescentes a un sistema de salud que brinda escasos recursos o, incluso, muestra inconexión y fragmentación interna, y no puede ofrecer respuestas concretas y sólidas en la construcción de redes de apoyo y contención tanto en lo social como familiar, con base en la comunidad. Es decir, cuando se trata de internaciones de niños, niñas y adolescentes, la principal falla del sistema es la falta de una “respuesta integral” para cada caso concreto. Si bien es cierto que las internaciones se producen cuan-

do hay “riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”, no lo es menos que en muchas ocasiones ese riesgo es el resultado de la falta de respuesta integral que aquí se denuncia.

Las condiciones desfavorables que presentan determinados sectores de la población –lo cual se visibiliza sobre todo en las internaciones en el sector público– implican, a su vez, la necesidad de abordar problemáticas de mayor complejidad a la hora de trabajar en el proceso de externación, las que exceden en mucho las circunstancias estrictamente terapéuticas en el marco de un plan de tratamiento prescripto. De ello se desprende que el abordaje fragmentado de la problemática no solo acarrea consecuencias desfavorables al inicio (internaciones evitables), sino también con posterioridad (demoras en las externaciones). Desde la defensa pública se procura una actuación que permita modificar las condiciones del entorno social de la persona, es decir, se arman redes en la comunidad para evitar que la persona sea reinsertada en una lógica que ya resultó expulsiva y derivó en una internación. A tal fin, el trabajo se encamina a facilitar la escolaridad, los tratamientos ambulatorios, el acompañamiento que la persona requiera, etc., instando la actuación de los obligados principales. De este modo, la falta de respuesta integral (contraria, justamente, al paradigma de la “protección integral”) deja a muchos niños, niñas y adolescentes inmersos en los extremos del binomio “ausencia de tratamiento” o “internación”, lo que equivale a decir: “entre la espada y la pared”.

En este contexto, se observa un alto porcentaje de niños, niñas y adolescentes que se internan en jurisdicción de la CABA provenientes de la provincia de Buenos Aires. Ello trae aparejadas dificultades adicionales en el abordaje de la defensa, puesto que al no respetarse su centro de vida, se entorpece el acompañamiento familiar durante la internación, a la vez que atenta contra la intermediación que se espera tener con dicho entorno en procura de abordar adecuadamente los procesos de externación en los términos ya expuestos.

Otro punto de preocupación es la demora en las externaciones a causa de la ausencia de vacantes en dispositivos adecuados para realizar tratamientos menos restrictivos a la internación, incluso bajo la modalidad de hogar, con el agravante, en este caso, de la falta de aceptación de aquellos niños, niñas y adolescentes que llevan

consigo el estigma de haber cursado una internación por salud mental o adicciones. Esto se advierte cuando la persona debe ingresar por primera vez a un dispositivo de hogar tras cursar su internación (hecho que, en la actualidad, se presenta en raras excepciones), o bien cuando provienen desde un dispositivo de hogar para una internación provisoria y a su término se les pretende negar el reingreso. En algunos de estos casos, los jóvenes se encontraban en “situación de calle”, transitando así un laberíntico circuito de respuestas estatales que cada vez se hace más cerrado y con menos opciones, lo que se les presenta como un “callejón sin salida”.

En lo que concierne específicamente a los abordajes en adicciones, acaso sea este el paradigma del déficit del sistema. Las dimensiones de esta problemática van de la mano con la escasez de recursos adecuados para atender a todos los niños, niñas y adolescentes. Los jóvenes se encuentran bajo una disyuntiva falaz entre acceder a un tratamiento bajo la modalidad de “puertas abiertas” o “puertas cerradas”, según la atención sea por medio del sector público, o bien por obra social o medicina prepaga, lo que produce una diferencia ya no a partir de la individualidad del sujeto, sino del tipo de cobertura que posea. Esta lógica dual de respuestas estandarizadas, además de no concordar con los lineamientos prescriptos por la ley 26.657 y su reglamentación, genera un campo propicio para que, en unos casos, a las personas en situación de riesgo cierto e inminente no se les aseguren respuestas adecuadas en la urgencia, a la vez que, en otros, resulten innecesariamente restrictivas.

Desde la entrada en funcionamiento de la *Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad* art. 22 Ley 26.657 se ha generado un importante salto cualitativo, en el sentido de haber generado presencia institucional en los lugares de internación, lo que, de por sí, conlleva un valor simbólico sin precedentes en materia de contralor, todo ello desde el mismo momento en que se producen las internaciones. Los niños, niñas y adolescentes internados por salud mental y adicciones en el ámbito de la CABA cuentan con un abogado defensor especializado que los visita desde el inicio del proceso, quien se erige en una figura mediante la que esta población puede canalizar sus planteos e inquietudes. Este logro institucional implica, al mismo tiempo, una enorme responsabilidad: hay que llevar a cabo

abordajes prudentes dadas las delicadas problemáticas que afectan a los niños, niñas y adolescentes, a fin de que las intervenciones no terminen siendo contraproducentes. Al mismo tiempo, por medio de la labor de defensa, se facilitan los procesos de externación y se insta la actuación de los organismos obligados, en procura de armar una respuesta integral para cada problemática.

Pero, a su vez, cabe advertir que no alcanza con actuaciones individuales. La problemática aquí descripta es “estructural” y, en consecuencia, queda evidenciada más allá del abordaje que se pueda realizar en cada caso particular, puesto que las falencias del sistema socio-sanitario se proyectan en cada caso nuevo. El armado de una respuesta integral por medio del abogado defensor se lleva a cabo una y otra vez, pero siempre a partir del hecho consumado de la internación. Ello se ve agravado por la circunstancia de que la legitimación para actuar de la Unidad de Letrados –y, con ello, la posibilidad de adoptar medidas al respecto– se agota con la externación de cada persona, pero renace con cada nueva internación de otra –o, a veces, de la misma– y así sucesivamente. De este modo, los esfuerzos puestos en el ejercicio de la función de defensa de cada niño, niña y adolescente se llevan a cabo sobre la base de una misma matriz deficitaria que reproduce el problema permanentemente ante cada ingreso nuevo; por lo que dichas gestiones individuales deberían ser sustentadas con medidas que tutelen los derechos de “incidencia colectiva” de una población determinada que aquí se vulneran con severidad. Se trata de intereses individuales homogéneos: si bien se afectan derechos individuales, existe un hecho que provoca la lesión a todos ellos. Quizás esto implique que haya que transitar un nuevo salto cualitativo como el que se alcanzó con la puesta en funcionamiento de la Unidad de Letrados –que corresponde sostener y ampliar–, por medio de planes de acción que, sin descuidar el abordaje del caso concreto, permitan encarar la problemática desde un enfoque estructural. Esto es, de lo micro a lo macro, forzando la implementación de políticas públicas adecuadas y enmarcadas en un plan de salud mental que ponga especial énfasis en las particularidades que tiene este sector vulnerable de la población.

ANEXO

1. Resolución DGN N° 1451/2011 (14/11/2011)

Buenos Aires, 14 de noviembre de 2011

VISTO Y CONSIDERANDO:

I.

Que con fecha 25 de noviembre de 2010 el Honorable Congreso de la Nación sancionó la Ley 26.657 de Salud Mental (Adla, vol. 33/2010, p. 1). Dicho cuerpo normativo prevé en su artículo 22 que *“[l]a persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento”*.

Si bien en una primera ocasión la función asignada a este Ministerio Público por la referida norma recayó exclusivamente en los Sres/as. Curadores/as Públicos/as (Res. DGN N° 1728/10), la carga de trabajo existente en dicho ámbito, así como la exigencia de lograr mayor inmediatez en la cobertura del servicio, motivó la conformación de la *Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657* (Res. DGN N° 558/11).

La Unidad mencionada ejerce desde el 1 de agosto del año en curso la defensa de las personas mayores de edad internadas involuntariamente en el ámbito de esta ciudad, siempre que no se encuentren bajo un proceso de determinación del ejercicio de su capacidad jurídica (v. gr. arts. 141, 152 bis, 152 ter del Código Civil) y durante el transcurso de la internación.

Por otra parte, con fecha 4 de julio de 2011, y en aras de garantizar el nuevo paradigma en materia de capacidad jurídica -basado

en el modelo social de la discapacidad y la toma de decisiones con apoyo-, se dispuso una nueva modalidad de abordaje respecto de los casos de curatela asignados a esta institución. Así, se diversificó la función entre Curadores Provisorios y Curadores Definitivos (Res. DGN N° 841/11).

En el marco de actuación señalado, asigné a los Curadores Provisorios el ejercicio de la función prevista en el art. 22 de la ley 26.657, no sólo ante la existencia de un proceso de determinación del ejercicio de la capacidad, sino también frente a las designaciones efectuadas con relación a las internaciones de personas menores de edad, siempre que corresponda la intervención de esta Institución y haya sido designada para ello; teniendo en consideración el sentido expuesto en la Res. DGN N° 1431/07.

II.

La ley Nacional de Salud Mental ha dispuesto una regulación especial de las internaciones de personas menores de edad, al considerar que en todos los casos deben ser tratadas como involuntarias (cf. art. 26). Es decir que en dichos supuestos, si la persona no designa un abogado particular, corresponde que intervenga uno provisto por el Estado.

Al respecto, sin perjuicio de las labores que actualmente desempeñan los Curadores Provisorios, estimo que dicho universo de casos exige una asistencia especializada (reglas 5 y 30 de las “*Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad*”), que permita maximizar el ejercicio de los derechos fundamentales, en el marco de protección integral reconocido, entre otra normativa de aplicación, por la Ley 26.061 y la Convención sobre los Derechos del Niño.

Por tal motivo, resulta oportuno conformar una *Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad* art. 22 Ley 26.657, que estará integrada por cuatro funcionarios y/ o empleados de este Ministerio Público que cuenten con título de abogado; será coordinada por el Sr. Curador Público, Dr. Juan Pablo Olmo, quien deberá presentar al Área Técnica de esta Defensoría General el plan de actividades que desarrollará la Unidad.

Este grupo de trabajo tendrá como función primordial, en una pri-

mera etapa, el relevamiento de las instituciones destinadas a recibir internaciones de personas menores de edad y las necesidades respectivas, en miras de garantizar el integral cumplimiento de las disposiciones previstas en la Ley 26.657.

Hasta tanto culmine la actividad aludida en el párrafo precedente, la función prevista en el art. 22 de la Ley 26.657 en el caso de personas menores de edad continuará siendo ejercida por los Sres. Curadores Públicos, conforme lo resuelto por medio de las Res. DGN N° 1728/10, 558/11 y 841/11.

Sin perjuicio de la asignación de funciones referida, ante casos que por sus especiales características así lo ameriten, la Unidad que se crea por medio de esta resolución podrá ejercer la asistencia técnica establecida en el art. 22 de la ley 26.657; claro está, siempre que no se verifique la designación de un abogado particular o de uno provisto por otro organismo estatal, en cumplimiento del art. 27 inc. c de la Ley N° 26.061. En el caso que se asuma la actuación en cuestión, ésta se desarrollará hasta tanto se disponga la externación de la persona menor de edad.

En el cumplimiento de sus tareas, la Unidad podrá utilizar los recursos disponibles en el ámbito de la Dirección General de Tutores y Curadores Públicos, que resulten necesarios para garantizar los derechos de sus asistidos.

Finalmente, y sin perjuicio de la distribución y modalidad de trabajo que oportunamente se dispondrá por vía reglamentaria, la Unidad comenzará a funcionar como proyecto piloto una vez concluido el trámite de asignación de los recursos humanos pertinentes.

Por ello, y de conformidad con lo establecido en el artículo 51 de la ley 24.946, en mi carácter de Defensora General de la Nación

RESUELVO:

I.- CONFORMAR una *Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad* art. 22 Ley 26.657, que estará integrada por cuatro funcionarios y/o empleados de este Ministerio Público que cuenten con título de abogado y funcionará como proyecto piloto a fin de cumplir con las funciones establecidas en la presente resolución. Su coordinación se encontrará a cargo del Sr. Curador Público, Dr. Juan Pablo Olmo, quien deberá presentar al Área

Técnica de esta Defensoría General el plan de actividades que desarrollará la Unidad.

II.- DISPONER que la Unidad comenzará a funcionar como proyecto piloto una vez concluido el trámite de la contratación del personal que la integrará.

III.- DISPONER que por resolución especial se aprobarán las normas que reglamenten sus actividades.

IV.- HACER SABER a la Secretaría General de Superintendencia y Recursos Humanos y a la Administración General de esta Defensoría General de la Nación lo dispuesto por medio de la presente a efectos de que, en el ámbito de sus facultades, realicen las gestiones conducentes para la designación del personal que conformará la *Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657*.

V.- HACER SABER lo aquí dispuesto a la Excma. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, a la Sra. Defensora Pública de Menores e Incapaces ante los Tribunales de Segunda Instancia en lo Civil, Comercial y del Trabajo, a los Sres. Defensores Públicos de Menores e Incapaces en lo Civil, Comercial y del Trabajo, a la Dirección General de Tutores y Curadores Públicos, a la Comisión de Seguimiento del Tratamiento Institucional Neuropsiquiátrico y a la Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657.

Protocolícese, hágase saber y, oportunamente, archívese.

FDO.: STELLA MARIS MARTÍNEZ. DEFENSORA GENERAL DE LA NACIÓN

Protocolización fecha: 14/11/2011

2. Resolución DGN N° 516/2012 (21/05/2012)

Buenos Aires, 21 de mayo de 2012

VISTO Y CONSIDERANDO:

I.

Que, con fecha 25 de noviembre de 2010, el Honorable Congreso de la Nación sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en cuyo artículo 22 se prevé que: *“La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación [...]”*.

Cabe destacar que dicho cuerpo normativo ha establecido una regulación especial para las internaciones de niñas, niños y adolescentes, al considerar que en todos los casos deben ser tratadas como involuntarias (cf. art. 26). Es decir que, en dichos supuestos, si la persona no designa un abogado particular corresponde a este Ministerio Público proveerle de un letrado que ejerza la correspondiente defensa desde el momento de la internación.

En orden a dar cumplimiento con el mandato constitucional que recae sobre este Ministerio Público, en un primer momento, mediante Resolución DGN N° 1728/10 se dispuso que la defensa pública prescripta por el art. 22 del referido cuerpo normativo fuera ejercida por los Sres. Curadores Públicos, sin distinción en razón de la edad de la persona defendida.

Sin perjuicio de ello y ante la necesidad de delinear nuevas pautas de intervención para optimizar la prestación del servicio oportunamente reglamentado, mediante Resolución DGN N° 558/11 se dispuso la conformación de una *“Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657”* para ejercer la defensa técnica de personas mayores de edad internadas involuntariamente en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, siempre que no se encuentren bajo un proceso de determinación del ejercicio de su capacidad jurídica. En los restantes supuestos, la función de defensa sería ejercida por los Sres. Curadores Provisorios, de conformidad con la distribución de funciones dispuesta mediante Res. DGN N° 841/11 y en los términos allí expuestos.

II.

Dadas las particulares circunstancias que rodean las internaciones que involucran a niñas, niños y adolescentes, devino impostergable la conformación mediante Resolución DGN N° 1451/11 de una “*Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657*”. Ello así, con el objeto de brindar un servicio de defensa técnica especializada (reglas 5 y 30 de las “*Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad*”), en el marco de la protección integral reconocido, entre otra normativa de aplicación, por la ley 26.061 y la Convención sobre los Derechos del Niño (ley 23.849).

En efecto, allí se dispuso que la Unidad de Letrados tuviera como función primordial, en una primera etapa, el relevamiento de las instituciones destinadas a receptor internaciones de niñas, niños y adolescentes y las necesidades respectivas, en miras a garantizar el integral cumplimiento de las disposiciones previstas en la ley 26.657. Sin perjuicio de ello, se previó para aquellos casos cuyas especiales características así lo ameritaran, que la Unidad de Letrados pudiera ejercer la asistencia técnica establecida en el art. 22 de dicha ley, en los términos allí expuestos, dado el carácter excepcional de la actuación en dicha etapa. Por último, se estableció que, una vez finalizada la misma, la distribución y modalidad de trabajo sería dispuesta por vía reglamentaria.

III.

Llegados a este punto, cabe destacar que ya se ha cumplido satisfactoriamente con la primera etapa de relevamiento y, en consecuencia, su Coordinador ha presentado el correspondiente plan de actividades para la Unidad de Letrados (cf. punto I de la Resolución DGN. N° 1451/11).

Corresponde entonces disponer que la “*Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657*” comience a cumplir las funciones establecidas mediante Resolución DGN N° 1451/11 – con los alcances y según los términos expuestos en los considerandos de la presente–, debiendo intervenir en las internaciones que se produzcan a partir del 1° de junio del año en curso.

Con relación a las internaciones iniciadas con anterioridad al 1°

de junio del corriente, continuará interviniendo el Curador Público que corresponda en cada caso. Asimismo, los Sres. Curadores Públicos intervendrán cuando la persona menor de edad se encuentre bajo cualquier proceso de determinación del ejercicio de su capacidad jurídica (arts. 141, 152 bis o 152 ter del Código Civil); como así también en los casos en que la persona se encuentre internada en extraña jurisdicción, con competencia de la Justicia Nacional en lo Civil. Esto último, sin perjuicio de los planteos de incompetencia que los Funcionarios indicados puedan articular para que el contralor judicial de la medida recaiga en el ámbito provincial, conforme la doctrina sentada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a partir del precedente “T., R. A. s/ Internación” (Fallos 328:4832).

Finalmente, si durante el transcurso de la intervención el niño, niña o adolescente cumpliera la mayoría de edad, y siempre que la internación continúe y revista el carácter de involuntaria, corresponderá que intervenga la “Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657”, conformada mediante Resolución DGN. N° 558/11.

IV.

Ahora bien, dadas las particulares características que denota el ejercicio de la defensa pública a favor de este grupo en especial situación de vulnerabilidad, corresponde fijar estándares mínimos de intervención y actuación, sin perjuicio de los que se puedan establecer desde la Coordinación de la Unidad de Letrados.

En efecto, una vez recibida la comunicación de la internación por parte del establecimiento donde se lleva a cabo o habiendo tomado conocimiento por otro medio, la Unidad de Letrados deberá tomar contacto con la situación y asumir la defensa cuando en ese momento no surja de modo fehaciente, según la información suministrada, que la persona menor de edad o su representante legal hayan designado un abogado en forma particular. Ello así, sin perjuicio de hacer saber dicha circunstancia al Juzgado Nacional en lo Civil que intervenga en el control de la internación.

Para cumplir acabadamente con el ejercicio de la defensa técnica, la Unidad estará integrada por los Letrados seleccionados a tal efecto, quienes estarán habilitados para llevar a cabo las tareas propias del ejercicio de la función, como ser la de realizar visitas a los lugares

de internación; entrevistar a las personas defendidas, labrar actas dejando constancia de su voluntad y preferencias, como así también de otras personas intervinientes en el caso; tomar conocimiento de las historias clínicas de los asistidos; realizar a su sola firma presentaciones judiciales, administrativas y de otra índole; entre otras.

Asimismo, la Unidad de Letrados contará con el apoyo profesional de un equipo interdisciplinario, cuyos integrantes formarán parte de la actividad de defensa técnica a fin de brindar una prestación especializada, conforme lo previsto por las reglas 41 y 64 de las “Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad”. La modalidad de actuación se organizará conforme criterios de funcionalidad.

Por ello, de conformidad con lo establecido por el artículo 51 de la ley 24.946, en mi carácter de Defensora General de la Nación

RESUELVO:

I. DISPONER que, a partir del 1º de junio del año en curso, la “Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657” comenzará a cumplir las funciones establecidas mediante Resolución DGN N° 1451/11, con los alcances expuestos en el considerando de la presente.

II. DISPONER que los Sres. Curadores Públicos continuarán con el ejercicio de la defensa de personas menores de edad, con los alcances expuestos en la presente Resolución.

III. HACER SABER lo aquí dispuesto a la Excma. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, a la Sra. Defensora Pública de Menores e Incapaces ante los Tribunales de Segunda Instancia en lo Civil, Comercial y del Trabajo, a los Sres. Defensores Públicos de Menores e Incapaces en lo Civil, Comercial y del Trabajo, a la Asesoría General Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a la Dirección General de Tutores y Curadores Públicos, a la Coordinación General de Programas y Comisiones, a la Comisión de Seguimiento del Tratamiento Institucional Neuropsiquiátrico, a la Comisión de Seguimiento del Tratamiento Institucional de Niñas, Niños y Adolescentes y a la Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657.

Protocolícese, hágase saber y, oportunamente, archívese.

FDO.: STELLA MARIS MARTÍNEZ. DEFENSORA GENERAL DE LA NACIÓN

Protocolización fecha: 24/05/2012

3. Ley 26.657 (reglamentada mediante decreto 603/13)

Sancionada: noviembre 25 de 2010

Promulgada: diciembre 2 de 2010

Publicada en el Boletín Oficial: diciembre 3 de 2010

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657

Capítulo I Derechos y garantías

ARTÍCULO 1º – La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTÍCULO 1º.- *Entiéndese por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3º de la Ley N° 26.657.*

ARTÍCULO 2º – Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de

1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

ARTÍCULO 2°.- Sin reglamentar.

Capítulo II Definición

ARTÍCULO 3° – En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

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 religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTÍCULO 3°.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 4° – Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

ARTÍCULO 4°.- Las políticas públicas en la materia tendrán como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, garantizando todos los derechos establecidos en la Ley N° 26.657. El eje deberá estar puesto en la per-

sona en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca.

Entiéndese por “servicios de salud” en un sentido no restrictivo, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados.

ARTÍCULO 5° – La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

ARTÍCULO 5°.- Sin reglamentar.

Capítulo III **Ámbito de aplicación**

ARTÍCULO 6° – Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

ARTÍCULO 6°.- La Autoridad de Aplicación deberá asegurar, junto con las provincias y la CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, que las obras sociales regidas por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661, el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (PAMI), la Obra Social del PODER JUDICIAL DE LA NACION (OSPJN), la DIRECCION DE AYUDA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL CONGRESO DE LA NACION, las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de las Fuerzas de Seguridad, de la Policía Federal Argentina, de la Policía de Seguridad Aeroportuaria, del Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, las entidades de medicina prepaga, las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden por sí o por terceros servicios de salud independientemente de su naturaleza jurídica o de su dependencia institucional, adecuen su cobertura a las previsiones de la Ley N° 26.657.

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTÍCULO 7º – El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social 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;

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

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;

d) 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;

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;

f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;

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

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

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

j) 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, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;

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

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;

n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

ARTÍCULO 7°.- Los derechos establecidos en el artículo 7° de la Ley N° 26.657, son meramente enunciativos.

a) Sin reglamentar.

b) Sin reglamentar.

c) La Autoridad de Aplicación deberá determinar cuáles son las prácticas que se encuentran basadas en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Todas aquellas que no se encuentren previstas estarán prohibidas.

d) Sin reglamentar.

e) Sin reglamentar.

f) Sin reglamentar.

g) Sin reglamentar.

h) Sin reglamentar.

i) EL INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACION, LA XENOFobia Y EL RACISMO (INADI) y la AUTORIDAD FEDERAL DE SERVICIOS DE COMUNICACION AUDIOVISUAL (AFSCA), en el ámbito de sus competencias, en conjunto con la Autoridad de Aplicación y con la colaboración de todas las áreas que sean requeridas, desarrollarán políticas y acciones tendientes a promover la inclusión social de las personas con padecimientos mentales y a la prevención de la discriminación por cualquier medio y contexto.

j) Todas las instituciones públicas o privadas que brinden servicios de salud con o sin internación deberán disponer en lugares visibles para todos los usuarios, y en particular para las personas inter-

nadas y sus familiares, un letrero de un tamaño mínimo de OCHENTA CENTIMETROS (0.80 cm) por CINCUENTA CENTIMETROS (0.50 cm) con el consiguiente texto: “La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 garantiza los derechos de los usuarios. Usted puede informarse del texto legal y denunciar su incumplimiento llamando al...” (números de teléfono gratuitos que a tal efecto establezca el Organo de Revisión de cada Jurisdicción y la autoridad local de aplicación).

Las instituciones referidas precedentemente tienen la obligación de entregar a las personas usuarias y familiares, al momento de iniciarse una internación, copia del artículo 7º de la Ley Nº 26.657, debiendo dejar constancia fehaciente de la recepción de la misma.

k) Todo paciente, con plena capacidad o, sus representantes legales, en su caso, podrán disponer directivas anticipadas sobre su salud mental, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud, las cuales deberán ser aceptadas por el equipo interdisciplinario interviniente a excepción que aquellas constituyeran riesgo para sí o para terceros.

Dichas decisiones deberán asentarse en la historia clínica. Asimismo, las decisiones del paciente o sus representantes legales, según sea el caso, podrán ser revocadas. El equipo interdisciplinario interviniente deberá acatar dicha decisión y adoptar todas las formalidades que resulten necesarias a fin de acreditar tal manifestación de voluntad, de la que deberá dejarse expresa constancia en la historia clínica.

1) La información sanitaria del paciente sólo podrá ser brindada a terceras personas con su consentimiento fehaciente. Si aquél fuera incapaz, el consentimiento será otorgado por su representante legal.

Asimismo, la exposición con fines académicos requiere, de forma previa a su realización, el consentimiento expreso del paciente o en su defecto, de sus representantes legales y del equipo interdisciplinario interviniente, integrado conforme lo previsto en el artículo 8º de la Ley. En todos los casos de exposición con fines académicos, deberá reservarse la identidad del paciente.

El consentimiento brindado por el paciente, en todos los casos, debe ser agregado a la historia clínica.

m) Entiéndese por “consentimiento fehaciente” a la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por

parte del equipo interdisciplinario interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

Dicho consentimiento deberá brindarse ante el organismo público que la autoridad de aplicación determine, fuera de un contexto de internación involuntaria u otra forma de restricción de la libertad.

Todos los proyectos de investigaciones clínicas y/o tratamientos experimentales, salvo los que se realicen exclusivamente sobre la base de datos de personas no identificadas, deberán ser previamente aprobados por la Autoridad de Aplicación.

Tanto para la elaboración del protocolo de consentimiento fehaciente como para la aprobación de los proyectos referidos, la Autoridad de Aplicación trabajará en consulta con el CONSEJO NACIONAL DE BIOETICA Y DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS. Una vez aprobados los mismos, deberán ser remitidos al Organo de Revisión para que realice las observaciones que crea convenientes.

n) Sin reglamentar.

o) Sin reglamentar.

p) Entiéndese por “justa compensación” a la contraprestación que recibirá el paciente por su fuerza de trabajo en el desarrollo de la actividad de que se trata y que implique producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

El pago de dicha compensación se verificará siguiendo las reglas, usos y costumbres de la actividad de que se trate. La Autoridad de Aplicación, en coordinación con el MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, deberá fiscalizar que no existan abusos o algún tipo de explotación laboral.

Capítulo V

Modalidad de abordaje

ARTÍCULO 8º – Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTÍCULO 8º.- Los integrantes de los equipos interdisciplinarios asumen las responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales en el marco del trabajo conjunto.

Las disciplinas enumeradas en el artículo 8º de la Ley Nº 26.657 no son taxativas.

Cada jurisdicción definirá las características óptimas de conformación de sus equipos, de acuerdo a las necesidades y particularidades propias de la población.

En aquellas jurisdicciones en donde aún no se han desarrollado equipos interdisciplinarios, la Autoridad de Aplicación en conjunto con las autoridades locales, diseñarán programas tendientes a la conformación de los mismos, estableciendo plazos para el cumplimiento de dicho objetivo. Hasta tanto se conformen los mencionados equipos, se procurará sostener una atención adecuada con los recursos existentes, reorganizados interdisciplinariamente, a fin de evitar derivaciones innecesarias fuera del ámbito comunitario.

La Autoridad de Aplicación deberá relevar aquellas profesiones y disciplinas vinculadas al campo de la salud mental y desarrollará acciones tendientes a:

a) Fomentar la formación de recursos humanos en aquellas que sea necesario, y

b) Regularizar la acreditación de las mismas en todo el país.

ARTÍCULO 9º – El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTÍCULO 9°.- La Autoridad de Aplicación promoverá que las políticas públicas en materia asistencial respeten los siguientes principios:

- a) Cercanía de la atención al lugar donde vive la persona.*
- b) Garantía de continuidad de la atención en aquellos servicios adecuados y que sean de preferencia de la persona.*
- c) Articulación permanente en el caso de intervención de distintos servicios sobre una misma persona o grupo familiar, disponiendo cuando fuere necesario un área de coordinación, integrando al equipo de atención primaria de la salud que corresponda.*

d) Participación de personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad para la integración social efectiva.

e) Reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas.

Asimismo promoverá políticas para integrar a los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en el territorio, conformados por médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, enfermeros y otros agentes de salud, como parte fundamental del sistema comunitario de salud mental.

Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social.

ARTÍCULO 10. – Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTÍCULO 10.- El consentimiento informado se encuadra en lo establecido por el Capítulo III de la Ley N° 26.529 y su modificatoria, en consonancia con los principios internacionales.

Si el consentimiento informado ha sido brindado utilizando medios y tecnologías especiales, deberá dejarse constancia fehaciente de ello en la historia clínica del paciente, aclarando cuáles han sido los utilizados para darse a entender.

ARTÍCULO 11. – La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTÍCULO 11.- Facúltase a la Autoridad de Aplicación a disponer la promoción de otros dispositivos adecuados a la Ley N° 26.657, en articulación con las áreas que correspondan, promoviendo su funcionamiento bajo la forma de una red de servicios con base en la comunidad. Dicha red debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social.

La Autoridad de Aplicación establecerá los requisitos que debe cumplir cada dispositivo para su habilitación.

Los dispositivos terapéuticos que incluyan alojamiento no deberán ser utilizados para personas con problemática exclusiva de vivienda.

Entre las estrategias y dispositivos de atención en salud mental, se incluirán para las adicciones dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños.

La Autoridad de Aplicación promoverá que la creación de los dispositivos comunitarios, ya sean ambulatorios o de internación, que se creen en cumplimiento de los principios establecidos en la Ley, incluyan entre su población destinataria a las personas alcanzadas

por el inciso 1) del artículo 34 del Código Penal, y a la población privada de su libertad en el marco de procesos penales.

Para promover el desarrollo de los dispositivos señalados, se deberá incluir el componente de salud mental en los planes y programas de provisión de insumos y medicamentos.

ARTÍCULO 12. – La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

ARTÍCULO 12.- Debe entenderse que no sólo la prescripción de medicamentos sino de cualquier otra medida terapéutica, indicada por cualquiera de los profesionales del equipo interdisciplinario, debe cumplir con los recaudos establecidos en el artículo 12 de la Ley N°26.657.

La prescripción de psicofármacos debe realizarse siguiendo las normas internacionales aceptadas por los consensos médicos para su uso racional, en el marco de los abordajes interdisciplinarios que correspondan a cada caso.

La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes realizadas de manera efectiva por médico psiquiatra o de otra especialidad cuando así corresponda.

Capítulo VI

Del equipo interdisciplinario

ARTÍCULO 13. – Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes

saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

ARTÍCULO 13.- La Autoridad de Aplicación promoverá, en conjunto con las jurisdicciones, protocolos de evaluación a fin de cumplir con el artículo 13 de la Ley Nº 26.657.

Capítulo VII Internaciones

ARTÍCULO 14. – La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTÍCULO 14.- Las normas de internación o tratamiento que motiven el aislamiento de las personas con padecimientos mentales, ya sea limitando visitas, llamados, correspondencia o cualquier otro contacto con el exterior, son contrarias al deber de promover el mantenimiento de vínculos. Las restricciones deben ser excepcionales, debidamente fundadas por el equipo interdisciplinario, y deberán ser informadas al juez competente.

Cuando existan restricciones precisas de carácter terapéutico que recaigan sobre algún familiar o referente afectivo, deberá asegurarse el acompañamiento a través de otras personas teniendo en cuenta la voluntad del interesado. Nunca alcanzarán al abogado defensor, y podrán ser revisadas judicialmente. Las restricciones referidas no son en desmedro de la obligación de la institución de brindar información, incorporar a la familia y referentes afectivos a las instancias terapéuticas e informar sobre las prestaciones que brinda, facilitando el acceso al conocimiento de las instalaciones e insumos que se le ofrecen a la persona.

Se deberá promover que aquellas personas que carezcan de familiares o referentes, afectivos en condiciones de acompañar el proceso de tratamiento, puedan contar con referentes comunitarios. Para ello, la Autoridad de Aplicación identificará, apoyará y promoverá la organización de asociaciones de familiares y voluntarios que ofrezcan acompañamiento.

No será admitida la utilización de salas de aislamiento.

Las instituciones deberán disponer de telefonía gratuita para uso de las personas internadas.

ARTÍCULO 15. – La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTÍCULO 15.- Cuando una persona estuviese en condiciones de alta desde el punto de vista de la salud mental y existiesen problemáticas sociales o de vivienda que imposibilitaran la externación inmediata, el equipo interdisciplinario deberá:

- a) Dejar constancia en la historia clínica.*
- b) Gestionar ante las áreas que correspondan con carácter urgente la provisión de los recursos correspondientes a efectos de dar solución de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 15 de la Ley Nº 26.657.*
- c) Informar a la Autoridad de Aplicación local.*

ARTÍCULO 16. – Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;
- c) Consentimiento informado de la persona o del representante

legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTÍCULO 16.- Todos los plazos a que se refiere la Ley Nº 26.657 deberán computarse en días corridos, salvo disposición en contrario.

a) El diagnóstico interdisciplinario e integral consiste en la descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología, a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen. En aquellos casos en que corresponda incluir la referencia a criterios clasificatorios de trastornos o enfermedades, la Autoridad de Aplicación establecerá las recomendaciones necesarias para el empleo de estándares avalados por organismos especializados del Estado Nacional, o bien por organismos regionales o internacionales que la República Argentina integre como miembro.

La evaluación deberá incorporarse a la historia clínica.

Los profesionales firmantes deberán ser de distintas disciplinas académicas e integrar el equipo asistencial que interviene directamente en el caso, sin perjuicio de la responsabilidad de las autoridades de la Institución.

El informe deberá contener conclusiones conjuntas producto del trabajo interdisciplinario.

b) Deberán consignarse en la historia clínica, los datos referidos al grupo familiar y/o de pertenencia, o en su defecto, las acciones realizadas para su identificación.

c) Para ser considerada una internación voluntaria el consentimiento deberá ser indefectiblemente personal.

ARTÍCULO 17. – En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones

tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTÍCULO 17.- La Autoridad de Aplicación conjuntamente con el MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE y las dependencias institucionales que a estos fines resulten competentes, promoverán la implementación de políticas que tengan como objetivo: 1) facilitar el rápido acceso al Documento Nacional de Identidad (DNI) a las personas que carezcan de él; y 2) la búsqueda de los datos de identidad y filiación de las personas con padecimiento mental cuando fuese necesario, con procedimientos expeditos que deberán iniciarse como máximo a las CUARENTA Y OCHO (48) horas de haber tomado conocimiento de la situación; manteniendo un Registro Nacional actualizado que permita un seguimiento permanente de estos casos hasta su resolución definitiva. Este Registro Nacional actuará en coordinación con la Autoridad de Aplicación y contendrá todos aquellos datos que tiendan a identificar a las personas o su grupo de identificación familiar.

Para ello los servicios de salud mental deberán notificar obligatoriamente y de manera inmediata a la Autoridad de Aplicación correspondiente el ingreso de personas cuya identidad se desconozca.

La Autoridad de Aplicación regulará el funcionamiento del Registro Nacional debiendo respetar el derecho a la intimidad, la protección de datos y lo indicado en el artículo 7° inciso I), de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

ARTÍCULO 18. – La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con

los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

ARTÍCULO 18.- Solamente podrá limitarse el egreso de la persona por su propia voluntad si existiese una situación de riesgo cierto e inminente, en cuyo caso deberá procederse de conformidad con el artículo 20 y subsiguientes de la Ley Nº 26.657.

Deberá reiterarse la comunicación al cabo de los CIENTO VEINTE (120) días como máximo y deberá contener los recaudos establecidos en el artículo 16 de la Ley Nº 26.657. A los efectos de evaluar si la internación continúa siendo voluntaria, el juez solicitará una evaluación de la persona internada al equipo interdisciplinario dependiente del Órgano de Revisión.

ARTÍCULO 19. – El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

ARTÍCULO 19.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 20. – La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;

- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTÍCULO 20.- Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros.

Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica.

No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental.

Las Fuerzas de Seguridad que tomasen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental, deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda. La Autoridad de Aplicación en conjunto con el MINISTERIO DE SEGURIDAD elaborará protocolos de intervención y capacitación en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí o para terceros.

Aún en el marco de una internación involuntaria, deberá procurarse que la persona participe de la decisión que se tome en relación a su tratamiento.

ARTÍCULO 21. – La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;

b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurarse la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTÍCULO 21.- Las DIEZ (10) horas deben computarse desde el momento en que se efectivizó la medida, incluso cuando su vencimiento opere en día u horario inhábil judicial.

La comunicación podrá realizarse telefónicamente o por otra vía tecnológica expedita y verificable que habrán de determinar en acuerdo la Autoridad de Aplicación local, el Poder Judicial y el Organo de Revisión.

El Juez deberá garantizar el derecho de la persona internada, en la medida que sea posible, a ser oída en relación a la internación dispuesta.

a) Sin reglamentar.

b) La petición de informe ampliatorio sólo procede si, a criterio del Juez, el informe original es insuficiente. En caso de solicitar el mismo o peritajes externos, el plazo máximo para autorizar o denegar la internación no podrá superar los SIETE (7) días fijados en el artículo 25 de la ley N° 26.657.

Entiéndese por “servicio de salud responsable de la cobertura” al máximo responsable de la cobertura de salud, sea pública o privada.

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

ARTÍCULO 22.- La responsabilidad de garantizar el acceso a un abogado es de cada jurisdicción. La actuación del defensor público será gratuita.

En el ejercicio de la asistencia técnica el abogado defensor –público o privado– debe respetar la voluntad y las preferencias de la persona internada, en lo relativo a su atención y tratamiento.

A fin de garantizar el derecho de defensa desde que se hace efec-

tiva la internación, el servicio asistencial deberá informar al usuario que tiene derecho a designar un abogado.

Si en ese momento no se puede comprender su voluntad, o la persona no designa un letrado privado, o solicita un defensor público, se dará intervención a la institución que presta dicho servicio.

En aquellos estados en los que no pueda comprenderse la voluntad de la persona internada, el defensor deberá igualmente procurar que las condiciones generales de internación respeten las garantías mínimas exigidas por la ley y las directivas anticipadas que pudiera haber manifestado expresamente.

El juez debe garantizar que no existan conflictos de intereses entre la persona internada y su abogado, debiendo requerir la designación de un nuevo defensor si fuese necesario.

ARTÍCULO 23. – El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTÍCULO 23.- El equipo tratante que tiene la facultad de otorgar el alta, externación o permisos de salida se compone de manera interdisciplinaria y bajo el criterio establecido en el artículo 16 y concordantes de la Ley N° 26.657.

Cuando una internación involuntaria se transforma en voluntaria, se le comunicará al juez esta novedad remitiéndole un informe con copia del consentimiento debidamente firmado. En este caso se procederá de conformidad con lo establecido en el artículo 18 de la Ley, debiendo realizar la comunicación allí prevista si transcurriesen SESENTA (60) días a partir de la firma del consentimiento.

ARTÍCULO 24. – Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a

TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

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

ARTÍCULO 24.- Los informes periódicos deberán ser interdisciplinarios e incluir información acerca de la estrategia de atención, las distintas medidas implementadas por el equipo y las respuestas obtenidas, fundamentando adecuadamente la necesidad del mantenimiento de la medida de internación.

Se entenderá que la intervención del Organo de Revisión, en el marco del presente artículo, procede a intervalos de NOVENTA (90) días.

Hasta tanto se creen los órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, el juez podrá requerir a un equipo interdisciplinario, de un organismo independiente del servicio asistencial interviniente, que efectúe la evaluación indicada por el presente artículo.

ARTÍCULO 25. – Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTÍCULO 25.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 26. – En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

ARTÍCULO 26.- En las internaciones de personas declaradas incapaces o menores de edad se deberá:

- a) Ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible,*
- b) Recabar su opinión,*
- c) Dejar constancia de ello en la historia clínica,*

d) Poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado.

En caso de existir impedimentos para el cumplimiento de estos requisitos deberá dejarse constancia de ello con informe fundado.

Asimismo deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso.

Para las internaciones de personas menores de edad el abogado defensor previsto en el artículo 22 de la Ley N° 26.657 deberá estar preferentemente especializado en los términos del artículo 27 inciso c) de la Ley N° 26.061.

ARTÍCULO 27. – Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTÍCULO 27.- La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020, de acuerdo al CONSENSO DE PANAMA adoptado por la CONFERENCIA REGIONAL DE SALUD MENTAL convocada por la ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) -ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) “20 años después de la Declaración de Caracas” en la CIUDAD DE PANAMA el 8 de octubre de 2010. La presentación de tales proyectos y el cumplimiento efectivo de las metas en los plazos establecidos, será requisito indispensable para acceder a la asistencia técnica y financiera que la Autoridad de Aplicación nacional disponga. El personal deberá ser capacitado y destinado a los dispositivos sustitutivos en funciones acordes a su capacidad e idoneidad.

La Autoridad de Aplicación en conjunto con las jurisdicciones, establecerá cuales son las pautas de adaptación de los manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o cualquier otro tipo de ins-

tituciones de internación monovalentes que se encuentren en funcionamiento, congruentes con el objetivo de su sustitución definitiva en el plazo establecido.

También establecerá las pautas de habilitación de nuevos servicios de salud mental, públicos y privados, a los efectos de cumplir con el presente artículo.

La adaptación prevista deberá contemplar la desconcentración gradual de los recursos materiales, humanos y de insumos y fármacos, hasta la redistribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad.

La implementación de este lineamiento no irá en detrimento de las personas internadas, las cuales deberán recibir una atención acorde a los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes.

ARTÍCULO 28. – Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTÍCULO 28.- Deberá entenderse que la expresión “hospitales generales” incluye tanto a los establecimientos públicos como privados.

Las adaptaciones necesarias para brindar una atención adecuada e integrada sean estructurales y/o funcionales de los hospitales generales a efectos de incluir la posibilidad de internación en salud mental es responsabilidad de cada jurisdicción. Aquellas deberán respetar las recomendaciones que la Autoridad de Aplicación realizará a tales fines.

A los efectos de contar con los recursos necesarios para poder efectuar internaciones de salud mental en hospitales generales del sector público, el MINISTERIO DE PLANIFICACION FEDERAL, INVERSION PUBLICA Y SERVICIOS y el MINISTERIO DE SALUD deberán contemplar en la construcción de nuevos hospitales, áreas destinadas específicamente a la atención de la salud mental, promoviendo que igual criterio adopten todas las jurisdicciones.

Asimismo, establecerán planes de apoyo para el reacondicionamiento o ampliación de los Hospitales Generales, con el mismo objetivo.

La Autoridad de Aplicación condicionará la participación de las jurisdicciones en programas que incluyan financiamiento, a la presentación de proyectos de creación de servicios de salud mental en los hospitales generales, con plazos determinados.

ARTÍCULO 29. – A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

ARTÍCULO 29.- Las autoridades de los establecimientos que presten atención en salud mental deberán entregar a todo el personal vinculado al área, copia del texto de la Ley y su Reglamentación.

Asimismo, los usuarios, familiares y allegados tendrán a su disposición un libro de quejas, al que tendrán acceso irrestricto tanto la Autoridad de Aplicación, el Organo de Revisión, el abogado defensor como la Autoridad Judicial.

La Autoridad de Aplicación promoverá espacios de capacitación sobre los contenidos de la Ley y de los instrumentos internacionales de referencia, dirigidos a todos los integrantes del equipo de salud mental.

Capítulo VIII

Derivaciones

ARTÍCULO 30. – Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o

de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

ARTÍCULO 30.- La conveniencia de derivación fuera del ámbito comunitario donde vive la persona deberá estar debidamente fundada por evaluación interdisciplinaria en los términos previstos en el artículo 16 y concordantes de la Ley. La comunicación al Juez y al Órgano de Revisión, cuando no exista consentimiento informado, deberá ser de carácter previo a la efectivización de la derivación.

Capítulo IX

Autoridad de Aplicación

144

ARTÍCULO 31. – El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTÍCULO 31.- El área a designar por la Autoridad de Aplicación a través de la cual desarrollará las políticas establecidas en la Ley no podrá ser inferior a Dirección Nacional.

El PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL deberá estar disponible para la consulta del conjunto de la ciudadanía y deberá contemplar mecanismos de monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas y objetivos. La Autoridad de Aplicación deberá elaborar un informe anual sobre la ejecución de dicho Plan Nacional el cual será publicado y remitido al Órgano de Revisión.

ARTÍCULO 32. – En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo

del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTÍCULO 32.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 33. – La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTÍCULO 33.- El MINISTERIO DE EDUCACION, a través de sus áreas competentes, prestará colaboración a la Autoridad de Aplicación a fin de efectuar las pertinentes recomendaciones dirigidas a las universidades para adecuar los planes de estudio de formación de los profesionales de las disciplinas involucradas con la salud mental.

Deberá ponerse de resalto la capacitación de los trabajadores en servicio del equipo interdisciplinario de salud mental, de atención primaria de la salud, y de todas las áreas que intervienen en orden a la intersectorialidad;

La Autoridad de Aplicación deberá promover la habilitación de espacios de capacitación de grado y posgrado, residencias, concurrencias y pasantías, dentro de los dispositivos comunitarios, sustituyendo progresivamente los espacios de formación existentes en instituciones monovalentes.

ARTÍCULO 34. – La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTÍCULO 34.- La SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y la Autoridad de

Aplicación conformarán una comisión permanente de trabajo en el plazo de TREINTA (30) días, a partir de la entrada en vigencia del presente Decreto.

Dicha Comisión trabajará en conjunto con las jurisdicciones provinciales y elevará al Secretario de Derechos Humanos y a la Autoridad de Aplicación las propuestas elaboradas para su aprobación, las que deberán garantizar el cumplimiento de todos los derechos establecidos en el artículo 7° y demás previsiones de la Ley N° 26.657.

La Comisión conformada dará asistencia técnica y seguimiento permanente para la implementación de los estándares elaborados.

Se deberá entender que los estándares se refieren a habilitación, supervisión, acreditación, certificación, monitoreo, auditoría, fiscalización y evaluación.

ARTÍCULO 35. – Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTÍCULO 35.- La Autoridad de Aplicación deberá considerar como requisito para el acceso a programas de asistencia en los términos del artículo 28 de la presente reglamentación, la participación y colaboración de las jurisdicciones en la recolección y envío de datos para la realización del censo.

El INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS (INDEC) prestará la colaboración que le sea requerida.

ARTÍCULO 36. – La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el de-

sarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTÍCULO 36.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 37. – La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

ARTÍCULO 37.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en conjunto con la Autoridad de Aplicación deberán controlar que se garantice la cobertura en salud mental de los afiliados a Obras Sociales. Para ello deberán adecuar la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO) o el instrumento que en el futuro lo remplace, a través de la incorporación de los dispositivos, insumos y prácticas en salud mental que se promueven en la Ley y los que la Autoridad de Aplicación disponga de acuerdo con el artículo 11 de la misma. Para acceder a dicha cobertura no será exigible certificación de discapacidad.

Se establecerán aranceles que promuevan la creación y desarrollo de tales dispositivos.

Deberán también excluirse de la cobertura las prestaciones contrarias a la Ley.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD deberá controlar que los agentes del seguro de salud identifiquen a aquellas personas que se encuentren con internaciones prolongadas y/o en instituciones monovalentes, y deberán establecer un proceso de externación y/o inclusión en dispositivos sustitutivos en plazos perentorios.

Las auditorías o fiscalizaciones sobre los prestadores, públicos y privados deberán controlar el cumplimiento de la Ley, incluyendo la utilización de evaluaciones interdisciplinarias.

Se promoverá que igual criterio adopten las obras sociales provinciales.

Capítulo X Órgano de Revisión

ARTÍCULO 38. – Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTÍCULO 38.- El Órgano de Revisión en el ámbito del MINISTERIO PÚBLICO DE LA DEFENSA actuará conforme las decisiones adoptadas por los integrantes individualizados en el artículo 39 de la Ley. Dictará su reglamento interno de funcionamiento, y establecerá los lineamientos políticos y estratégicos de su intervención en el marco de los objetivos y funciones asignadas por la Ley.

Deberá reunirse de forma periódica, en los plazos que determine su reglamento interno, y al menos una vez por mes.

Además, podrá constituirse en asamblea extraordinaria, a pedido de alguno de sus miembros cuando una cuestión urgente así lo requiera.

Podrá sesionar con el quórum mínimo de CUATRO (4) miembros. La toma de decisiones será por mayoría simple de los miembros presentes, salvo cuando se estipule en esta reglamentación, o a través del reglamento interno, un quórum diferente.

A los fines de dotar al Órgano de Revisión de la operatividad necesaria para cumplir de un modo más eficaz sus funciones, encomiéndase a la DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN la Presidencia, representación legal, y coordinación ejecutiva del Órgano Revisor, a través de la organización de una Secretaría Ejecutiva y de un equipo de apoyo técnico y otro administrativo.

La DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN, a través de su servicio administrativo financiero, se encargará de brindar el soporte necesario para la ejecución del presupuesto que se le asigne para el funcionamiento del Órgano de Revisión.

La Secretaría Ejecutiva, cuyo titular será designado por la DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN, deberá coordinar las reuniones de los integrantes del Órgano de Revisión, implementar las estrategias políticas, jurídicas e institucionales, participar sin voto de las reuniones, seguir los lineamientos acordados por los integrantes del Órgano, canalizar la colaboración necesaria entre los distintos

miembros, y adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el funcionamiento permanente del organismo, rindiendo cuentas de las acciones emprendidas.

La labor permanente de carácter operativo, técnico y administrativo del Órgano de Revisión, se sustentará mediante los equipos de apoyo enunciados precedentemente, cuyo personal será provisto por la DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN y coordinado por la Secretaría Ejecutiva.

En la conformación del equipo de apoyo técnico deberá respetarse el criterio interdisciplinario previsto en la Ley, y deberá asegurarse que el personal no posea conflictos de intereses respecto de las tareas encomendadas al Órgano de Revisión.

ARTÍCULO 39. – El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTÍCULO 39.- Los integrantes del Órgano de Revisión serán designados de la siguiente manera:

- a) UN (1) representante del MINISTERIO DE SALUD;*
- b) UN (1) representante de la SECRETARÍA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS.*
- c) UN (1) representante del MINISTERIO PÚBLICO DE LA DEFENSA;*
- d) UN (1) representante de asociaciones de usuarios y/o familiares del sistema de salud;*
- e) UN (1) representante de asociaciones de profesionales y otros trabajadores de la salud;*
- f) UN (1) representante de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.*

La DEFENSORÍA GENERAL DE LA NACIÓN a través de su titular o de quién éste designe deberá ejercer el voto en las reuniones a los efectos de desempatar, cuando resultare necesario.

Las entidades de perfil interdisciplinario y con experiencia de trabajo en la temática de salud mental y de derechos humanos, repre-

sentativas de las asociaciones y organizaciones mencionadas en los incisos d), e) y f), serán designadas por decisión fundada adoptada entre las jurisdicciones mencionadas en los incisos a), b) y c), a través de un procedimiento de selección que asegure transparencia.

Las entidades que sean designadas a tal efecto, integrarán el Órgano de Revisión por el término de DOS (2) años, al cabo del cual deberán elegirse nuevas organizaciones. Podrán ser reelegidas por UN (1) sólo período consecutivo, o nuevamente en el futuro, siempre con el intervalo de UN (1) período. El mismo criterio de alternancia se aplica a las personas que representen a las organizaciones, las que además no podrán tener vinculación de dependencia con las jurisdicciones mencionadas en los incisos a), b) y c).

En caso de renuncia o impedimento de alguna de las entidades designadas para participar del Órgano de Revisión, deberá reeditarse el procedimiento de selección para incorporar a una reemplazante, hasta la culminación del período.

Cada institución deberá designar UN (1) representante titular y UN (1) representante suplente, para el caso de ausencia del primero. La labor de todos los representantes tendrá carácter ad-honorem, sin perjuicio de las retribuciones salariales que cada uno pueda percibir de parte de las organizaciones a las que pertenecen.

El Órgano de Revisión podrá realizar convenios con entidades públicas o privadas, con competencia en la materia, para que brinden asesoramiento técnico a efectos de coadyuvar a su buen funcionamiento. También podrá convocar, a los mismos fines, a personalidades destacadas en la materia.

ARTÍCULO 40. – Son funciones del Órgano de Revisión:

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

b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;

c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;

d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;

e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;

f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;

g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;

h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;

i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;

j) 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;

k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;

l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

ARTÍCULO 40.- El Órgano de Revisión desarrollará las funciones enunciadas en el artículo 40 de la Ley Nº 26.657, así como todas aquellas que sean complementarias a efectos de proteger los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

El Órgano de Revisión podrá ejercer sus funciones de modo facultativo en todo el Territorio Nacional, en articulación con el Órgano de Revisión local, cuando considere la existencia de situaciones de urgencia y gravedad institucional.

En los casos particulares que estén bajo proceso judicial con competencia de la justicia federal, provincial o de la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, deberá intervenir el Órgano de Revisión local.

a) El Órgano de Revisión requerirá plazos expeditos para la recepción de los informes requeridos;

b) A los fines de lograr la supervisión de las condiciones de internación y tratamiento, el Órgano de Revisión podrá ingresar a cual-

quier tipo de establecimiento, público y privado, sin necesidad de autorización previa, y realizar inspecciones integrales con acceso irrestricto a todas las instalaciones, documentación, y personas internadas, con quienes podrá mantener entrevistas en forma privada;

c) El equipo interdisciplinario que evalúe las internaciones deberá estar conformado bajo el mismo criterio establecido en el artículo 16 y concordantes de la Ley.

d) Sin reglamentar;

e) Sin reglamentar;

f) El Órgano de Revisión podrá requerir la intervención judicial, así como de la defensa pública y de otros organismos de protección de derechos, ante situaciones irregulares que vayan en desmedro de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental;

g) Sin reglamentar;

h) Las recomendaciones deberán efectuarse a través de informes anuales sobre el estado de aplicación de la Ley en todo el país, que deberán ser de carácter público;

i) Sin reglamentar;

j) A los fines de promover la creación de órganos de revisión en las jurisdicciones, deberá fomentarse que en su integración se respete el criterio de intersectorialidad e interdisciplinariedad previsto en la ley para el Órgano de Revisión nacional, y podrán depender del ámbito que se considere más adecuado de acuerdo a la organización administrativa de cada jurisdicción, para garantizar autonomía de los servicios y dispositivos que serán objeto de supervisión. Se promoverá que, como mínimo, las funciones de los órganos de revisión locales sean las indicadas para el Órgano de Revisión nacional, en su ámbito.

k) Sin reglamentar;

l) A los fines de velar por el cumplimiento de los derechos fundamentales, se comprenderá la situación de toda persona sometida a algún proceso administrativo o judicial por cuestiones de salud mental, o donde se cuestione el ejercicio de la capacidad jurídica.

Capítulo XI

Convenios de cooperación con las provincias

ARTÍCULO 41. – El Estado nacional debe promover convenios con

las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;

b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;

c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

ARTÍCULO 41.- Sin reglamentar.

Capítulo XII

Disposiciones complementarias

ARTÍCULO 42. – Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTÍCULO 42.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 43. – Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTÍCULO 43.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 44. – Derógase la Ley 22.914.

ARTÍCULO 44.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 45. – La presente ley es de orden público.

ARTÍCULO 45.- Sin reglamentar.

ARTÍCULO 46. – Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

ARTÍCULO 46.- Sin reglamentar.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA.

A los efectos de poner en funcionamiento el Órgano de Revisión, el MINISTERIO DE SALUD, la SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, y el MINISTERIO PUBLICO DE LA DEFENSA, deberán coordinar y ejecutar las acciones necesarias para la designación de los representantes que lo conformarán, dentro del término de TREINTA (30) días hábiles desde la vigencia del presente decreto.

A los efectos de integrar el Órgano de Revisión, para su primer período de funcionamiento por DOS (2) años, los representantes designados por los TRES (3) organismos deberán elegir, por decisión fundada, a las entidades que representarán a las asociaciones y organizaciones mencionadas en los incisos d), e) y f) del artículo 39 de este Decreto.

Antes de la culminación del primer período de funcionamiento, los representantes de los TRES (3) organismos definirán, por decisión unánime, el procedimiento que se aplicará en adelante para la selección de las otras asociaciones y organizaciones, con los recaudos del artículo 39 de esta reglamentación.

El órgano de Revisión comenzará su actividad regular y perma-

nente luego de constituido íntegramente, con todos los representantes previstos en la ley.

En el ámbito de la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, el Órgano de Revisión local ejercerá las funciones señaladas en el artículo 40 de la Ley, aún si la justicia interviniente fuese nacional. Sin perjuicio de ello, en éste último supuesto, el Órgano de Revisión nacional podrá ejercer subsidiariamente dichas funciones.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

– REGISTRADA BAJO EL Nº 26.657 –

JULIO C. C. COBOS. – EDUARDO A. FELLNER. – Enrique Hidalgo. – Juan H. Estrada.

DECRETO 603/2013

Ley Nº 26.657. Apruébase reglamentación.

Bs. As., 28/5/2013

VISTO el Expediente Nº 1-2002-20706-11-4 del Registro del MINISTERIO DE SALUD y la Ley Nº 26.657, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley Nº 26.657 regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en la República Argentina.

Que en dicha ley prevalecen especialmente, entre otros derechos concordantes y preexistentes reconocidos por nuestra Constitución Nacional y Tratados Internacionales de rango Constitucional (conforme artículo 75, inciso 22 de nuestra Carta Magna), los derechos de toda persona a la mejor atención disponible en salud mental y adicciones, al trato digno, respetuoso y equitativo, propugnándose la responsabilidad indelegable del Estado en garantizar el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con modalidades de atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida restrictiva que sólo debe ser aplicada como último recurso terapéutico.

Que se destaca asimismo, que los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, instrumento internacional de máximo consenso en la materia, ha sido incluido como parte del texto de la Ley Nº 26.657.

Que la ley aludida, presta asimismo una especial consideración a la necesidad de adecuar las modalidades de abordaje al paradigma de los derechos humanos inserto en la normativa constitucional, y destacado en la Declaración de Caracas del año 1990 acordada por los países miembros de la ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)-ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

Que los términos de dicha ley, deberán entenderse siempre en el sentido de que debe velarse por la salud mental de toda la población, entendida la misma como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” en el marco de la vida en comunidad (artículo 3º de la Ley Nº26.657).

Que dicha definición se articula con la consagrada conceptualización de la salud desde la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados –Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100–).

Que mediante el Decreto Nº 457 de fecha 5 de abril de 2010, se creó la DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES en la esfera de la SECRETARIA DE DETERMINANTES DE LA SALUD Y RELACIONES SANITARIAS del MINISTERIO DE SALUD, con el objeto de desarrollar políticas, planes y programas coherentes con el espíritu y texto de la Ley Nº 26.657.

Que en tal sentido corresponde en esta instancia dictar las normas reglamentarias necesarias que permitan la inmediata puesta en funcionamiento de las previsiones contenidas en la Ley Nº 26.657.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención que le compete.

Que el presente se dicta en uso de las atribuciones emergentes del artículo 99, incisos 1) y 2) de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

LA PRESIDENTA DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1º – Apruébase la reglamentación de la Ley Nº 26.657 que como ANEXO I forma parte integrante del presente Decreto.

Art. 2º – Créase la COMISION NACIONAL INTERMINISTERIAL EN POLITICAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES en el ámbito de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, presidida por la Autoridad de Aplicación de la Ley citada e integrada por representantes de cada uno de los Ministerios mencionados en el artículo 36 de la Ley Nº 26.657.

Cada Ministerio afectará partidas presupuestarias propias para hacer frente a las acciones que le correspondan, según su competencia, y que se adopten en la presente Comisión.

La Comisión se reunirá como mínimo una vez al mes y realizará memorias o actas en las cuales se registren las decisiones adoptadas y los compromisos asumidos por cada Ministerio.

La Autoridad de Aplicación deberá promover la creación de ámbitos interministeriales de cada jurisdicción.

La Autoridad de Aplicación deberá convocar a organizaciones de la comunidad que tengan incumbencia en la temática, en particular de usuarios y familiares, y de trabajadores, para participar de un Consejo Consultivo de carácter honorario al que deberá convocar al menos trimestralmente, a fin de exponer las políticas que se llevan adelante y escuchar las propuestas que se formulen.

Art. 3º – El presente decreto entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 4º – Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. – FERNANDEZ DE KIRCHNER. – Juan M. Abal Medina. – Juan L. Manzur.

Publicado en el Boletín Oficial: Mayo 29 de 2013.