



Órgano de Revisión - Ley 26.657

Secretaría Ejecutiva

RESOLUCIÓN S.E. N° 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 recomendaciones 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.

USO OFICIAL

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.,

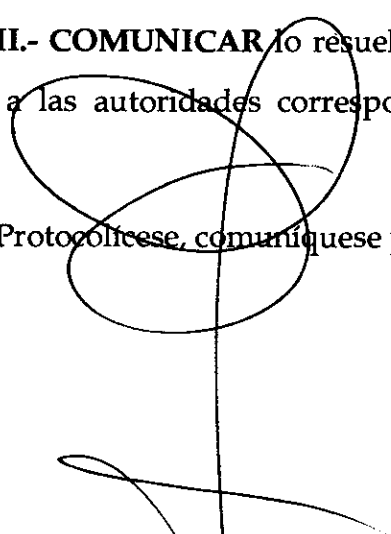
**LA SECRETARIA EJECUTIVA
DEL ÓRGANO DE REVISIÓN DE LA NACIÓN**

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.



María Graciela Iglesias
Secretaria Ejecutiva del
Órgano de Revisión
Ley 26.657



Órgano de Revisión Ley 26.657
Secretaría Ejecutiva

ANEXO RES. S.E. N° 15 /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 Agamben¹ o la de “*residuo humano*” planteada por Zigmunt Bauman² 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.³

¹ Agamben, G. (2000) *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Pre Textos, Valencia.

² Bauman, Z. (2005) *Vidas desperdiciadas*. Paidós Ibérica.

³ 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.

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 encierro⁴, 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.

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 desinstitutionalización 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.

⁴ 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”).



Órgano de Revisión Ley 26.657
Secretaría Ejecutiva

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 formalmente"*⁵.

En cuanto a los tipos existentes de instituciones totales, como se observa en la definición propuesta precedentemente, seleccionamos a los fines de este documento 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 mencionado⁶. Cabe aclarar que en la actualidad, este 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.

USO OFICIAL

⁵ ERVING GOFFMAN, "Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales" Bs. As., Amorrortu Editores, 1972, pág. 13.

⁶ 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 adias, monasterios, conventos y otros claustros".

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 excede 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 enfermedades⁷.

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 Psicológicas⁸, para aclarar las causas de las muertes dudosas se clasifican las maneras del deceso como: a) muerte natural; b) accidental; c) suicidio y; 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).

⁷ Cabe señalar que la experiencia indica que existen numerosas 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).

⁸ "(...) 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).



Órgano de Revisión Ley 26.657
Secretaría Ejecutiva

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 atomillada 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 considerándose 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 las 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 aproximarse 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.



Órgano de Revisión Ley 26.657
Secretaría Ejecutiva

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

“El enfermo 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 los años 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 (PROCUVIN) junto al CELS, en el marco de la investigación por la muerte de Matías Carbonell.⁹ 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.¹⁰

Según el Informe del CELS¹¹, en Argentina existen numerosas muertes que no son investigadas.

⁹ 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).

¹⁰ Amico, Lucía del Carmen, Revista Margen n° 35, 2004.

¹¹ 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 inanición”¹². A estos datos se agregan las denuncias publicadas por distintos medios periodísticos sobre “suicidios”¹³ ocurridos en el año 2002, y sobre “abusos y muertes”¹⁴ en el año 2011, situaciones todas ocurridas en el mismo establecimiento.

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

¹³ Diario Noticias Urbanas: <http://www.noticiasurbanas.com.ar/noticias/cdbf8dc758a04aec40852fd4cc290aed/> Bajado el 7/3/2014.

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



Órgano de Revisión Ley 26.657
Secretaría Ejecutiva

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

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.

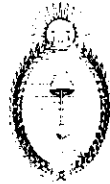
Sin mencionar ya los tratos crueles, indignos, y aquellos referidos como métodos restrictivos naturalizados en el encierro, basta verificar e historizar algunas condiciones de vida de las personas internadas que han tomado estado público y que resienten la integridad humana. Hay vastos ejemplos demostrativos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



Órgano de Revisión Ley 26.657
Secretaría Ejecutiva

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.¹⁵"

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.

¹⁵ 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).

En si 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 BASICO DE LA AUTOPSIA PSICOLOGICA

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, 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



Órgano de Revisión Ley 26.657
Secretaría Ejecutiva

- 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 PSICOLOGICA

- 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 PSICOLOGICA 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



Órgano de Revisión Ley 26.657
Secretaría Ejecutiva

*hallan bajo la jurisdicción directa del Estado, el cual tiene la carga de garantizar la integridad física, psíquica y moral de los detenidos*¹⁶

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 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 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"¹⁷.)

El Estado en su carácter de responsable de los establecimientos donde se implementan medidas privativas de la libertad -ya sean éstos unidades penitenciarias, comisarias, 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 de los derechos de las personas allí alojadas. La forma en que se trata a una

USO OFICIAL

¹⁶Corte Interamericana de Derechos Humanos, INFORME N° 63/99 CASO 11.427 VÍCTOR ROSARIO CONGO ECUADOR 13 de abril de 1999

¹⁷ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso "Instituto de Reeducación 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, considerandos sexto y octavo; Asunto de los Niños y Adolescentes Privados de Libertad en el "Complejo do Tatuapé" de FEBEM. Medidas

persona restringida en su libertad ambulatoria debe estar sujeta al escrutinio más estricto, tomado en cuenta la especial vulnerabilidad de aquel¹⁸

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 lesiones¹⁹". 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 responsabilidad y tomar medidas especiales"²⁰

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 integridad²¹ de las personas usuarias del sistema de salud mental²², 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 psicosocial²³

¹⁸ 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.

¹⁹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Caso 11.280 "Bayarri c. Argentina" 16 de julio de 2007. Párr. 81.

²⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso "Instituto de Reeducción del Menor v. Paraguay". Sent. 2 de septiembre de 2004, párr. 160

²¹Corte 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

²² 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.

²³ Cfr. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso "Ximenes Lopes v: Brasil ". Sent. 4 de julio de 2006, párrs. 139 y 140.



Órgano de Revisión Ley 26.657
Secretaría Ejecutiva

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 instituciones 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 intimidación que caracteriza los tratamientos de las enfermedades psiquiátricas, que toma a esas personas más susceptibles a tratos abusivos cuando son sometidos a internación"* ²⁴.

"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 diferente a la oficial." ²⁵

Ha dicho la CIDH con 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. ²⁶

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 mental²⁷—, la CIDH insiste en señalar que, como garantía

USO OFICIAL

²⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Caso 11.280 "Bayarri c. Argentina" 16 de julio de 2007. Párr. 81.

²⁵ Protocolo Modelo para la Investigación Forense de Muertes sospechosas de haberse producido por Violación de los Derechos Humanos. Protocolo de Estambul

²⁶ CIDH Congo c Ecuador

²⁷ 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

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.²⁸

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.²⁹

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

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. 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”

²⁸ Al respecto la Corte IDH 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 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.



Órgano de Revisión Ley 26.657
Secretaría Ejecutiva

pacientes bajo el cuidado médico, tanto en el sector público como privado, y que aquellos responsables rindan cuentas.³⁰

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.³¹

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 especialidad³².

Por último, el informe VIDAS ARRASADAS³³ recomienda establecer un protocolo que asegure que se investigará a profundidad cualquier muerte futura ocurrida en instituciones de salud mental.

USO OFICIAL

VII.- CONCLUSIONES

Como corolario se considera que toda muerte producida 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”.

²⁹ Cfr. Ximenes Lopes párr. 89 y 99

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

³¹ 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 N° 54/07 PETICIÓN 4614-02 ADMISIBILIDAD, WILMER ANTONIO GONZÁLEZ ROJAS, NICARAGUA, 24 de julio de 2007.

³² <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/estadisticas/>

³³ 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

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 merito en las restantes condiciones probatorias, así como el contexto situacional de la institución, y la efectivización de la autopsia psicológica³⁴. Resulta necesaria una actuación procedimental que actúe 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 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 tienen 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 iter jurisdiccional, 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

³⁴ 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 existencia 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



Órgano de Revisión Ley 26.657
Secretaría Ejecutiva

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 LOS 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 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 muertes 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 operadores/as judiciales de todas las jurisdicciones que tomen conocimiento de un fallecimiento de las características

USO OFICIAL

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 Ministerio Público Fiscal, dentro de los ámbitos de sus respectivas competencias, brinde 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, 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



Órgano de Revisión Ley 26.657
Secretaría Ejecutiva

muertes producidas en condiciones de encierro, teniendo todas las personas el derecho a la dignidad de la vida³⁵, 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.
- 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 Cultura 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).

USO OFICIAL

³⁵ Art. 3, 4 y 5 de la Convención de Derechos Humanos -Pacto San José de Costa Rica- 1969

