

Resolución SE N° 15/2014

Documento sobre muerte en Instituciones

Monovalentes de Salud Mental

21 de octubre de 2014



ÓRGANO DE REVISIÓN
LEY NACIONAL DE
SALUD MENTAL 26.657

PRÓLOGO

El Órgano de Revisión de Salud Mental: garantía de protección de derechos humanos

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657—sancionada por unanimidad el 25 de noviembre de 2010— vino a saldar una deuda largamente postergada en materia de salud mental y derechos humanos. La norma, que concibe a la salud mental como resultado de un proceso determinado por múltiples componentes (históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos) garantiza el pleno goce de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental e incluye un tipo de abordaje comunitario con eje en la reinserción social y en el tratamiento en dispositivos comunitarios de atención así como también su inclusión en hospitales generales. Además, concibe a los usuarios/as de los servicios de salud mental en tanto sujeto de derechos cuyo padecimiento no puede ser considerado como irre-



versible ni utilizado como presunción de riesgo de daño o incapacidad

Todo ello configura un cambio de paradigma que implica modificaciones estructurales en el sistema sanitario en general, en la medida en que, además, dispone la sustitución de los hospitales monovalentes por dispositivos de atención comunitaria, la prohibición de crear nuevas instituciones de estas características y la internación por motivos de salud mental en hospitales generales.

En este marco, la Ley 26.657 crea en su artículo 38 al **Órgano de Revisión Nacional (ORN) con el objetivo de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental en todo el territorio nacional**. Entre sus funciones se contemplan las de **monitoreo y promoción** de las instituciones públicas y privadas de salud mental, y la producción de **dictámenes, recomendaciones e informes** que permitan erradicar prácticas reñidas con el paradigma comunitario de atención en salud mental y desarrollar nuevas, con el fin de alcanzar los máximos estándares nacionales e internacionales.

Asimismo, el ORN promueve la creación de órganos de revisión locales en cada una de las jurisdicciones del país

y colabora para su conformación mediante instancias de intercambio y capacitación. También elabora recomendaciones a la Autoridad de Aplicación, incide en la adecuación de procesos de determinación de la Capacidad Jurídica al Código Civil y Comercial de la Nación.

La Secretaría Ejecutiva del ORN —mediante la cual la Defensoría General de la Nación (DGN) ejerce la presidencia, representación legal y coordinación ejecutiva del Órgano de Revisión— tiene entre sus funciones principales implementar las estrategias políticas, jurídicas e institucionales, presidir y coordinar las reuniones de plenario, y asegurar el funcionamiento permanente del organismo.

La Ley Nacional de Salud Mental, que cuenta con seis años de existencia, ha encontrado no pocos obstáculos para su implementación, a pesar de su plena vigencia. Sin embargo, también durante este período se ha avanzado en varios aspectos tendientes a su efectiva implementación.

Porque, a pesar de las resistencias, hacer cumplir los principios de esta ley es posible en la medida en que ella busca garantizar, ni más ni menos, que las personas con padecimiento mental reciban un tratamiento adecuado que no se contradiga con el respeto de sus derechos hu-

manos y que les permita llevar adelante, en la medida de lo posible, un tratamiento que posibilite el desarrollo personal en el ámbito comunitario.

Para ello, es necesario pensar los servicios desde una perspectiva de derechos y, desde allí, promover la transformación del sistema de salud que exige la Ley Nacional de Salud Mental cuya efectivización requiere una

política integrada desde diversos sectores, y el compromiso ineludible y continuo de todos los actores que conforma este complejo campo de intervención.

Dra. María Graciela Iglesias

Secretaria Ejecutiva del Órgano
de Revisión de Salud Mental

Presentación

Mediante resolución N°15/2014, la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental (ORN) aprobó el Documento de muerte en instituciones de salud mental, con el que se promueve la investigación de todas las muertes ocurridas en esos contextos y propone recomendaciones y pautas de acción dirigidas a los diversos operadores judiciales, administrativos y sanitarios.

Las personas con discapacidad se encuentran en una particular situación de vulnerabilidad y, por ello, son titulares de una protección especial, en razón de los deberes especiales que el Estado está obligado a cumplimentar para satisfacer las observaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos.

Con relación a la salvaguarda de la vida y la integridad



personal, la CorIDH ha señalado que las personas con discapacidad **que viven o son sometidas** a tratamientos institucionales, son particularmente vulnerables a la tortura u otras formas de trato cruel, inhumano o degradante. La vulnerabilidad intrínseca de las personas con discapacidades mentales, señala la Corte, es agravada por el alto grado de intimidación que caracteriza los tratamientos de las enfermedades psiquiátricas, que torna a esas personas más susceptibles a tratos abusivos cuando son sometidos a internación¹. Ello exige que se ejerza una estricta vigilancia sobre los entornos institucionales, ya sean públicos o privados, y el Estado además del deber de supervisarlos debe garantizar que en ellos “sea preservado el derecho de los pacientes de recibir un tratamiento digno, humano y profesional, y de ser protegidos contra explotación, el abuso y la degradación”².

En consecuencia, el ORN requiere a las instituciones públicas y privadas de salud mental que disponga la intervención de la Justicia y que las muertes sean comunicadas al ORN. Asimismo solicita a las instituciones la confección de un registro completo de las personas falle-

cidas. Por otra parte, recomienda a las autoridades y a los operadores judiciales que, al tomar conocimiento de una muerte de estas características, promuevan la intervención de los funcionarios judiciales competentes (jueces y representantes del Ministerio Público Fiscal) para iniciar la investigación judicial.

También, a los ministerios de salud de la Nación y provinciales que dispongan las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento de las recomendaciones incluidas en esta resolución.

A los jueces y fiscales competentes se les solicita, además, que se investigue en un plazo razonable y de la forma más completa las circunstancias del caso, y que consideren en la investigación los sistemas custodiales entre los potenciales determinantes de la muerte.

1 Cfr. Ximenes Lopes párr. 106

2 Cfr. Ximenes Lopes párr. 107 y 108

RESOLUCIÓN S.E. Nº 15/2014



Buenos Aires, 21 de octubre de 2014.

VISTO, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/13 del Registro del PEN; la Resolución DGN N° 797/13; y

CONSIDERANDO

Que mediante Resolución N° 797/13, del Registro de la Defensoría General de la Nación, quien suscribe ha sido designada como Secretaria Letrada a cargo de la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión, con todas las atribuciones que, en orden a su adecuado funcionamiento, fueron contempladas en la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto Reglamentario.

Que en el marco de las sesiones ordinarias del Órgano de Revisión la Secretaría Ejecutiva puso a consideración de los representantes un documento sobre supuestos de “Muertes en Instituciones Monovalentes de Salud Mental”.

Que el citado documento contiene un análisis pormenorizado del tema y concluye con una serie de recomen-

daciones y pautas de acción dirigidas a los diversos operadores judiciales, administrativos y sanitarios.

Que en la sesión del día 12 de mayo del corriente año, los representantes del Plenario consideraron el documento en cuestión, aportando sugerencias y procediendo asimismo a su aprobación.

Que, en consecuencia, corresponde protocolizar dicho texto a los fines de su adecuado registro y comunicación.

Que en virtud de las consideraciones que anteceden y de conformidad con las facultades conferidas por el artículo 40 de la Ley 26.657, el Decreto 603/13 y cdtes.,

LA SECRETARIA EJECUTIVA DEL ÓRGANO DE REVISIÓN DE LA NACIÓN

RESUELVE:

I. TENER POR APROBADO el Documento Sobre Muerte en Instituciones Monovalentes de Salud Mental, de conformidad con lo acordado por el Plenario del Órgano de Revisión en la sesión de fecha 12 de Mayo de 2014 y

cuyo texto -obrante como Anexo - forma parte integral de la presente resolución.

II. COMUNICAR lo resuelto a los representantes ante el Órgano de Revisión y a las autoridades correspondientes a los fines de su conocimiento.

Protocolícese, comuníquese y oportunamente archívese.

ANEXO RESOLUCIÓN SE Nº15/2014

DOCUMENTO SOBRE MUERTES EN INSTITUCIONES MONOVALENTES DE SALUD MENTAL

Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión

“No es muda la muerte”

Alejandra Pizarnik

I. INTRODUCCIÓN

El contexto de encierro en el ámbito de la salud mental ha sido y es cuestionado y considerado perjudicial para el cuidado y la promoción de las áreas física, psíquica y social de las personas con padecimiento mental.

La institucionalización de las mismas en hospitales psiquiátricos, colonias y equivalentes ha producido fenómenos de hospitalismo y deterioro de las funciones psíquicas, pero también produjo el aislamiento y la desvinculación con la comunidad de las personas internadas de larga data, con el consiguiente perjuicio a su socialización e inclusión social.

En cuanto a la situación física de las personas institucionalizadas, mucho es lo que se ha consignado acerca de la apropiación del cuerpo como parte de los mecanismos de vigilancia y control social. En el mismo sentido existen vastos desarrollos sobre la desestimación y cosificación del cuerpo entendido como un objeto.

La noción de “*homo sacer*” propuesta por Giorgio Agamben³ o la de “*residuo humano*” planteada por Zigmunt Bauman⁴ alertan sobre aquellas situaciones en las que el instituir el descuido hace que algunas vidas humanas sean socialmente despojadas de su dignidad, llegando incluso a ser prescindibles.⁵

La internación prolongada innecesariamente, el aislamiento, la aplicación de medidas de sujeción sin un acompañamiento activo de cuidado permanente, la aplicación de corriente eléctrica, la sobremedicación, entre

otras prácticas restrictivas y/o invasivas, son métodos que frecuentemente se naturalizan en contextos de encierro. En el ámbito de la salud mental están más cerca de constituir medidas de control y disciplinamiento que prácticas reconocidas por su eficacia terapéutica basadas en la evidencia, que al tiempo de atentar contra la dignidad de las personas, su autoestima y afectividad, pueden afectar su integridad física e inclusive llegar a producir la muerte.

Si bien existe abundante bibliografía actual sobre las situaciones de muerte producidas en contextos de encierro⁶, en su gran mayoría se refieren al ámbito carcelario. Sin embargo, en los hospitales psiquiátricos y otras estructuras monovalentes se mantienen las mismas lógicas de encierro y aislamiento, que caracteriza a las instituciones totales.

3 Agamben, G. (2000) *Homo sacer*. El poder soberano y la nuda vida. Pre Textos, Valencia.

4 Bauman, Z. (2005) *Vidas desperdiciadas*. Paidós Ibérica.

5 La idea de *homo sacer* justamente hace referencia a aquellas vidas que son eliminables, es decir, que la ocurrencia de algunas muertes no genere ningún tipo de consecuencias en términos jurídicos.

6 Entre otras publicaciones pueden consultarse: OMS, *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*, Ginebra, 2006; y CELS, *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2013, Siglo Veintiuno Editores, Bs. As., 2013. Puede consultarse al respecto también la jurisprudencia internacional sobre muertes de personas con padecimiento mental ocurridas en situación de encierro (ver casos “Congo vs. Ecuador” o “Ximenes López vs. Brasil”).*

A partir de convenciones y documentos internacionales que advierten sobre las violaciones de derechos humanos de las personas en contextos de encierro, así como a partir de la implementación de procesos de reforma de los sistemas de salud mental con eje en políticas de desinstitucionalización y organización de servicios sustitutivos al hospital psiquiátrico, se destaca y adquiere visibilidad una problemática que ha permanecido impune en el pasado y aún nos alcanza en la actualidad.

En efecto, el surgimiento de modelos de atención comunitaria en salud mental ha promovido servicios y prácticas basadas en los derechos, siendo uno de los principales cuestionamientos a la existencia del hospital psiquiátrico —y motor principal de su sustitución— la vulneración de los mismos, comenzando por considerar el derecho a que las personas con padecimiento mental *“reciban atención integral y humanizada y se asegure la recuperación y preservación de su salud”* (art. 7 inciso a), Ley 26.657).

En este sentido, es imprescindible el registro cese inmediato e investigación de toda situación de abuso a la integridad física de las personas internadas, así como toda muerte ocurrida en un contexto de encierro, como

en este caso, en instituciones totales de salud mental.

A partir de las consideraciones previas, se aportarán reflexiones y referencias sobre defunciones ocurridas en instituciones totales del ámbito de la salud mental.

Si bien la noción de institución total fue propuesta inicialmente por Erving Goffman en la década del 70, consideramos que sigue siendo útil para dar cuenta de las lógicas imperantes en instituciones como las asilares manicomiales, en las cuales la subjetividad de las personas en ellas alojadas es moldeada a partir del peso que el control disciplinario social ejerce sobre ellas.

Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente⁷.

En cuanto a los tipos existentes de instituciones totales, como se observa en la definición propuesta precedentemente, seleccionamos a los fines de este documen-

⁷ Erving Goffman, “Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales” Bs. As., Amorrortu Editores, 1972, pág. 13.

to solo a aquellos que están directamente relacionados con el campo de la salud mental, que incluyen al primer y segundo tipo de instituciones propuestas por el autor mencionado⁸. Cabe aclarar que en la actualidad, este

8 ERVING GOFFMAN *Op. Cit.*, Pág 17 y 18. “Las instituciones totales de nuestra sociedad pueden clasificarse, a grandes rasgos, en cinco grupos. En primer término hay instituciones erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas: son los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes. En un segundo grupo están las erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad; son los hospitales de enfermos infecciosos, los hospitales psiquiátricos y los leprosarios. Un tercer tipo de institución total, organizado para proteger a la comunidad contra quienes constituyen intencionalmente un peligro para ella, no se propone como finalidad inmediata el bienestar de los reclusos: pertenecen a este tipo las cárceles, los presidios, los campos de trabajo y de concentración. Corresponden a un cuarto grupo ciertas instituciones deliberadamente destinadas al mejor cumplimiento de una tarea de carácter laboral, y que solo se justifican por estos fundamentos instrumentales: los cuarteles, los barcos, las escuelas de internos, los campos de trabajo, diversos tipos de colonias, y las mansiones señoriales desde el punto de vista de los que viven en las dependencias de servicio. Finalmente, hay establecimientos concebidos como refugios del mundo, aunque con frecuencia sirven también para la formación de religiosos: entre ellos las adías, monasterios,

tipo de instituciones totales abarca entre otros efectores a instituciones monovalentes para la atención de padecimientos mentales, a las comunidades terapéuticas para el tratamiento de las adicciones, a los geriátricos, a los hogares para niños, niñas y adolescentes y a las personas con padecimiento mental en ámbito carcelario, así como todo otro ámbito de institucionalización de personas con padecimiento mental.

II. LA CAUSA REAL DE LA MUERTE EN CONTEXTOS DE ENCIERRO. ¿UN MISTERIO?

Existen distintas clasificaciones de las muertes en contextos de encierro.

Si bien exceden los límites de este documento preliminar, entre las principales clasificaciones de las muertes, algunas, como la utilizada por el Sistema Penitenciario Bonaerense, distinguen entre aquellas traumáticas y no traumáticas, siendo las primeras consecuencias de suicidios, accidentes y agresiones; y las segundas muertes naturales o por enfermedades⁹.

conventos y otros claustros”.

9 Cabe señalar que la experiencia indica que existen numerosas

Otra de las clasificaciones relevadas distingue las “muertes violentas” de las “no violentas”. Las primeras causadas por quemaduras, accidentes violentos, suicidios dudosos, homicidios y suicidios y las segundas producidas en casos de enfermedades agravadas por falta de atención médica (CELS; op. cit.: 284).

En el contexto de las llamadas autopsias psicológicas¹⁰, para aclarar las causas de las muertes dudosas se

muertes cuyos motivos quedan encubiertos por el uso técnico de algunas definiciones, siendo necesario advertir que muchos casos son causados por formas de tortura o malos tratos que no siempre son visibles. En este sentido el Protocolo de Estambul advierte sobre distintas formas con las cuales las personas pueden ser golpeadas en las plantas de los pies, o bien algunas de las distintas modalidades de suspensión reconocible (cruzada, de carnicería, carnicería inversa, palestina, percha de loro) con los consecuentes daños ocasionados. (OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, “*PROTOCOLO DE ESTAMBUL. MANUAL PARA LA INVESTIGACIÓN Y DOCUMENTACIÓN EFICACES DE LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES.*” NUEVA YORK Y GINEBRA, AÑO 2001).

10 “(...) un proceso de recolección de datos que permite reconstruir el perfil psicológico de una persona y su estado mental antes del deceso por causa dudosa (suicidio, homicidio, muerte accidental o natural)” (Acevedo, Nuñez y Pinzon, 1999).

clasifican las maneras del deceso como: a) muerte natural, b) accidental, c) suicidio, d) homicidio. Este sistema es conocido con la sigla NASH (Ebert, 1991).

En un Informe recientemente publicado por el CELS, se realiza una crítica a la idea de “muertes naturales” usualmente empleada para hacer referencia a las defunciones en estas instituciones.

La clasificación de las muertes requiere un análisis específico que aún es necesario profundizar. En el plano discursivo, aún nos encontramos con funcionarios que refieren a la idea de “muerte natural” (cuando no se trata de muertes por hechos de violencia física). Sin embargo, esta expresión encubre las muertes por enfermedades totalmente evitables. En muchos de esos casos, se trata de personas jóvenes que mueren por la combinación de condiciones de detención insalubres y falta de atención médica (CELS; op. cit.: 283-284).

En una reciente visita realizada por el equipo técnico de la Secretaría Ejecutiva de este Órgano de Revisión a una clínica privada de internación psiquiátrica situada en el conurbano bonaerense, de alrededor de 80 plazas, se constató la existencia de dos celdas de aislamiento en

una de las cuales se encontró a una persona de alrededor de 60 años que habitaba en dicho lugar desde hacía dos días. Según sus propias referencias había sido contenido mecánicamente a la cama, golpeado, quejándose que llevaba tres días sin bañarse, angustiado y manifestando tener patología cardíaca. Se constató que había un balde en la habitación (que no contaba con ningún otro mobiliario más que la cama atornillada al piso) en el cual realizó sus necesidades fisiológicas.

Si bien se pudo intervenir ante esta situación a través del cese de la medida de aislamiento, frente a la eventual muerte de esta persona por consecuencia de los malos tratos recibidos, probablemente la *“causa de muerte”* informada oficialmente hubiera sido *“por patología cardíaca”*. Sin embargo no se ha considerado el sufrimiento mental causado por abusos y malos tratos como el desencadenante que podría constituir la verdadera motivación de la muerte.

Una muerte evitable que va a la cuenta de las tantas que han sido naturalizadas por el dispositivo de encierro.

Se introdujo esta situación de ejemplo para resaltar que, mientras persistan los dispositivos de encierro para

el tratamiento de los trastornos mentales, toda muerte ocurrida en personas internadas debe investigarse considerando una muerte dudosa, hasta establecer causas y motivaciones de la misma. Por otra parte, el ejemplo permite significar que si bien en este caso la causa médica pudiera ser referida a la patología cardíaca y consignarse así como muerte natural, en realidad es una muerte traumática desde la perspectiva emocional y de la salud integral.

En efecto, los códigos propios de una institución total, las más de las veces invisibiliza los verdaderos motivos de la enfermedad o la muerte —los que llevan a producir la causa médica— y que en muchas ocasiones se vinculan con las condiciones de vida desfavorables de las personas en contexto de encierro.

Reviste, por lo tanto, una máxima importancia tomar en cuenta los desencadenantes, predisponentes y factores de riesgo para la integridad de la personas institucionalizadas.

En este sentido, no considerar factores que en la actualidad resultan decisivos para la promoción, conservación e integridad de las personas hace imposible aproxi-

marse a los motivos por los cuales se resiente su salud y hasta la vida.

Es por esto que es imprescindible tomar en cuenta los *Determinantes de la Salud* entendidos como:

(...) aquellos factores que mejoran o amenazan el estado de salud de un individuo o una comunidad. Estos pueden ser asuntos de opción individual tales como fumar o no fumar, o pueden estar relacionados con características sociales, económicas y ambientales, más allá del control de los individuos. Los ejemplos incluyen la clase social de la persona, el género, etnicidad, acceso a la educación, calidad de la vivienda y presencia de relaciones de apoyo; y en la comunidad incluyen el nivel de participación social y cívica, la disponibilidad de trabajo, calidad del aire y diseño de las construcciones (OMS1, 2004).

Estos factores que amenazan o protegen la salud son llamados Factores de Riesgo y Factores Protectores y ejercen una influencia causal sobre la salud. Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. (OMS2, 2004)

Es indudable que los determinantes de la salud de las personas con padecimiento mental institucionalizadas en contextos de encierro no son favorables, dado el incremento de factores de riesgo para su salud física y mental a la que se ven sometidas (aislamiento y enajenamiento, nutrición deficiente, pobreza, ausencia de apoyo socio-familiar y redes comunitarias, falta de acceso a la educación, el transporte y la vivienda, circunstancias sociales deficientes, falta de acceso a otros niveles de intercambio significativo, injusticia y discriminación, violencia, desempleo, exclusión social, ausencia de participación cívica, de acceso económico y de servicios sociales, migración a áreas urbanas, desarraigo, acceso a drogas y alcohol, falta de cuidados y estimulación física, entre otros) por sobre los factores protectores con los que cuentan.

La concepción de la salud como una integralidad es básica y no puede quedar en un plano discursivo. Factores sociales, físicos, ambientales, culturales, espirituales y emocionales interactúan en forma compleja para la construcción del bienestar humano. Esta interacción es quebrantada perjudicialmente en los contextos de encierro, ya que es habitual que alguno de estos planos se vea afectado y repercuta necesariamente en los otros,

impactando negativamente en la subjetividad, sin la posibilidad de optar por alternativas propias y en intercambio con otros significativos.

En resumen, las personas que están más aisladas socialmente y las personas que están en desventaja tienen mayores problemas de salud que las otras (House, Landis & Umberson, 1988).

III. ALGUNAS REFERENCIAS SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS MUERTES EN ARGENTINA

se ve afectado por el espectáculo deprimente de un hospital al que todos consideran como “el templo de la muerte. Historia de la locura en la época clásica III Michel Foucault

Existen en Argentina numerosas muertes que ocurren en hospitales monovalentes. Diversos organismos se han ocupado en este último tiempo de investigar y dimensionar esta problemática. Por mencionar un ejemplo, entre 2009 y 2010 hubo 46 muertes en el Hospital José T. Borda, que se detectaron por un allanamiento realizado por la Procuraduría contra la violencia institucional (PROCU-

VIN) junto al CELS, en el marco de la investigación por la muerte de Matías Carbonell¹¹. Este dato indicaría que anualmente muere en promedio casi el 3% de la población internada en dicho efector.

Parte de la lógica total es el desequilibrio de poder entre los profesionales y las personas internadas lo cual instala una relación de abuso que recae en el cuerpo de las personas con padecimiento mental convirtiéndolas en víctimas.

(...) la relación víctima-victimario desde el punto de vista institucional la muestran claramente los grandes manicomios en nuestro país, por ejemplo en el Hospital Montes de Oca hay 1200 internados, casi todos marginados.¹²

Según el Informe del CELS¹³, en Argentina existen numerosas muertes que no son investigadas.

11 Diario La Razón: http://www.larazon.com.ar/ciudad/Investigan-muertes-Hospital-Borda_0_515100068.html (bajada el 14/04/14).

Diario Página 12: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-233544-2013-11-14.html> (bajada el 14/04/14).

12 Amico, Lucía del Carmen, Revista Margen nº 35, 2004.

13 CELS, *Vidas arrasadas*, Buenos Aires, MDRI, 2007; pag. 14.

En el Hospital Diego Alcorta, un hospital psiquiátrico ubicado en la provincia de Santiago del Estero, entre el 2000 y 2003, tres personas encerradas en celdas de aislamiento murieron incendiadas en diferentes circunstancias, y una cuarta murió por causas desconocidas también mientras permanecía en una celda de aislamiento. En el Hospital Interzonal Psiquiátrico Colonia Dr. Domingo Cabred (Hospital Cabred), en la provincia de Buenos Aires, tres personas fueron halladas muertas dentro y en los alrededores del nosocomio durante los primeros seis meses de 2005. El primero de los cuerpos fue hallado en el bosque, el segundo en un campo y el tercero en un depósito abandonado en las instalaciones del hospital. Las autoridades determinaron que el tercer individuo había muerto entre cinco y diez días antes del descubrimiento del cadáver. También en el Hospital Cabred, hasta el año 2006, se venían produciendo aproximadamente 70 muertes por año, de una población de 1200 hombres. La proporción de muertes era cuatro veces más alta durante los meses de invierno que durante el verano. Las autoridades atribuyeron estas muertes a la supuesta “edad avanzada” de las personas internadas y no ofrecieron explicación alguna por el aumento estacional de los decesos.

De acuerdo a diversas investigaciones periodísticas, las instituciones psiquiátricas monovalentes públicas y privadas de la Argentina, habrían sido históricamente objeto de numerosas denuncias de muerte de las personas institucionalizadas. Cabe recordar que solamente en julio de 1999 se habrían registrado 15 muertes en el Hospital Braulio Moyano, 4 de las cuales por lo menos se habrían producido “(...) por desnutrición, infecciones generalizadas o enfermedades físicas”. Muertes que se suman a la grave denuncia realizada en junio de 1990 por el fallecimiento de “(...) 32 pacientes por inanición¹⁴”. A estos datos se agregan las denuncias publicadas por distintos medios periodísticos sobre “suicidios”¹⁵ ocurridos en 2002 y sobre “abusos y muertes”¹⁶ en el año 2011, situaciones todas ocurridas en el mismo establecimiento.

Actualmente, esta Secretaría Ejecutiva está receptando denuncias por muertes en contextos de encierro.

14 Diario Página 12: <http://www.pagina12.com.ar/1999/99-08/99-08-23/pag11.htm>. Bajado el 8/3/2014.

15 Diario Noticias Urbanas: <http://www.noticiasurbanas.com.ar/noticias/cdbf8dc758a04aec40852fd4cc290aed/> Bajado el 7/3/2014.

16 Diario Perfil: <http://www.pagina12.com.ar/1999/99-08/99-08-23/pag11.htm>. Bajado el 8/3/2014.

En visitas a instituciones monitoreadas, se han detectado métodos de intervención coercitivos con las personas institucionalizadas y que podrían ser un factor de riesgo para su salud y su vida, por ejemplo: sobremedicación, aislamiento, sujeción física sin el debido acompañamiento, indicaciones de electroshock a pesar de observar la existencia de otros recursos menos restrictivos.

También se han registrado suicidios, golpizas, denuncias de violaciones y abusos sexuales, entre otros tratos denigrantes y que podrían comprometer la integridad y la vida.

IV. LAS INSTITUCIONES TOTALES DE SALUD MENTAL Y LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD

Algunos de los principales motivos que históricamente justificaron la internación de personas con padecimiento mental en instituciones psiquiátricas monovalentes, fueron aquellos que se invocaban como una forma de asegurar sus condiciones de vida y tratamiento y evitar situaciones de inseguridad para la propia persona y su entorno. En otras palabras y en términos de un paradigma asistencialista y tutelar “para evitar la peligrosidad para sí y para terceros”.

Con las nuevas normativas de salud mental a nivel nacional, estos términos se transforman y superan bajo las denominaciones de *riesgo cierto e inminente*, terminología que responde a nuevas concepciones vinculadas a nuevas percepciones y representaciones de la persona con padecimiento mental y de la problemática mental en sí misma.

Sin embargo, estas nuevas consideraciones no alcanzan para proteger a las personas internadas de un destino incierto, en términos de las situaciones de inseguridad que amenazan su integridad.

La seguridad para sí y para terceros —invocada como función principal y razón de ser— en las instituciones de encierro de salud mental, es permanentemente desafiada y quebrantada por la constante violencia que se ejerce sobre las personas supuestas destinatarias de un máximo cuidado.

Sin mencionar ya los tratos crueles, indignos, y aquellos referidos como métodos restrictivos naturalizados en el encierro, basta verificar e historizar algunas condiciones de vida de las personas internadas que han tomado estado público y que resienten la integridad humana. Hay vastos ejemplos demostrativos sobre la ausencia de

mínimas condiciones favorables para garantizar la vida de las personas, constituyendo verdaderos factores de riesgo para la salud.

Basta recordar la ausencia de gas en invierno que hace poco tiempo se produjo en un hospital psiquiátrico de la CABA, así como la irrupción de fuerzas de seguridad con disparos impactados en varias personas internadas (Hospital José T. Borda) y el desarrollo de un incendio en el predio del hospital.

En otro sentido, las situaciones de conflicto gremial y laboral que incluyen manifestaciones llevadas a cabo en los hospitales monovalentes que, si bien para los trabajadores es el propio lugar de trabajo, para los usuarios internados es su espacio de rehabilitación y en muchos casos su hogar, constituye un acto más de violación de la intimidad, la privacidad y la libertad de los que allí residen, y deben aceptar actos que son un derecho para unos y, a su vez, una vulneración para las personas con padecimiento mental internadas.

La cotidiana violencia, abusos y maltrato que recae sobre las personas institucionalizadas, denunciada por el propio colectivo de usuarios y familiares, por trabaja-

dores de la salud de las instituciones imputadas por diversos organismos nacionales e internacionales y otros agentes externos, las presentaciones a la justicia sobre el tema y en la actualidad también ante este órgano de revisión, reflejan las condiciones inadecuadas y lesivas en que viven las personas en el contexto de encierro y que sin duda comprometen su seguridad, su integridad y hasta su vida.

La falta de garantías de los derechos humanos de las mismas, alcanzan el derecho a la salud y a la vida, de tal forma de ser testigos de muertes prematuras vinculadas a las ya mencionadas condiciones de vida desfavorables, así como de muertes evitables.

V. ALGUNAS INTERVENCIONES SUGERIDAS FRENTE A CASOS DE MUERTE EN INSTITUCIONES TOTALES:

Se considera necesario evaluar:

- A. Factores Institucionales.
- B. Factores Individuales.
- C. Factores Socio-familiares.

A) Monitoreo de la institución en la que se produjo el/los decesos. Condiciones estructurales, condiciones de tratamiento, modalidad de abordaje. (Se toma como referencia los procedimientos de monitoreo de la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión).

B) Antecedentes personales de la persona fallecida (físicos, psíquicos, sociales). En la bibliografía consultada, uno de los procedimientos propuestos frente a situaciones de muerte en condiciones de encierro es la autopsia psiquiátrica o psicológica, definida como:

La Autopsia psicológica es entendida como

(...) la exploración retrospectiva e indirecta de la vida de una persona ya fallecida, se evalúa después de la muerte, cómo era la víctima en vida, su conducta, su estado mental, tras una reconstrucción social, psicológica, psiquiátrica y biológica postmortem. Comienza en la escena de los hechos, ya que para el psicólogo/psiquiatra forense, en la escena de la muerte se encuentran elementos que deben estudiarse. Queda evidente que esta es una labor interdisciplinaria.¹⁷

17 Vidal Palmer, L. Pérez González, E. y Borges González, S (2005) "La autopsia psicológica: una mirada desde la perspectiva cuba-

Existen protocolos para la realización de análisis retrospectivos que tienden a determinar si se ha cumplido con las normas convencionales según estándares definidos.

A continuación, se incluye una descripción de la autopsia psicológica.

En sí, la autopsia psicológica es la exploración psicobiográfica de las conductas y de la vida anímica de la persona, encaminada a esclarecer las causas de su muerte. Se realiza a través de una serie de investigaciones retrospectivas, indirectas y *posmortem*.

Principio básico de la autopsia psicológica

La víctima deja "evidencia psicológica" en la escena de la muerte, en los espacios que habitó y en sus obras. Por medio de esta técnica, se buscan las huellas psicológicas que el psiquismo y la conducta de una persona han dejado en vida, pudiendo describir y comprender el perfil probable de personalidad de un fallecido, detectar factores de riesgo suicida o descartarlos, evaluar el estado mental al momento de la muerte,

na" en *Rev. Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 2005; 2 (3).

establecer áreas de conflicto y de crisis, establecer el modelo vincular.

En la autopsia psicológica, se hace necesario revisar el posible vínculo entre el probable victimario y la supuesta víctima, pues de ello depende el lograr un eficiente y adecuado diagnóstico del hecho que se investiga, así como del perfil que se logra obtener de la persona fallecida.

Burgos (2006), afirma que la autopsia psicológica tiene conferida como función principal ayudar a esclarecer muertes dudosas ya sea en suicidio, homicidios o accidentes.

Para comprender al victimario

Evitar pensar como uno mismo, con sus propios gustos, necesidades, deseos y moralidad. Aceptar que cualquier sentimiento o comportamiento puede ser disfrutado o erotizado.

Para comprender a la víctima

¿Por qué quería morir?

¿Quién quería hacerle daño?

¿Cómo murió?

¿Qué estilo de vida la mató?

La autopsia psicológica persigue cuatro objetivos principales:

1. Determinar el modo de muerte (homicidio, suicidio, accidente, muerte natural) No la causa, ni la manera.
2. Prevenir suicidios.
3. Establecer el periodo psicológico y comportamental del tiempo de muerte.
4. Ofrecer apoyo terapéutico para los familiares y amigos del occiso.

Para el óptimo desarrollo de este procedimiento es importante que los profesionales de los campos de la psicología, medicina, psiquiatría y derecho se unan para identificar las causas y consecuencias de las muertes dudosas.

Procedimiento para realizar la autopsia psicológica

1. Entrevistar a los que conocían al occiso.
2. Revisión del expediente policial y medicina legal.
3. Consultar a investigadores policiales.
4. Revisar el lugar de habitación y objetos personales del occiso.
5. Evaluar el estilo de vida, los factores de riesgo suicida, heteroagresivo o accidental.
6. Analizar notas y apuntes de la víctima.
7. Realizar entrevistas a los amigos, compañeros de trabajo y familiares.
8. Investigar los eventos precedentes a la muerte.
9. Revisar la historia psicológica de la víctima y su historia de vida.
10. Entrevistar a alguien que haya estado en contacto en los últimos días con la víctima.

Sugerencias para una autopsia psicológica precisa

- Pasar mucho tiempo en el ambiente personal y con los objetos de la víctima.
- Desplazarse como acostumbraba la víctima.
- Recrear las últimas 24 horas en la vida del occiso.
- Datos sociodemográficos.
- Antecedentes patológicos personales y familiares (toxicológicos).
- Estado mental (sensopercepción, conciencia, memoria, orientación)
- Relación consigo, con los demás y con las cosas, con el autor de su muerte.
- Conducta, alimentación, sexualidad, sueño, actividad, lenguaje
- Psicopatología.
- Conflictos (personales, familiares, económicos, antecedentes judiciales, duelos).
- Rasgos de personalidad, intereses.
- Señales de suicidio.

- Preferentemente se debe realizar luego de los 6 meses de producido el fallecimiento, por el proceso de duelo que afecta a los allegados, pero antes del año y medio, para que los datos obtenidos no estén distorsionados.

Este procedimiento ha sido presentado por hallarse disponible y considerarlo un instrumento agregado en la investigación de las muertes en contexto de encierro de instituciones de salud mental. Sin embargo, se considera perfectible y se propone la construcción de un procedimiento que responda a la realidad sociocultural del país y a los avances que en materia jurídica y sanitaria se disponga.

c) Antecedentes socio-familiares Es importante la recolección de datos e información de las personas allegadas y de los referentes vinculares de la persona fallecida. El trabajo con los mismos debe tener un carácter solidario, basado en la comprensión de la pérdida que han sufrido.

También es necesario contactar a asociaciones de usuarios y familiares que, al tiempo de poder prestar un apoyo y acompañamiento solidario puedan orientar, informar y ayudar en el asesoramiento sobre aspectos

jurídicos y sanitarios que favorezcan la mejor resolución de la situación, en términos de dilucidar la causa de muerte y reparación a través de la justicia y el apoyo psicosocial correspondiente.

VI. LA POSICIÓN ESPECIAL DE GARANTE DEL ESTADO Y EL DEBER DE INVESTIGAR

Lo expuesto precedentemente impone establecer que las condiciones de encierro implican por sí una causa eficiente para que se identifique toda muerte, que se produzca en un contexto de encierro. Esto así pues los derechos comprometidos en ocasión de una internación por causa de salud mental impone un agravamiento en las condiciones de la persona que se encuentra atrapada en un entramado que condiciona y vulnera derechos fundamentales. La Convención Americana de Derechos Humanos de 1969 establece en su artículo 1º que los Estados Parte deben garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos protegidos a “(...) toda persona sujeta a su jurisdicción (...)”. “Las personas que se encuentran bajo custodia en una institución penitenciaria, tal como el Centro de Rehabilitación de Machala, se hallan bajo la jurisdicción directa del Estado, el cual tiene la carga de garantizar la integridad física, psíquica y moral de los

detenidos”¹⁸

Asimilar la custodia en cárcel al deber de cuidado y vigilancia en la internación, implica el reconocimiento de la intersección común de quienes se encuentran alojados en las instituciones de internación neuropsiquiátrica, contando con una característica que suma mayor responsabilidad por la pertenencia a un sector de la población que no se le reconocen las garantías de las que son titulares. La internación involuntaria por razones de salud mental, constituye uno de los supuestos de privación de la libertad ambulatoria, conforme lo establecido en los estándares internacionales de derechos humanos (conf. Principio I de los “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas, Corte Interamericana de Derechos Humanos. “Ximenes Lopes vs: Brasil”. Sent. 4 de julio de 2006, párr. 106; y receptados por la Corte Suprema de Justicia de la Nación CSJN: caso “RMJ s/ Insania” sent.19-02-2008; La Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el Principio I de los “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad

18 Corte Interamericana de Derechos Humanos, INFORME N° 63/99 CASO 11.427 VÍCTOR ROSARIO CONGO ECUADOR 13 de abril de 1999

en las Américas” establece que: “(e)n particular, y tomando en cuenta la posición especial de garante de los Estados frente a las personas privadas de libertad, se les respetará y garantizará su vida e integridad personal, y se asegurarán condiciones mínimas que sean compatibles con su dignidad. (conf. Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos receptada por la Corte Suprema”).¹⁹

El Estado, en su carácter de responsable de los establecimientos donde se implementan medidas privativas de la libertad —ya sean éstos unidades penitenciarias, comisarías, instituciones que alberguen a niños o adolescentes en conflicto con la ley penal, institutos Neuropsiquiátricos, o cualquier otro en donde se encuentren personas restringidas en su libertad, a disposición de autoridades competentes—, se constituye en garante

19 Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso “Instituto de Reeducción del Menor v. Paraguay”. Sent. 2 de septiembre de 2004, párrs. 151y 152; Cfr. Caso “Bulacio v Argentina”. Sent. 18 de septiembre de 2003, párrs. 126 y138; Caso de la cárcel de Urso Branco. Medidas Provisionales. res. 18 de junio de 2002, considerando sexto y octavo; Asunto de los Niños y Adolescentes Privados de Libertad en el “Complexo do Tatuapé” de FEBEM. Medidas Provisionales. res. 3 de julio de 2007, considerando sexto.

de los derechos de las personas allí alojadas. La forma en que se trata a una persona restringida en su libertad ambulatoria debe estar sujeta al escrutinio más estricto, tomado en cuenta la especial vulnerabilidad de aquel²⁰.

La observancia eficaz de la vigencia de los Derechos Humanos en estos casos requiere que toda afectación a la integridad psicofísica y los fallecimientos sean sometidos a una investigación llevada a cabo con la debida diligencia.

De este modo, “cuando un individuo alega haber sido lesionado o maltratado estando en custodia, el Estado está obligado a proveer una explicación completa y suficiente de cómo fueron causadas las lesiones²¹”. La condición especial de garante acarrea como correlato la presunción de responsabilidad del Estado, precisamente porque las personas privadas de libertad están bajo el completo control del Estado. Así “debe asumir su posición especial de garante con mayor cuidado y

20 Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso “Bulacio v. Argentina”. Sent. 18 de septiembre de 2003, párr.126. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Caso 11.280 “Bayarri c. Argentina” 16 de julio de 2007. Párr. 55.

21 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Caso 11.280 “Bayarri c. Argentina” 16 de julio de 2007. Párr. 81.

responsabilidad y tomar medidas especiales”²².

El principio “*pro debilis*”, está íntimamente relacionada con la el carácter inalienable e irrenunciable de los derechos humanos que en las situaciones descritas atentan contra el principio de integridad²³ de las per-

22 Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso “Instituto de Reeducción del Menor v. Paraguay”. Sent. 2 de septiembre de 2004, párr. 160

23 Corte Interamericana Caso Congo Victor Rosario vs. Ecuador dejó establecido que: La determinación del padecimiento mental del señor Congo, sin embargo, no sólo no se tradujo en su traslado inmediato a una institución de salud, sino que no se reflejó en el mejoramiento de sus condiciones de detención. El “Parte informativo elevado al jefe provincial de la policía judicial de Guayas” que fuera aportado por el Estado señala que “pese a que Víctor Rosario Congo [...] se encontraba herido, desorientado en tiempo y espacio, los encargados de éste lo han seguido manteniendo en una celda aislada sin darle el tratamiento necesario en estos casos, existiendo de esta forma negligencia.”

En su Informe 28/96,13 la Comisión determinó que mantener bajo custodia, sin tratamiento médico, a una persona que padecía de edema cerebral y cólera, constituye una violación al derecho a la integridad física, psíquica y moral, y a la prohibición de infligir tratos inhumanos, crueles o degradantes, consagrados en el artículo 5 de la Convención Americana

sonas usuarias del sistema de salud mental²⁴, como así también que, la obligación de cuidar se aplica en forma especial a las personas que se encuentran recibiendo atención médica” y alcanza su máxima exigencia cuando se trata de personas con discapacidad psicosocial²⁵

El Estado debe especial atención a las personas que sufren de discapacidades mentales en razón de su particular vulnerabilidad. La situación de debilidad en las que se encuentran y las condiciones de vida dentro de las instituciones de internación, profundizan las posibilidades de lesionar sus derechos y afectar su vida e integridad psicofísicas. En ese sentido, la vulnerabilidad de las personas internadas aumenta las posibilidades de ser víctimas de malos tratos. La Corte Interamericana ha sostenido que: *Es necesario considerar que las personas con discapacidad que viven o son sometidas a tratamientos en insti-*

24 artículo 5 de la Convención Americana, que establece que: 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. 2. Nadie debe ser sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

25 Cfr. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso “Ximenes Lopes v: Brasil”. Sent. 4 de julio de 2006, párrs. 139 y 140.

*tuciones psiquiátricas, son particularmente vulnerables a la tortura u otras formas de trato cruel, inhumano o degradante, la vulnerabilidad intrínseca de las personas con discapacidades mentales es agravada por el alto grado de intimidad que caracteriza los tratamientos de las enfermedades psiquiátricas, que torna a esas personas más susceptibles a tratos abusivos cuando son sometidos a internación*²⁶.

No obstante los avances mencionados y la permanente vigilancia de organismos locales e internacionales sobre la forma en que se realizan las investigaciones forenses de casos que impliquen violaciones de los DDHH, seguimos observando que en muchos países, a pesar de haber adoptado mecanismos específicos en su legislación y códigos penales, así como haber capacitado a sus funcionarios con los avances recientes que brindan las ciencias forenses y criminalísticas, se siguen realizando investigaciones deficientes e incompletas, que en ausencia de mecanismos que permitan que especialistas forenses y criminalísticos independientes puedan asistir a los familiares de las víctimas brindándoles una opinión

26 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Caso 11.280 “Bayarri c. Argentina” 16 de julio de 2007. Párr. 81.

diferente a la oficial.²⁷

Ha dicho la CIDH respecto de las personas que se encuentren bajo custodia del Estado en los cuales, donde la obligación de investigar, procesar y sancionar a los responsables de violaciones de derechos humanos es un deber indelegable del Estado.²⁸

A su vez, en el Informe sobre los Derechos Humanos de las personas privadas de libertad en la Américas —entre las que se encuentran las personas internadas involuntariamente por salud mental²⁹—, la CIDH insiste en señalar

27 Protocolo Modelo para la Investigación Forense de Muertes sospechosas de haberse producido por Violación de los Derechos Humanos. Protocolo de Estambul.

28 CIDH Congo c Ecuador.

29 9 La RESOLUCIÓN 1/08 de la CIDH “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas” define en la privación de libertad como: “Cualquier forma de detención, encarcelamiento, institucionalización, o custodia de una persona, por razones de asistencia humanitaria, tratamiento, tutela, protección, o por delitos e infracciones a la ley, ordenada por o bajo el control de facto de una autoridad judicial o administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea en una institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria.

que, como garantía efectiva del derecho a la vida de las personas privadas de libertad, en los casos de muertes ocurridas en custodia del Estado —incluso en los casos de muerte natural o suicidio—, éste tiene el deber de iniciar de oficio y sin dilación, una investigación seria, imparcial y efectiva, que se desarrolle en un plazo razonable y que no sea emprendida como una simple formalidad.³⁰

Se entiende entre esta categoría de personas, no sólo a las personas privadas de libertad por delitos o por infracciones e incumplimientos a la ley, ya sean éstas procesadas o condenadas, sino también a las personas que están bajo la custodia y la responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales; instituciones para niños, niñas y adultos mayores; centros para migrantes, refugiados, solicitantes de asilo o refugio, apátridas e indocumentados; y cualquier otra institución similar destinada a la privación de libertad de personas”.

30 Al respecto la CorteIDH ha señalado en el caso *Escué Sapata* (Sentencia de 4 de julio de 2007) que una debida diligencia en los procesos investigativos requiere que éstos tomen en cuenta la complejidad de los hechos, el contexto y las circunstancias en que ocurrieron y los patrones que explican su comisión, en seguimiento de todas las líneas lógicas de investigación. Las autoridades judiciales deben intentar como mínimo, inter alia: a) identificar a la víctima; b) recuperar y preservar el material probatorio relacionado con los hechos; c) identificar posibles testigos y obtener sus

En relación con personas que se encuentren recibiendo atención médica y, dado que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, la Corte IDH ha dicho que estos tienen el deber de regular y fiscalizar toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado. Y, en consecuencia, de conformidad con los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de su Salud Mental (Resolución ONU 46/119.46) deben crear mecanismos adecuados para inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de derechos de los pacientes.³¹

Respecto de las muertes ocurridas en establecimientos sanitarios, el TEDH ha dicho que la obligación positiva

declaraciones; d) determinar la causa, forma, lugar y momento en que se produjo el ilícito, así como cualquier patrón o práctica que lo pueda haber causado; y e) en caso de fallecimientos, distinguir entre muerte natural, accidental, suicidio y homicidio.

31 Cfr. Ximenes Lopes párr. 89 y 99

de protección requiere que los Estados cuenten con reglamentación que obligue a los hospitales, sean públicos o privados, a adoptar las medidas apropiadas para la protección de la vida de sus pacientes. También requiere la instalación de un poder judicial efectivamente independiente para que puedan determinarse las causas de la muerte de pacientes bajo el cuidado médico, tanto en el sector público como privado, y que aquellos responsables rindan cuentas.³²

Asimismo, la Corte Europea ha establecido que existe la obligación procesal de investigar las circunstancias de la muerte de una persona privada de libertad cuando murió como resultado de lo que pareció ser un suicidio. La investigación es necesaria para establecer, en primer lugar, la causa de la muerte, descartando un accidente u homicidio y, en segundo lugar, una vez constatado el suicidio, para examinar si existe alguna omisión por parte de las autoridades que pueda hacerlas responsables de esa muerte.³³

32 12 TEDH Bajić v. Croatia, sentencia del 13 de Noviembre de 2012 cfr parr 88, Nencheva and others v. Bulgary cfr parr. 111

33 13 CEDH, Trubnikov v. Rusia (Aplicación no. 49790/99). Sentencia del 5 de julio de 2005, párr. 89 (Traducción libre del Inglés original), citado en CIDH INFORME Nº 54/07 PETICIÓN 4614-02

En relación con los datos sobre muertes producidas en contextos de encierro, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires informa que entre los años 2009 y 2010 se han producido un promedio de 26 muertes en el Hospital Borda y otras tantas en el Hospital Moyano. Mientras que, ninguna muerte de personas internadas por salud mental se ha producido en los dos hospitales generales que atienden esa especialidad.³⁴

Por último, el informe “Vidas arrasadas”³⁵ recomienda establecer un protocolo que asegure que se investigará a profundidad cualquier muerte futura ocurrida en instituciones de salud mental.

VII. CONCLUSIONES

Como corolario se considera que toda muerte pro-

ADMISIBILIDAD, WILMER ANTONIO GONZÁLEZ ROJAS, NICARAGUA, 24 de julio de 2007.

34 <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/>

35 Vidas Arrasadas La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos UN INFORME SOBRE DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL EN ARGENTINA, MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL (MDRI) CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS). 2007

ducida en contexto de encierro, merece ser investigada, siendo responsabilidad de los jueces otorgar entidad al acontecimiento. Es decir toda muerte ocurrida en el ámbito de encierro debe considerarse “muerte dudosa”. No se deben aceptar los certificados de “muerte natural” en el proceso civil y/o de familia. Se deberá tener en consideración la valoración de “muerte dudosa” e inmediatamente remitir a la Justicia Penal, los antecedentes, tiempo, modo, contexto en que la muerte se produce.

Calificar el examen de la historia clínica en el proceso civil y/o de familia, como una prueba documental relevante, a la que se adjuntará, otras pruebas (prueba indirecta), con mérito en las restantes condiciones probatorias, así como el contexto situacional de la institución, y la efectivización de la autopsia psicológica³⁶. Resulta

36 LA PRUEBA DIRECTA E INDIRECTA La doctrina señala que la valoración probatoria, opera de manera diferente en la prueba directa y la prueba indirecta; que la prueba indirecta, cuya máxima representación es la prueba indiciaria tiene un nivel de inseguridad bastante sensible al momento de su valoración, cuestión que implica un prejuicio infundado, pues, desconoce la propia fuerza probatoria que despliega la prueba circunstancial, la que no en vano se perfila y reconoce hoy en día como la reina de las pruebas. Según la concepción tradicional, la prueba directa es aquella que brinda la exis-

necesaria una actuación procedimental que actué como un puente entre el resguardo de la prueba en sede civil y la justicia penal. Es decir que el juez civil y/o de familia tiene la responsabilidad del resguardo y garantía de la historia clínica y de los factores individuales e institucionales, así como los factores socio familiares durante todo el control de legalidad de la internación o permanencia de una persona en condiciones de encierro.

Resulta de la calidad de garante del Estado que se

tencia de los hechos al juzgador de manera directa e instantánea y no requiere de ningún tipo de raciocinio o inferencia para armar el cuadro del hecho principal que se está enjuiciando. Pero además, se dice que la prueba directa es capaz de poder generar la convicción del juez sin mayor esfuerzo, ya que toda la información que se proporciona al juez es completa en todos sus elementos fácticos. Los medios típicos de prueba histórica son las fuentes de prueba testifical y la documental. En cambio, se considera que la prueba circunstancial, indirecta o indiciaria versa sobre aspectos ajenos al proceso de los que se enlaza una inferencia, que proyectará el hecho que se pretende probar. En cuanto a su valor probatorio, se estima que es incapaz de generar la convicción. De tal suerte que, el centro de distinción pivotea sobre la base de la integridad de la información proporcionada, a la que se le imputa automáticamente el poder suficiente de la convicción judicial. En página web: www.jurisprudencia.ues.edu.sv/.../Ponencia%20del%20Dr.%20Reinaldo

concatene la actividad judicial evitando una fragmentación que atenta con el resguardo de la verdad objetiva, propia de una resolución jurisdiccional. La muerte producida en encierro tiene la misma entidad axiológica para la justicia y no dependa de la competencia en la materia del Juez interviniente, sino que todo juez tiene bajo su arbitrio el ejercicio de la función de garante, de conformidad a la Constitución Nacional, leyes y el alcance de su competencia de acuerdo a la materia. Es decir que cuando llegue la situación al conocimiento de la justicia penal, existirá también un iterjurisdiccional, respetuoso de las competencias de conformidad al fuero correspondiente, siguiendo en todos los casos con el ejercicio del deber de cuidado, vigilancia y garantía propio del Estado. En este sentido el juez/za civil o de familia, deberá poner a disposición de la Justicia Penal la prueba colectada en el proceso civil y de familia. Esta colección de prueba se produce durante el proceso de internación, guarda de persona o procesos de capacidad y la misma se debe realizar teniendo en cuenta los tres factores, antedichos:

- A. Factores Institucionales.
- B. Factores Individuales.
- C. Factores Socio-familiares.

En razón de lo expuesto el Órgano de Revisión Nacional :

REQUIERE a las instituciones públicas y privadas de atención de salud mental con modalidad de internación:

A) Que en todo fallecimiento de una persona internada por salud mental, en instituciones públicas y privadas, se disponga como primera medida la inmediata intervención del/a juez/a y del/a representante del Ministerio Público Fiscal competentes —según corresponda— a fin de que se instruya la investigación judicial del deceso, de manera imparcial y exhaustiva. La intervención judicial se hará extensiva a los casos en los que el deceso se produzca durante internaciones clínicas y las causas o circunstancias de esa internación tengan como origen una internación por salud mental.

B) Que dichos fallecimientos sean, además, puestos en conocimiento de los Órganos de Revisión de Salud Mental y, en caso de internaciones forzosas, voluntarias prolongadas o de las previstas en el art. 26 de la LNSM, del juez/a que controla la internación y abogado/a defensor/a.

SOLICITA a las mismas instituciones la confección de un registro en el que se consignen la totalidad de las

mueres ocurridas en los respectivos establecimientos y los datos de las personas fallecidas, los motivos del deceso y el o los juzgados y fiscales intervinientes.

RECOMIENDA a las autoridades y a operadores/as judiciales de todas las jurisdicciones que tomen conocimiento de un fallecimiento de las características previamente señaladas que promuevan la intervención del/a juez/a penal y del/a representante del Ministerio Público Fiscal competentes, según corresponda, a fin de que inicien la investigación judicial.

SOLICITA a los señores ministros y ministras de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, Superiores Tribunales de Justicia y/o Supremas Cortes Provinciales y Tribunales de Justicia de la Nación; a los señores/as titulares del Ministerio Público de la Nación, como de las Provincias como de las distintas jurisdicciones.

A los Ministerios de Salud, tanto de la Nación como de las provincias que dispongan las medidas que, en los ámbitos de sus respectivas competencias, fueran necesarias para garantizar el cumplimiento de la recomendación formulada.

SOLICITA que en el ámbito de su función a los señores/as jueces y juezas, y a los y las fiscales la necesidad de que efectúen la investigación en un plazo razonable y de la manera más completa conforme las circunstancias del caso. Y, en los casos de muertes naturales y suicidio, se indague si existieron omisiones y acciones relacionadas con las condiciones en las que estaba internada la persona que hayan incidido en su muerte. La utilización del Protocolo de Estambul “Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”.

SUGIERE, además, que en la investigación se considere el factor encierro entre los potenciales determinantes de la muerte.

DESTACA la importancia de que el Ministerio Público de la Defensa y el Ministerio Público Fiscal, dentro de los ámbitos de sus respectivas competencias, brinden asesoramiento jurídico a los familiares sobre las acciones judiciales que le asisten en el marco del proceso de investigación sobre las causas del fallecimiento.

SOLICITA la debida comunicación al Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental en todo caso de muerte

producida en las circunstancias de internación por causa de salud mental, en cumplimiento con lo dispuesto por los arts. 7, 40 y ccdtes. de la Ley de Salud Mental N° 26.657.

Como conclusión final, es necesario remarcar que en la implementación efectiva de la ley de salud mental, no será necesario la construcción de protocolos específicos por muertes producidas en condiciones de encierro, teniendo todas las personas el derecho a la dignidad de la vida³⁷, en el principio tanto como al final de ella.

Bibliografía consultada

Agamben, G. (2000) *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Pre Textos, Valencia.

Amico, L. (2004) “Desmanicomialización: Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental», En *Revista Margen* n° 35, 2004.

CELS (2007) *Vidas arrasadas*, Buenos Aires, MDRI.

37 Art. 3, 4 y 5 de la Convención de Derechos Humanos -Pacto San José de Costa Rica- 1969

CELS (2013) *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2013*, Bs. As, Siglo Veintiuno Editores.

Goffman, E. (1972) *Internados*, Bs. As., Amorrortu Editores.

Natella, G. (2008) *La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental*. Bs. As. Editorial UNSAM.

OMS

- (2006) *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*, Ginebra, OMS Ediciones.
- (20041) *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica*. Ginebra, OMS Ediciones.
- (20042) *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones políticas*. Ginebra, OMS Ediciones.

Sibilia, P.: *El hombre postorgánico: Cuerpo, Subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires, Fondo de Cul-

tura Económico, 2005.

Vidal Palmer, L. Pérez González, E. y Borges González, S. (2005) “La autopsia psicológica: una mirada desde la perspectiva cubana” en *Rev. Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 2005; 2 (3).