



**REDI**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 19 de abril de 2012

**Sras./es.**

**Secretariado del Subcomité sobre la Prevención de la Tortura (SPT)  
Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH)**

De nuestra mayor consideración:

Por medio de la presente les hacemos llegar nuestra posición sobre ciertas cuestiones de vuestra competencia relativas a la situación de las internaciones de personas con discapacidad psicosocial y usuarios/as de drogas en nuestro país (campo que suele denominarse ~~salud mental~~ y adicciones). Con motivo de la visita que están desarrollando, creemos que es importante que cuenten con esta información a los efectos de las evaluaciones que realicen en torno al cumplimiento o incumplimiento de la Convención contra la Tortura por parte del estado argentino.

### **Internación involuntaria en Argentina**

La internación involuntaria (contemplada en el art. 20 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657) constituye *per se* una violación de los artículos 14, 15, 16, 17, 18 y 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y ha sido consistentemente denunciado por nuestra organización ante el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas. Confiamos en que dicho órgano de monitoreo del tratado recoja este incumplimiento en su informe final sobre el país que verá la luz en octubre de este año.

El hecho de que una persona sea violentamente privada de su libertad por motivos de su discapacidad psicosocial constituye una violación de derechos humanos en sí misma. Dicho extremo se agrava por el hecho de que las condiciones de internación resultan degradantes y contrarias a la dignidad humana. Queremos ser claros/as: en las instituciones argentinas de salud mental suelen darse situaciones de hacinamiento, maltrato, abuso sexual e incluso muerte. Se suceden noticias de este tipo en todo el país sin que haya perspectivas de cambio.

Un capítulo aparte merecen las contenciones físicas y químicas y demás tratamientos invasivos y forzados. Las primeras pueden ser tan rudimentarias como atar una persona a una cama por un día entero, las segundas pueden ser tan nocivas como medicalizar intensamente a una persona por encima de todo



## REDI

límite permitido a fin de mantenerla sedada o %estabilizada+, y las terceras pueden ser tan terribles como el electroshock.

Las contenciones físicas muchas veces no están siquiera registradas en la historia clínica, quedan a discreción de quien se encuentre a cargo de la institución y en base al procedimiento que desee emplear. La medicación es muchas veces renovada automáticamente sin nuevas evaluaciones.

En Argentina, la práctica del consentimiento libre, esclarecido y continuo es sumamente deficiente, incluso en prácticas clínicas, pese a que se encuentra regulado por la Ley de Derechos del Paciente (Nº 26.529), entre otras. Cuando es aplicado, lo es más como garantía ante eventuales responsabilidades por mala praxis que como un derecho de la persona usuaria.

En ciertas instituciones, en lugar de requerir debidamente el consentimiento esclarecido de una persona, la intervención se limita a hacerles firmar un %contrato de internación+, donde incluso se consienten las reglas disciplinarias.

Y esto se aplica también a niñas, niños y adolescentes. Argentina tiene diversas instituciones monovalentes (es decir, manicomios) y al menos uno de ellos es de atención pediátrica. La función de estas instituciones monovalentes muchas veces desvirtúa los pocos servicios de salud mental que existen en hospitales generales: **en caso de que los equipos así lo decidan, las personas son derivadas a los manicomios.**

Si la voluntad de los adultos/as es soslayada, lo es mucho más la de niños/as y adolescentes. Pese a que deben ser tratados/as como sujetos de derecho (conf. Convención sobre los Derechos del Niño/a y Ley Nº 26.061) la práctica de requerir su consentimiento es, como mínimo, inusual. Toda la atención está puesta en sus progenitores, tutores o curadores y sus deseos y voluntades resultan accesorios.

Visitar estas instituciones, tanto de adultos/as como de niños/as, es comprobar puertas bajo llave, rejas, altos muros, escasos objetos personales, atención e instalaciones estandarizadas, regímenes disciplinarios estrictos, hacinamiento, cuartos de aislamiento solitario, entre otros aspectos. **Consideramos que se tratan de entornos asimilables al carcelario y, en los hechos, no hay diferencias sustanciales.** De hecho, las condenas penales tienen fin y este tipo de reclusiones por motivos de discapacidad psicosocial puede ser de por vida (tal y como lo demuestra la aplicación en nuestro país del artículo 34 del Código Penal, referido a las %medidas de seguridad+ para personas inimputables por un delito pero %peligrosas+). **Es decir, en muchos aspectos los condenados penalmente cuentan con mayores garantías** (defensa



**REDI**

legal, plazo de reclusión determinado, posibilidad de recurrir a un juez de ejecución penal, de apelar, de gozar de beneficios de reducción o alternativa a la pena, etc.)

Muchas de las personas que se encuentran en estas instituciones han sido declaradas **incompetentes** y el ejercicio de sus derechos ha sido reemplazada por la voluntad de un tercero: un **curador**. **¿Cómo será posible para una persona internada que su voz sea escuchada, si por ejemplo quiere denunciar un abuso, si la misma no tiene valor para la ley?**<sup>1</sup>

Por otro lado, el perverso sistema de privatización de las instituciones de atención permite que una persona sea internada en un lugar distante de su centro de vida, que sea derivada a voluntad de las autoridades, que no ingrese a un dispositivo porque a criterio del mismo **no** cuadra con el proyecto institucional, que ingrese a un hospital de salud mental y no pueda ser externada por falta de otros dispositivos menos gravosos. **Por la lógica del mercado -que siempre prima-, las instituciones se ven motivadas a prolongar las internaciones porque quien es externado deja de pagar. Una política pública no puede ser librada al lucro de privados. La vida y libertad de una persona no puede ser motivo de especulación económica, siquiera potencial.**

La lógica del encierro implica que la persona, de estar afuera, se convierte en un problema para la institución. Diversos factores influyen en que toda actividad sea hecha intramuros: por ejemplo, educación (en los pocos casos en que es ofrecida) y tratamiento psicológico y psiquiátrico.

Muchas personas internadas en manicomios presentan hospitalismo y cronificación. Algunas personas se encuentran internadas hace 60 años. Muchas personas podrían ser trasladadas a dispositivos no asilares pero no es posible ya que los gobiernos no proveen las alternativas que deberían proveer (los/as llamados/as **pacientes sociales**).

### **Tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes**

La internación involuntaria, restricción física y dopaje forzado tienen dos dimensiones de violación de derechos: la primera hace al quebrantamiento de la voluntad de la persona, su libertad ambulatoria, su integridad psíquica, su

---

<sup>1</sup> Para más información sobre este punto pueden recurrir a los documentos de REDI: **No a la muerte civil de nadie** en <http://www.redi.org.ar/docs/Informe%20Redi%20-%20Unificacion%20codigo.pdf> y **Capacidad jurídica y acceso a la justicia: una propuesta de reforma legal desde las organizaciones de personas con discapacidad** en [http://www.redi.org.ar/docs/REDI\\_baja\[1\].pdf](http://www.redi.org.ar/docs/REDI_baja[1].pdf).



## REDI

autonomía personal y su derecho a rechazar tratamientos. Todos estos derechos están contemplados en normas locales e internacionales. La segunda dimensión se refiere a los efectos secundarios de estos tratamientos, que en muchos casos se desconocen o soslayan.

Creemos que las cuestiones denunciadas están comprendidas en el mandato del S.P.T. dado que las internaciones involuntarias en salud mental son innegablemente privaciones de libertad. Nuestra Corte Suprema de Justicia de la Nación ya ha dicho que *Se debe tener en cuenta que, en la práctica, más allá de que la medida de internamiento posea un carácter terapéutico, se lleva a cabo una **auténtica privación de libertad de la persona*** (Causa *R.*, M. J. s/ insania.+. 2008, el destacado no pertenece al original).

Compartimos el criterio del Relator Especial sobre la Tortura de la O.N.U. quien ya se ha expresado diciendo que estos hechos pueden ser considerados como maltrato y tortura, en aplicación de la Convención contra la Tortura (Documento O.N.U. A/63/175).

Por último, resulta particularmente importante que el Subcomité preste especial atención a la situación de las personas declaradas inimputables en el marco de un proceso penal. En este sentido, es necesario evaluar la situación actual de implementación del programa PRISMA -dado que se ejecuta en una cárcel de máxima seguridad y en una de media- y de las personas allí detenidas, así como quienes se encuentran en hospitales de salud mental, especialmente jóvenes (por ejemplo, en el Hospital Infantil *Carolina Tobar García* de la Ciudad de Buenos Aires).

### Drogas y reclusión

Las instituciones de tratamiento para usuarios/as de drogas no son la excepción. En Argentina es prácticamente hegemónico el modelo de la *comunidad terapéutica*, forjados al fuego de la *guerra contra las drogas* de los Estados Unidos de Ronald Reagan. Estas instituciones suelen estar en sitios apartados de las zonas urbanas, dado que se asimilan eufemísticamente a las *granjas* como una suerte de retiro espiritual donde la persona se podría *limpiar* y *desintoxicar*. En realidad son más cercanos al infierno que al cielo. Se basan en sistemas disciplinarios que establecen un sistema de castas, que se inician con la categoría *bebé*, y la persona va subiendo a categorías superiores y recibiendo más *privilegios* a medida que asciende. Existen métodos como el *confronte* que consiste en exponer públicamente los defectos, debilidades y errores de la persona frente a una asamblea de pares, promoviendo la hostilidad hacia la persona *confrontada*. El modelo en general consiste en retirar a la persona de su entorno y allegados/as, que se



## REDI

consideran automáticamente como nocivos/as y parte del problema+. En muchas comunidades terapéuticas, de las cuales por lo general no se les permite salir, se genera un microclima+ en el cual se intenta recrear una cotidianidad y ordenar+ ciertos hábitos de la persona, en un marco de estricto abstencionismo del consumo. Una vez que se atraviesan ciertas etapas, la persona puede ser considerada como un superior y tener autoridad sobre quienes eran sus pares y, eventualmente, puede ser externado. Las internaciones son prolongadas y pueden durar incluso años. El sistema consiste en el tratamiento de la persona intramuros (porque justamente es la prestación que brindan y por la que cobran dinero), una vez que la persona es externada no suele haber un verdadero seguimiento o un abordaje de su inclusión en su comunidad.

Como castigo se puede imponer la prohibición de salidas o de visitas de familiares. Regularmente se pueden realizar medidas invasivas de control como el *screening* para detectar consumo de drogas.

Uno de los aspectos más cuestionables del modelo es el hecho de que se soslaya un aspecto clave de todo tratamiento: la subjetividad. Los abordajes son colectivos y estandarizados, la persona se encuentra en una categoría y va pasando de ellas, sin mayor posibilidad de apartarse de lo estipulado en el sistema.

Por lo general no existe control alguno sobre las comunidades terapéuticas. En muchos casos las localidades donde se instalan tienen deficientes o inexistentes regímenes de contralor. Por parte de quienes financian el sistema (obras sociales, empresas de medicina prepaga, estados) no existen eficientes auditorías o seguimiento del caso.

En este contexto, compartimos la Declaración Conjunta que realizaron en marzo pasado diversos organismos y programas de la O.N.U. donde se hace un llamamiento al cierre de los centros de internación compulsiva para usuarios/as de drogas. Por no brindar resultados y por violar la ley.<sup>2</sup>

El reciente cambio de autoridades en la SEDRONAR y ciertas señales oficiales tendientes a reformar el antiguo modelo de alineamiento con la guerra contra las drogas+ promovida por los Estados Unidos, podrían implicar un cambio de aire en estos asuntos. No obstante y más allá de la aparente voluntad de cumplimiento de lo dispuesto por la Corte Suprema de Justicia en su

<sup>2</sup> El documento en inglés puede ser consultado en el siguiente link: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310\\_Joint%20Statement6March12FINAL\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf)





**REDI**

precedente <sup>3</sup>Arriola, creemos que es imprescindible modificar radicalmente el sistema de tratamiento y atención. La reclusión involuntaria, también en este caso, no es admisible.

La Ley de Estupefacientes también incluye provisiones sobre un régimen procesal especial para los/as procesados/as por causas relativas a drogas, entre ellas, a través de la realización de una *medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines, y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen.*+ (art. 16), lo cual implica una internación. Es importante destacar que dichas privaciones de libertad también son siempre involuntarias, ya que no existe verdadera posibilidad de que la persona opte o no por aceptarlas, ya que, de haber alternativa, es la prisión.

### Alternativas

Creemos firmemente en la atención con base comunitaria, en los apoyos entre pares y personas de confianza de la persona, en los dispositivos intermedios alternativos a la internación. Estos dispositivos deben ser creados y puestos en marcha por los gobiernos y poco avance (o nulo) se ha hecho en todo nuestro país. Si una persona no cuenta con una red de contención humana (lo cual generalmente está asociado a una situación de pobreza), **la principal respuesta ante la discapacidad (incluyendo la psicosocial) sigue siendo en nuestro país el encierro.** Ante este y todos los fenómenos sociales, repudiamos al encierro como respuesta violenta de una sociedad y un estado que intervienen tarde y mal. Muchas de las situaciones que se presentan pueden ser atendidas en forma preventiva, de reducción de daños o de apoyo con políticas públicas transversales y con base territorial que aún no se han puesto en marcha en forma satisfactoria.

La perspectiva de derechos humanos requiere intervenciones articuladas, transversales a todas las áreas relevantes (trabajo, educación, salud, vivienda, seguridad social). Resulta perverso que las personas cuyos derechos se ven vulnerados al no serles garantizadas estas políticas, reciban encierro, es decir, mayores vulneraciones de derechos.

Las cuestiones aquí vertidas pueden ser contrastadas y constatadas con la opinión de distintos actores relevantes que vienen denunciando, sin muchos resultados y con muchas represalias, estos hechos. Entre ellos, las

---

<sup>3</sup> Se declara la inconstitucionalidad de la Ley N° 23.737, llamada *Ley de Estupefacientes* de 1989, en lo que respecta a la penalización de la tenencia de drogas para consumo personal con base en el derecho a la autonomía personal.



**REDI**

organizaciones de usuarios/as y sobrevivientes de la psiquiatría. Visitar estos lugares y, sobre todo, hablar con estas personas es la mayor comprobación.

En lo que nos compete, la aplicación de la CDPD brilla por su ausencia, rige el modelo médico hegemónico (expresado en su variante psiquiátrica) y no hay ajuste razonable alguno en materia de discapacidad. De hecho, personas con distintas discapacidades (físicas, intelectuales, psicosociales) muchas veces son internadas en un mismo sitio. En lo que respecta a personas con múltiples discapacidades, ninguna medida en particular es adoptada.

Comprobarán Ustedes que todo lo expresado constituye claras violaciones a la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.

Quedamos a su entera disposición para encontrarnos y/o acompañar información respaldatoria, aclaratoria o ampliatoria referida a nuestra posición. Detrás de cada cuestión que denunciamos, hay personas concretas que lo sufrieron o lo están sufriendo.

Sin otro particular, los saludamos muy atentamente.

Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad  
REDI  
Argentina

<http://www.redi.org.ar/>

Pje. Alemania 2782  
Teléfono: (+5411) 4571-7416  
Email: [info@redi.org.ar](mailto:info@redi.org.ar)

***Í nada sobre nosotras sin nosotrasÍ***