



Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Rosario

Trabajo Final para acceder al título de Especialista en
Medicina Legal

**Internación prolongada en sujetos inimputables:
“Entre lo terapéutico y lo punitivo”**

AUTOR: YANINA LAZZATI

TUTOR: Dra. ALICIA TRAVESANI

COHORTE 2022

Agradecimientos:

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al cuerpo docente de la Carrera de Especialización en Medicina Legal, y en particular a la Dra. Alicia Travesani y a la Dra. Mónica Liborio, por su valioso tiempo, generosidad, compromiso y dedicación.

INDICE

Contenido

Resumen:.....	4
Marco Teórico:	6
Agresividad: Un fenómeno multidimensional	6
Peligrosidad vs riesgo cierto e inminente:	8
Delito, imputabilidad y responsabilidad penal.....	9
Medida de protección de persona y medidas de seguridad.....	10
Modelos de atención en salud mental	11
Neurobiología, genética y epigenética	12
Marco Legal	13
Objetivos	14
Metodología	15
Casos seleccionados.....	16
Resultados	20
Discusión.....	22
Conclusión	23
Bibliografía	25
Anexo:.....	28

Resumen:

El presente trabajo tuvo como objetivo visibilizar la problemática que atraviesan las personas con padecimientos mentales involucradas en conflictos con la ley penal.

Se analizaron 11 casos de individuos que, tras ser declarados inimputables, ingresaron a circuitos institucionales que, en muchos casos, resultaron ineficaces y extendieron innecesariamente el tiempo de su internación.

Desde una perspectiva médico-legal, se analizó el rol que se asigna a los equipos de salud mental quienes son interpelados a pronunciarse sobre la presunta "peligrosidad" del sujeto, asumiendo la responsabilidad de prever eventuales conductas futuras. Esta práctica, heredera de postulados criminológicos del siglo XIX, se contraponen a los avances contemporáneos del derecho y la salud mental. En este contexto, la psiquiatría atraviesa un proceso de transición enmarcado en un cambio de paradigma, que propone sustituir el concepto de "peligrosidad" por el de "valoración situacional de riesgo", tal como lo establece el Código Civil y Comercial de la Nación desde su reforma en 2015. Este nuevo enfoque implica también un viraje desde el viejo "modelo asilar" —caracterizado por aislamiento, estigmatización y vulneración de derechos— hacia un "modelo comunitario de atención".

Este nuevo paradigma se sustenta en una sólida base normativa, tanto nacional como internacional que incluyen, la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, entre otros. Todos estos instrumentos impulsan una perspectiva centrada en la persona, la inclusión social y los derechos humanos.

No obstante el marco legislativo vigente, el análisis de los casos estudiados demuestra que persisten obstáculos estructurales dentro del sistema de salud que dificultan su implementación efectiva. En la actualidad, muchas personas declaradas inimputables continúan institucionalizadas, con restricción de sus derechos y libertades, ya sea por la dificultad de los equipos interdisciplinarios en asumir la responsabilidad del alta, o, como ocurre con mayor frecuencia, por la inexistencia de dispositivos adecuados a sus necesidades, que permitan una derivación efectiva y segura fuera del ámbito hospitalario.

Este trabajo surgió en la necesidad de evidenciar, a través de datos empíricos, cómo la deficiencia del sistema de salud cercenan las garantías constitucionales de los usuarios, más aún si estos poseen antecedentes penales de violencia como homicidios, abusos sexuales, entre otros delitos graves, a pesar del marco legal vigente.

Introducción:

Cuando una persona es declarada inimputable en el marco de un proceso penal, el enfoque jurídico tradicional —basado en la condena de actos tipificados como delitos— se ve desplazado por una lógica centrada en el sujeto.

El acto delictivo se diluye en términos penales y cobra protagonismo la figura del “actor”, sobre quien se proyecta una intervención enfocada en el “riesgo” que eventualmente pueda representar para sí o para terceros. De este modo, en algunos casos, se produce una transferencia del fuero penal al fuero civil, siendo este último el encargado de adoptar medidas de protección que en la práctica, se delegan a los equipos de salud mental. Esta transferencia de responsabilidades plantea interrogantes centrales que motivaron la presente investigación: ¿Cuándo cesa la supuesta peligrosidad de un sujeto? ¿Es esta responsabilidad profesional la que impulsa la prolongación indefinida de las internaciones? ¿Cuál es el dispositivo adecuado para alojar y acompañar a personas que han sido desplazadas de sus vínculos y contextos socio familiares, sin que ello implique la restricción permanente de sus derechos?

Esta problemática se inscribe en un contexto de deficiencia estructural: políticas públicas ineficaces, ausencia de dispositivos alternativos al encierro y escasez de recursos económicos, todo lo cual se refleja en prácticas institucionales precarias y en trayectorias erráticas marcadas por la cronicidad y la exclusión.

La psiquiatría, como especialidad médica, se encuentra profundamente atravesada por determinantes antropológicos, sociales, históricos y culturales. A lo largo de la historia, ha sido convocada recurrentemente a dar respuesta a demandas de orden jurídico y social.

Michel Foucault, en la década de 1970, describió esta disciplina como normativa e inquisidora, no sólo orientada al cuidado, sino también al control del comportamiento humano. La división entre pena y cura consagrada en la obra de Philippe Pinel a finales del siglo XVIII persiste hasta hoy en las prácticas profesionales, especialmente en los dilemas médico-legales que enfrentan los profesionales de la salud mental. Tal como lo advierte Castel (1980), la psiquiatría moderna transita constantemente entre el cuidado y el control, entre el modelo clínico y el jurídico, dejando al profesional en una posición de arbitraje entre lo terapéutico y lo normativo (1)(2)

Marco Teórico:

Resulta imprescindible delimitar conceptualmente algunas nociones claves que estructuran el eje temático de la presente investigación.

Agresividad: Un fenómeno multidimensional

La agresividad ha sido históricamente abordada desde distintas perspectivas teóricas. En el campo de la psicología el conductismo, de Watson y Pavlov sostiene que la violencia es una conducta aprendida, generalmente como respuesta a la frustración. Este enfoque se basa en la idea de que las respuestas violentas o agresivas se adquieren a través de la experiencia, la observación y el refuerzo. En cambio, el psicoanálisis freudiano la concibe como una manifestación instintiva, ligada al llamado instinto de muerte. Según esta teoría, los seres humanos poseen impulsos destructivos innatos que, si no se canalizan adecuadamente, pueden dirigirse hacia otros o hacia uno mismo.

Erich Fromm, desde la psicología social, introduce el entorno psicosocial como modulador clave de la agresión, planteando que no es el individuo quien necesariamente es agresivo, sino que son las condiciones sociales las que direccionan esa agresividad hacia ciertos objetos o personas. (3)(4)(5)

En un plano filosófico, Rousseau problematiza la violencia como consecuencia de la organización social y no de la naturaleza humana, originadas en la propiedad privada que marca el inicio de las desigualdades sociales, la competencia y los conflictos interpersonales. Desde esta perspectiva, la violencia es un producto histórico y estructural que surge cuando la sociedad se organiza de manera desigual y jerárquica. (6)

En el ámbito médico, específicamente de la psicopatología, autores pioneros como Alexander Crichton propusieron que la agresividad humana puede surgir como un mecanismo de defensa ante amenazas —reales o imaginarias—. Desde esta perspectiva, la agresividad no es intrínsecamente patológica, sino que adquiere un carácter clínicamente relevante cuando existen déficits en la organización de la personalidad. Es decir, cuando hay fallos en el desarrollo emocional, en el control de los impulsos o en la integración del yo. En tales casos, la agresividad se manifiesta de forma desproporcionada, impulsiva o destructiva, convirtiéndose así en un rasgo psicopatológico.

Avanzando hacia enfoques contemporáneos, y de corte más biologicista autores como el Dr. Luis M. Zieher y S.A. Halsband introducen distinciones entre la agresividad impulsiva —asociada a fallas en la modulación de las emociones por parte de la corteza prefrontal— y la agresividad premeditada, de carácter instrumental, vinculada a los trastornos de personalidad antisocial.

Para Halsband la agresividad, tiene 2 formas, una de ellas es impulsiva o afectiva, reactiva inmediata (motivada por la ira o el miedo) con gran activación autonómica, equiparadas a “pérdida de control” y otra es premeditada dirigida a un fin específico, emparentada con la agresividad depredatoria de los animales.

El psiquiatra Stephen Stahl, a su vez, tipifica la agresividad en impulsiva, psicótica y psicopática, según su etiología neuropsiquiátrica. Estas categorizaciones no solo permiten diferenciar clínicamente los tipos de agresión, sino que inciden directamente en la evaluación del riesgo y en las decisiones jurídicas sobre imputabilidad y medidas de seguridad; este autor, expresa, que la violencia surge de una compleja combinación de factores neurobiológicos, genéticos y ambientales y que se pueden observar en el contexto de varias enfermedades y define:

-Agresividad Impulsiva, como la que se precipita en forma reactiva, sin planificación, generalmente de individuos hipersensibles con una percepción de amenaza exagerada

-Agresividad Psicótica atribuible a síntomas positivos de la esquizofrenia

-Agresividad Psicopática que son los actos agresivos caracterizados por la planificación, ganancia depredatoria y falta de remordimientos. (7)

Vicente P. Cabello plantea que la agresividad patológica en el ámbito forense se caracteriza principalmente por la pérdida del control voluntario, la desconexión con la realidad, una intensidad y duración desproporcionadas, y la presencia de trastornos psicopatológicos o neurológicos. (8)

Por último la agresividad debe entenderse desde una perspectiva integral que incluya el territorio y el contexto sociocultural en el que se manifiesta, ya que lo que una sociedad considera patológico o inaceptable puede variar según la época, las creencias religiosas, los valores predominantes, el sistema político y las normas culturales vigentes.

En el campo de la Salud Mental algunos diagnósticos psiquiátricos pueden cursar evolutivamente con episodios de violencia:

-Esquizofrenia

-Trastorno del Estado de Animo

-Retraso Mental

-Abuso de Sustancias

-Trastorno por Déficit de atención del Adulto

-Epilepsia

-Demencia

-Trastorno explosivo intermitente

-Trastornos de personalidad del eje II (con menor respuesta farmacológica).

Peligrosidad vs riesgo cierto e inminente:

El concepto de peligrosidad nace arraigado a la criminología positivista del siglo XIX (Garofalo, Lombroso), e introduce una visión determinista del comportamiento delictivo, bajo esta perspectiva, la conducta criminal no se entiende como un hecho aislado, sino como manifestación de una supuesta predisposición patológica o estructural del individuo. En consecuencia, el eje de análisis se desplaza del acto ilícito hacia las características personales del sujeto, lo cual fundamenta un enfoque preventivo orientado a la identificación y neutralización de riesgos potenciales mediante la presunta capacidad de prever comportamientos delictivos futuros.

En el ámbito jurídico, la peligrosidad se entiende como la probabilidad de que un sujeto cometa un delito, y su evaluación combina elementos clínicos, psicológicos, sociales y contextuales.

Autores como Cabello han intentado sistematizar su evaluación, el autor expresa, que si bien la peligrosidad envuelve un juicio sobre elementos futuros, esta se obtiene mediante la valoración de elementos presentes, e incorpora variables como la personalidad, la enfermedad mental, su estado evolutivo y el entorno psico-social. En la misma línea Gisbert Calabuig conceptualizó la peligrosidad como la resultante de una intersección psicológica, antropológica y patológica.

Sin embargo, como advertía Jiménez de Asúa, la predicción categórica de la peligrosidad futura es inherentemente falible. (9)(10)(11)

La noción de riesgo introduce una lógica probabilística y contextual, más afín a la perspectiva psicosocial y menos determinista (probabilidad de que se produzca un evento con consecuencias negativas), interviniendo factores como condición riesgosa y vulnerabilidad en función de su intensidad, inmediatez y frecuencia. En este marco, se distingue entre riesgo cierto e inminente — que justifica medidas urgentes como una internación involuntaria— y riesgos potenciales, cuya gestión requiere intervenciones terapéuticas sostenidas y no necesariamente restrictivas. (12)

En resumen la peligrosidad es un concepto más estructural y longitudinal, mientras que el riesgo cierto e inminente es situacional y clínico.

La Ley Nacional de Salud Mental N.º 26657 adopta esta nueva lógica, en su artículo 20 y establece que la internación involuntaria solo procede ante un riesgo cierto e inminente, definido como una

contingencia concreta, verdadera y objetivamente peligrosa, para la vida o la integridad física propia o ajena. Esta normativa desplaza la categoría de peligrosidad y promueve una mirada centrada en derechos, atendiendo a la singularidad de cada caso. (13)

Para profundizar en esta “noción de riesgo”, Toro Martínez expresó, que tanto la Ley de Salud Mental como el Código Civil allanan el camino, al hablar de “evaluación de Riesgo cierto e inminente”, entendiéndolo como una situación acotada en el tiempo, en un momento y ante una situación determinada, y no la “Peligrosidad”, entendida como la probabilidad de volver a cometer un delito, basada en elementos como diagnóstico, estado evolutivo, personalidad, el hecho, y las condiciones ambientales; de todos estos elementos, el profesional expresa que el único que tiene chances de modificarse es el “estadio evolutivo”, porque todos los demás son estancos y desfavorables en el tiempo. De este modo: ¿Cómo podría un individuo dejar de ser “peligroso”, si ninguno de los elementos que lo llevaron a serlo se pueden modificar? La medida terapéutica impuesta bajo dichos parámetros no tiene fines terapéuticos, sino neutralizadores, a lo que el autor llama “fraude de etiqueta”.(14)

Por último, si bien la Ley de Salud Mental intenta dar luz a estas intrincadas decisiones, el autor Franco Rotelli expresa respecto de la “Ley Basaglia” (Ley de reformas psiquiátricas más emblemáticas del siglo XX) que, “no se puede cambiar con una Ley, un paradigma”, advirtiendo que una legislación no es suficiente para modificar una estructura cultural, médica e institucional arraigada durante siglos.(15)

Delito, imputabilidad y responsabilidad penal

Desde el ámbito penal, se entiende al delito como una conducta típica, antijurídica y culpable. Este marco exige determinar si el sujeto comprende la ilicitud del hecho y si en el momento, podía actuar conforme a esa comprensión.

De ahí deriva el concepto de imputabilidad: aptitud o capacidad de comprender la antijuricidad de sus actos y dirigir sus acciones conforme a dicha comprensión, es decir es la capacidad del individuo de ser responsable “penalmente” por sus actos. La responsabilidad, por su parte, es el deber jurídico que incumbe al individuo imputable de dar cuentas por los hechos que ha cometido y sobrellevar las consecuencias jurídicas que ese delito produjo.

La imputabilidad, aunque definida jurídicamente, requiere de una evaluación interdisciplinaria donde la psiquiatría forense juega un rol esencial.

En el sistema argentino, esta evaluación se basa en un criterio mixto: biológico (presencia de enfermedad mental, déficit cognitivo o alteración de conciencia) y psicológico (capacidad de

entender la criminalidad del acto o de dirigir sus acciones). El sujeto es inimputable si en su comportamiento antijurídico es incapaz de comprender el significado injusto del hecho que realiza (esfera cognoscitiva) y/o de dirigir su actuación conforme con dicha comprensión (vertiente volitiva). Debe aclararse, que la sola circunstancia de que una persona presente un trastorno mental o anomalía psíquica no debe traducirse en inimputabilidad. Ello dependerá, en el caso concreto, de la capacidad intelectual y volitiva del sujeto al momento del hecho delictivo. De ahí que trastorno o anomalía mental no son sinónimos de inimputabilidad.

La responsabilidad penal resulta de la convergencia temporal —entendida como el momento del hecho o momento jurídico— de los dos elementos: el biológico y el psicológico. Solo la presencia simultánea de ambos determina la imputabilidad y, por tanto, la responsabilidad penal.(16)(17).

Medida de protección de persona y medidas de seguridad

Es fundamental diferenciar las internaciones involuntarias en el contexto de una medida de protección de persona y las que se producen como medidas de seguridad, ya que responden a lógicas y finalidades distintas. La internación involuntaria es una decisión de carácter sanitario, supervisada por la justicia civil, cuyo objetivo principal es terapéutico. En cambio, las medidas de seguridad surgen desde el ámbito penal como respuesta a la peligrosidad atribuida a una persona inimputable, inscribiéndose dentro de un enfoque de control y prevención de futuros delitos.

Sin embargo, en la práctica, ambas medidas pueden derivar en internaciones prolongadas, especialmente cuando están relacionadas con delitos graves y carecen de mecanismos eficaces de revisión periódica.

Aunque las medidas de seguridad se presentan bajo un discurso terapéutico, muchas veces terminan funcionando como penas encubiertas. Tal como lo advierte Zaffaroni, estas pueden extenderse por tiempo indefinido, en contradicción con el principio de legalidad penal.(18)(19)

Este enfoque tiene raíces en la evolución histórica del pensamiento criminológico. La escuela clásica, representada por Francesco Carrara, sostenía que el individuo actúa con libre albedrío y es moralmente responsable de sus actos; por tanto, la pena tiene un carácter retributivo. Por el contrario, la escuela positivista del siglo XIX —con autores como Lombroso, Ferri y Garófalo— introdujo la idea del determinismo y la peligrosidad social, justificando la intervención penal no por el daño causado, sino por el riesgo que representa el sujeto.(20)

Si bien el derecho penal moderno ha retomado la noción de culpabilidad basada en principios aristotélicos —voluntariedad, conocimiento y premeditación—, estos fundamentos desaparecen en los casos de inimputabilidad. En tales situaciones, la pena se sustituye por medidas de seguridad o protección que, lejos de ser excepcionales o terapéuticas, con frecuencia se traducen en

internaciones indefinidas, que vulneran los principios de legalidad y proporcionalidad.

Como sostiene Galende, la persistencia del modelo asilar responde más a razones políticas y sociales que a criterios médicos o asistenciales. La salud mental sigue siendo utilizada, en muchos contextos, como una herramienta de segregación frente a conductas que desestabilizan el orden social, especialmente en escenarios marcados por la pobreza, la exclusión y la violencia estructural.

Modelos de atención en salud mental

A lo largo del tiempo, la atención en salud mental ha transitado por diferentes modelos que reflejan los cambios en la concepción del padecimiento psíquico y en la forma de abordar a las personas que lo atraviesan.

El modelo asilar se basa en la internación prolongada del paciente en instituciones psiquiátricas, generalmente alejadas del entorno social y familiar. Este enfoque, centrado en el aislamiento, concibe a la persona con trastornos mentales, como un sujeto peligroso o incapaz, priorizando el control por sobre el tratamiento y la reinserción.

En contraposición, el modelo comunitario de atención en salud mental promueve una atención centrada en la persona, con un enfoque de inclusión e integración al sistema general de salud. Este modelo impulsa el desarrollo de una red de servicios basados en la comunidad, como centros de salud mental, dispositivos intermedios, equipos de atención domiciliaria y acompañamientos terapéuticos, con el objetivo de garantizar la continuidad de cuidados y la vida en la comunidad. Este modelo no niega la necesidad de intervenciones intensivas, pero las concibe como excepcionales y temporalmente limitadas.

Neurobiología, genética y epigenética

Aportando otra dimensión al análisis, los estudios neurobiológicos actuales evidencian que las conductas impulsivas, violentas o desorganizadas tienen correlatos estructurales y funcionales en el cerebro.

Las diferentes partes del cerebro humano tienen distintos ritmos de desarrollo durante el crecimiento. El córtex prefrontal, y en particular el dorso lateral, es la última zona cortical en alcanzar su espesor final, alrededor de los 30 años (mielinización, poda axonal).

El lóbulo frontal constituye la región más anterior del cerebro y presenta un desarrollo significativamente mayor en los seres humanos en comparación con otras especies. Este lóbulo

desempeña un papel fundamental en diversas funciones cognitivas y ejecutivas, entre las que destacan: el razonamiento crítico y juicioso, el control de impulsos, la inhibición de conductas inapropiadas, la planificación de acciones, la toma de decisiones reflexivas, la definición de prioridades, la organización del pensamiento y la comprensión de las intenciones y perspectivas de los demás.

Circuitos específicos del córtex prefrontal comprenden funciones evolucionadas como empatía (capacidad de sentir y reconocer las emociones en los demás), que nos permite predecir el comportamiento de los otros y sostener relaciones interpersonales.

El sistema límbico comprende una serie de estructuras subcorticales, entre ellas la amígdala, situada en la parte más profunda y antigua del telencéfalo, y es responsable de la regulación emocional y de las reacciones primitivas e instintivas. Todas estas estructuras inmaduras en el adolescente explican muchas de sus conductas erráticas e impulsivas sopesando la emoción a la razón (21).

Los factores epigenéticos ejercen un papel modulador sobre la conducta y participan activamente en la configuración de la personalidad del individuo. En este sentido, experiencias adversas como el abandono, la exclusión social, la ausencia de figuras de cuidado, las carencias afectivas y materiales, los déficits nutricionales, los traumas tempranos, así como la exposición a entornos familiares caóticos o disfuncionales, y el consumo de sustancias psicoactivas desde etapas tempranas del neurodesarrollo, generan un impacto profundo e innegable en la neurobiología del sujeto, específicamente en regiones más vulnerables del encéfalo, como el lóbulo frontal, particularmente (corteza prefrontal) y el sistema límbico (asiento inhibitorio por excelencia) Esto permiten comprender la aparición de conductas desinhibidas, impulsivas y, en muchos casos, desadaptativas en algunos de estos individuos.

Muchos de los trastornos psicopatológicos en Psiquiatría cursan con estos antecedentes, configurando lo que Zafaroni llamó “psicopatología por vulnerabilidad” y el autor se interroga como se diferencia y articulan las dimensiones de riesgo en un contexto social de vulnerabilidad y padecimiento social.

Marco Legal

El tratamiento jurídico de las personas con padecimientos mentales debe inscribirse en el marco de los derechos humanos y garantías constitucionales.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) estableció que los Estados deben garantizar la igualdad y la no discriminación, reconociendo la plena titularidad de

derechos y la necesidad de asegurar su ejercicio en condiciones de equidad, dignidad y libertad (22).

En Argentina, este enfoque ha sido incorporado por la Ley Nacional de Salud Mental N 26.657, que concibe la internación involuntaria como un recurso terapéutico excepcional, aplicable solo ante riesgo cierto e inminente para sí o terceros, previa evaluación interdisciplinaria.

Además, establece el derecho a tratamientos humanizados, supervisión periódica, control judicial, acceso a la información, respeto por la identidad, integridad y vida privada de las personas con padecimiento mental y señala que un diagnóstico en salud mental no habilita por sí mismo a presumir peligrosidad o incapacidad.

No obstante, en el plano penal subsiste una lógica diferente. El Código Penal (Art. 34 inc. 1) permite la internación de personas inimputables declaradas “enajenadas”, medida que se mantiene hasta que desaparezca el riesgo, previa resolución judicial, dictamen pericial y audiencia del Ministerio Público. Estas medidas pueden extenderse de forma indefinida, alejándose del paradigma de derechos que rige en el ámbito civil (23).

El Código Civil y Comercial (Art. 41) refuerza los principios humanitarios al exigir requisitos específicos para internaciones sin consentimiento: evaluación profesional, justificación de la necesidad, temporalidad, revisión periódica y control judicial. Toda restricción debe ser mínima y estar orientada al respeto de derechos (24).

El Código Procesal Penal de Santa Fe (Arts. 107 a 109 y 435) regula la internación en el marco del proceso penal. Y manifiesta que ésta solo puede ser ordenada por resolución fundada del juez, debe tener duración limitada en el tiempo necesario para el informe pericial y requiere supervisión.(25)

Objetivos

- Analizar los factores clínicos, legales y sociales que condicionan la prolongación de las internaciones psiquiátricas en personas inimputables sujetas a medidas de protección de persona.
- Examinar variables como gravedad del hecho, variante etaria, contexto socio-familiar en la respuesta institucional.

-Evaluar el impacto del estigma asociado a los antecedentes penales en las decisiones de alta institucional.

-Examinar las dificultades estructurales del sistema de salud en relación a las altas sanatorias.

Metodología

El presente trabajo se llevó a cabo a partir de un estudio de casos de carácter descriptivo, en el cual se analizó el destino de personas declaradas inimputables, ingresadas bajo Medidas de Protección de Persona tras la comisión de un delito.

Se indagó acerca de los criterios que orientaron las decisiones de los equipos, poniendo especial énfasis en las tensiones éticas que surgieron de la evaluación clínico-situacional del riesgo y su articulación con el enfoque de derechos humanos.

Los casos fueron recopilados a partir de historias clínicas provenientes de instituciones de salud mental del ámbito privado de la ciudad de Rosario. La selección de los mismos se centró en personas que habían atravesado situaciones vinculadas a conflictos con la Ley Penal y que, posteriormente, pasaron a estar bajo el régimen civil mediante una medida de protección de persona. Para conformar una muestra representativa que permitiera reflexionar críticamente sobre la temática, se tuvieron en cuenta diversos criterios, entre ellos: la naturaleza de la medida de protección impuesta, el tipo de delito cometido y el tiempo de seguimiento institucional.

Se analizaron variables como: motivo de internación, gravedad del hecho que dio origen a la misma, diagnóstico psicopatológico de base, contexto del hecho (intrafamiliar o extrafamiliar), edad del paciente, tiempo total de internación, criterio de alta médica, y causa de prolongación de la internación. Complementariamente, se incorporó un registro cualitativo de las opiniones y valoraciones clínicas de los profesionales intervinientes, especialmente en relación con la evaluación del “fin del riesgo” e indicación de alta sanatorial. Con el fin de complementar el estudio, se consultó referentes en diversos soportes sobre la temática, material bibliográfico y documental respaldatoria.

Casos seleccionados

1-Caso I.

Paciente con cuadro de Psicosis Esquizofrénica, acusado de Homicidio de su hija de 2 años y su esposa, sobreseído de la justicia Penal por inimputabilidad, ingresa a la esfera Civil con una Medida de protección de persona. Luego del alta médica otorgada por el equipo de salud de la Colonia de Oliveros, ingresa nuevamente a monovalente con cobertura de su Obra Social, por sintomatología persecutoria. En este punto cada vez que se intenta otorgar el alta médica es hostigado en el contexto barrial por los familiares de la víctima, por lo que se decide su traslado a dispositivo de Casa asistida con Acompañamiento Terapéutico hasta que se resuelve su derivación a otra localidad con el acompañamiento de su padre, único familiar que accede a acompañar el proceso terapéutico. Desde su ingreso a Monovalente a dispositivo de casa asistida pasan 4 años y luego 2 años más para el alta médica.

2-Caso H

Paciente de 30 años de edad con Dg. de Retraso Mental Moderado acusado por el Delito de Abuso sexual en el ámbito intrafamiliar, internado inicialmente en Sanatorio monovalente privado de la ciudad de Rosario, el equipo a cargo decide no otorgar el alta y derivarlo a la Colonia P. Oliveros, desde dicha institución solicitan traslado a Hogar de Discapacidad, debido a que su familia no está dispuesta a alojarlo nuevamente. Dicha derivación se ha resistido incluso desde los equipos evaluadores, ya que el sujeto “no comprende la criminalidad de sus actos”, por lo cual el traslado no se concreta y el paciente permanece en el mencionado Hospital”. Lleva en la actualidad más de 8 años institucionalizado.

3-Caso N

Paciente de 28 años de edad con Dg. de Psicosis Paranoide, acusado del homicidio de su hermano con quien convivía, declarado inimputable por la Justicia Penal, cursa internación crónica en Monovalente. Su familia se niega a acompañar el alta, y el equipo tratante sólo logra derivarlo a “casa asistida” con Acompañante Terapéutico, como alternativa menos restrictiva, pero no puede lograr que sus vínculos socio-familiares cooperen para su reinserción en la comunidad, de hecho, se niegan a la misma. Así el dispositivo de casa asistida que es pensado como una instancia transitoria de paso hacia el alta definitiva no puede concretarse. Lleva en la actualidad 4 años desde su ingreso a internación en Salud Mental.

4-Caso A

Paciente de 74 años, con Dg probable de Demencia, comienza el proceso con sintomatología depresiva y desencadena una descompensación psicótica en la que realiza el pasaje al acto. Acusado de homicidio de su esposa, una vez declarada su inimputabilidad, cursa internación en el Hospital Psiquiátrico Agudo Ávila, desde donde es trasladado a un Monovalente privado, allí el equipo de profesionales trabaja el ingreso a “Residencia Geriátrica con apoyo Psiquiátrico”, el cual se vio resistido por varias instituciones debido al antecedente penal del paciente. El proceso de internación lleva aproximadamente 1 año, cuando la compensación del cuadro con alta médica se había logrado a los 2 meses aproximadamente.

5- Caso R

Paciente de 24 años de edad con Dg. de Retraso Mental Moderado acusado del Homicidio de su padre con quien convivía, declarado inimputable por insuficiencia de sus facultades mentales,

permanece internado en Monovalente hace 5 años ya que sus hermanas se niegan rotundamente a trabajar el alta, debido a que le temen. El equipo de profesionales entiende que sin “apoyo” no podría sostener un afuera, pero la familia no está dispuesta a acompañar el proceso. Por su diagnóstico de base, Reúne criterio para ingreso a “Hogar de Discapacidad” lo cual se intenta, pero las instituciones le niegan la plaza debido a su antecedente de parricidio.

6- Caso A

A. Mujer de 82 años de edad, ingresada en unidad monovalente tras ser señalada como presunta autora del homicidio de su pareja conviviente, quien fue hallado en el domicilio con lesiones físicas de gravedad que posteriormente le causaron la muerte. En contexto de un deterioro cognitivo moderado, se concluye su inimputabilidad. Su hija, único familiar responsable, se niega a que su madre sea externada y solicita derivación a institución geriátrica. La paciente es evaluada para ingreso a Geriátrica, pero la prestación es denegada desde la Obra social, dado el antecedente. Por lo que permanece internada en Monovalente a pesar del alta médica, lleva en la actualidad 1 año.

7-Caso M

Paciente de 56 años de edad con Dg de Trastorno Bipolar según CUD, involucrado en conflicto penal por violencia de género, “Lesiones graves” le instalan una perimetral y lo derivan a Monovalente con medida de protección de persona hasta que se resuelva su situación procesal. Queda claro que cualquiera sea el dictamen de Juntas especiales, M no podrá volver a su casa, y no cuenta con otra red de contención socio-familiar. Por lo cual, con 56 años de edad, solicita internación geriátrica por falta de un dispositivo más adecuado para su ingreso, pero su antecedente penal por violencia, le cercena dicha posibilidad, por lo que permanece internado en Monovalente en forma prolongada (1 año en la actualidad), con alta sanatorial.

8- Caso W

Paciente de 57 años de edad internado desde el 2018 en Institución Psiquiátrica por lesiones graves a ambos progenitores en contexto de descompensación de su patología de base (Psicosis esquizofrénica). W. evidencia un defecto esquizofrénico propio de la evolución de su enfermedad

que lo imposibilita a vivir sólo, y el antecedente de violencia le impide volver a convivir con sus padres ańos, por lo que continúa al día de la fecha en una internación prolongada (6 años), con criterio de alta.

9- Caso N

Paciente de 63 años internado en Salud Mental desde 2005, por disparar con arma de fuego a un transporte público, ocasionando la muerte de un pasajero, es declarado inimputable por cuadro de Psicosis Esquizofrénica., cuenta con un único familiar, hermano, quien no está dispuesto a acompañar el alta, reside en clínica Psiquiátrica (por 12 años) hasta su fallecimiento 2 años atrás.

10-Caso C

Paciente masculino de 76 años de edad ingresa con medida de protección de persona por el delito de Abuso sexual a su nieta menor de edad con quien convivía. El paciente presenta antecedente penal por el mismo delito por el que cumplió condena hace algunos años, pero la reincidencia actual se produce en un contexto de deterioro cognitivo, que le imposibilitaría comprender la criminalidad de sus actos, según evaluación pericial. El equipo tratante sostiene que el alta sería posible en un medio controlado como una Residencia Geriátrica con apoyo Psiquiátrica, pero los intentos de derivación fueron frustrados por las negativas de las instituciones, al conocer sus antecedentes. Lleva 4 años internado en institución Psiquiátrica.

11- Caso F

Paciente de 46 años de edad con Dg de Esquizofrenia Paranoide asociado a Consumo Problemático. Ingresa con medida de protección de persona ante una situación de violencia intrafamiliar en la que provoca lesiones graves a su madre. Su familia instala una restricción de acercamiento. Presenta múltiples internaciones anteriores en contexto de marcada agresividad. El equipo tratante indica derivación a Comunidad Terapéutica luego de varios meses de internación, pero la misma no se concreta por negativa del paciente. Los profesionales sostienen que el mismo no puede ser externado sin la supervisión adecuada y carece de contexto familiar que se lo proporcione, por lo que lleva actualmente 8 meses de internación.

Resultados

La población seleccionada fue de 11 casos quienes tuvieron un promedio de edad de 52 años ± 20.6 años, con una edad mínima de 24 años y la máxima de 82 años. La mayoría fue del sexo masculino (10 casos) y 1 del sexo femenino.

Se evidenció además una variedad de hechos delictivos que van desde homicidios hasta lesiones graves y abuso sexual (tabla 1), lo que aportó una riqueza analítica al relacionar gravedad del hecho y respuesta institucional (en el ámbito privado).

Tabla 1: Distribución de frecuencia y porcentual de los casos según el tipo de delito.

Tipo de delito	Frecuencia	%
Homicidio	6	54,5
Lesiones graves	3	27,3
Abuso sexual	2	18,2

Total	11	100
-------	----	-----

Todos los casos mostraron el perfil que se quiere visibilizar. Es decir, personas declaradas inimputables, con medidas de protección de persona que ven prolongada su internación.

En casi todos los casos, el hecho violento ocurrió dentro del ámbito familiar, generando un rechazo activo de los familiares a recibir al paciente tras el alta médica, situación observada en 9 pacientes (casos H, N, R, M, A, W, C, N, F). Solo en el caso de I, su padre asumió el rol de acompañante y facilitó la externación, aunque esto ocurrió años después de la indicación de alta.

Respecto al criterio de externación, tuvieron el alta en 9 casos (81,8 %), sin embargo, todos continuaron internados.

El impacto social del delito (homicidios, abusos, violencia grave, delito en la vía pública) funcionó como una barrera de acceso a dispositivos comunitarios. Esta situación ha limitado la posibilidad de incluir a estas personas en otras modalidades de atención distintas a las de Salud Mental. Además, la reticencia institucional en ámbitos fuera del campo de la Psiquiatría para aceptar pacientes con antecedentes penales, incluso cuando han sido declarados inimputables, restringe de manera significativa cualquier posibilidad de derivación a espacios alternativos. (Casos A, R, M, C).

En esta selección se presentó una diversidad diagnóstica, donde se incluyeron pacientes con esquizofrenia, trastornos afectivos, deterioro cognitivo, retraso mental y adicciones.

En los seis casos con diagnóstico de psicosis así como el caso con diagnóstico de trastorno bipolar, el episodio fue interpretado como una descompensación aguda del proceso psicopatológico de base. Todos los pacientes presentaron una respuesta favorable al tratamiento instaurado, con remisión de los síntomas agudos que motivaron la internación. Esta evolución clínica permitió al equipo tratante indicar el alta, conforme a la normativa vigente, al considerarse resuelto el estado de riesgo cierto e inminente.

La presencia de patología dual —específicamente, la coexistencia de un trastorno psicótico asociado a consumo problemático de sustancias— complejizó las decisiones clínicas respecto del alta y su derivación fuera del ámbito hospitalario como se observa en uno de los casos, ya que el daño orgánico del consumo prolongado disminuyó la posibilidad de respuesta terapéutica.

Pacientes con Dg. de oligofrenia (C y R), presenta una incapacidad estructural para comprender la ilicitud del acto (sujeto carente de capacidad de reproche), por lo que el alta fue más discutida o rechazada incluso por los dispositivos alternativos.

En los pacientes con diagnóstico de demencia (casos H, R y A), los equipos tratantes disponen de instituciones psicogerítricas consideradas adecuadas para su derivación, por lo que se otorga el alta médica con la indicación correspondiente. No obstante, en la mayoría de los casos, la concreción efectiva de dichas derivaciones se ve obstaculizada por diversas resistencias, lo que dificulta su implementación.

Tabla 2: Distribución de frecuencia y porcentual de casos según indicación de alta médica

Alta médica	Frecuencia	%
Con indicación de alta medica	9	81.8
Sin indicación de alta medica	2	19.2
Total	11	100

De la documental examinada, se desprende que los equipos de salud cumplen con lo establecido por el Art. 21 y 23 de la ley LNSM ante internaciones involuntarias, así como la confección de dictámenes interdisciplinarios que son enviados periódicamente a los juzgados correspondientes para solicitar intervención ante la prolongación de las internaciones, tal como lo estipula el artículo 24 de la mencionada legislación. Aún así los pacientes continúan institucionalizados.

Discusión

El análisis de los casos permite sostener que, en la práctica clínica, la posibilidad de otorgar el alta médica dentro del marco normativo vigente redefine el lugar del equipo profesional. La Ley 26.657 implica un cambio de paradigma que desplaza el antiguo criterio de “peligrosidad potencial” como fundamento de la internación o su prolongación, sustituyéndolo por una evaluación integral del proceso terapéutico y de las condiciones de salud del usuario.

Así, la apropiación del marco normativo actual brinda a los equipos de Salud Mental la posibilidad de ejercer su práctica clínica sin la carga que implicaba responder al viejo concepto de peligrosidad, priorizando en cambio criterios terapéuticos y de inclusión social.

De este modo, es la LNSM la que habilita y legitima el posicionamiento del equipo profesional, al ofrecer un sustento normativo que respalda decisiones clínicas basadas en el proceso de atención y no en la predicción de conductas futuras, consolidando una perspectiva de derechos humanos en el campo de la salud mental.

En los casos examinados, la institucionalización prolongada no obedece a una perspectiva médica, según los criterios actuales, sino que responde a múltiples factores sociales y estructurales, entre los cuales se destacan:

Imposibilidad de externación con apoyos adecuados, debido a la carencia de un entramado comunitario efectivo que garantice continuidad de cuidados.

Ausencia de dispositivos intermedios o definitivos que permitan alternativas a la institucionalización, reflejando una falta de acción del Estado en la creación de recursos y redes de sostén.

Rechazo del entorno familiar o comunitario, que dificulta la reintegración social del sujeto.

Estigma social asociado a antecedentes penales, que limita las oportunidades de inserción comunitaria.

En este contexto, la internación prolongada de personas inimputables que ya han recibido el alta médica responde predominantemente a determinantes sociales y estructurales, más que a criterios clínico-médicos, subrayando la necesidad de fortalecer estrategias comunitarias y dispositivos de apoyo que permitan una reintegración segura y efectiva.

Conclusión

En el marco normativo argentino, cuando cesa la intervención penal por inimputabilidad, si el riesgo persiste, la situación puede continuar en manos de la órbita penal con indicaciones de “Medidas de Seguridad” o pasar al fuero civil, generalmente a través de “medidas de protección de persona” previstas en el Código Civil y Comercial. Estas medidas, que deberían ser protectoras y transitorias, terminan legitimando internaciones psiquiátricas prolongadas. Pese a que el Código establece que las medidas deben ser revisadas con periodicidad, en la práctica, ésta es mínima o ausente, especialmente cuando el paciente no tiene redes socio-familiar que acompañen el proceso.

La ley 26.657 establece con claridad que toda privación de la libertad por motivos de salud mental debe estar justificada únicamente por la existencia de un riesgo cierto e inminente. En este contexto, la prolongación del encierro institucional, sin justificación clínica correspondiente, constituye una forma de vulneración de derechos. La práctica médica no puede ni debe legitimar

el uso del sistema de salud mental como mecanismo de contención social frente a la ausencia de políticas públicas inclusivas (26)(27).

Los casos analizados evidenciaron que estas internaciones no obedecen, en general, a un criterio de peligrosidad, sino a la falta de dispositivos intermedios de alojamiento, al rechazo del entorno familiar y comunitario, y al persistente estigma social asociado a quienes han participado en actos delictivos, aun cuando sean declarados inimputables.

La institucionalización, en sí misma, conlleva un debilitamiento de los lazos sociales, que remiten al concepto de “desafiliación”, desarrollado por Robert Castel, quien sostiene que la pérdida de vínculos sitúa al sujeto en una posición de vulnerabilidad extrema, dejándolo fuera de los circuitos de integración propios del Estado de bienestar. Desde esta mirada, el sujeto inimputable se encuentra doblemente desplazado: por un lado, fuera del derecho penal por su “falta de responsabilidad”; por otro, fuera del campo socio-sanitario, una vez que alcanza la compensación clínica, por ausencia de alternativas que le brinden una efectiva integración comunitaria.(28)

La peligrosidad, interpretada desde una perspectiva actual, deja de concebirse como una condición estática o inherente al sujeto, para entenderse como una condición clínica dinámica, contextual y modificable. Esta concepción implica evaluarla de manera acotada en el tiempo, en función de un entorno socioambiental específico y del momento evolutivo del cuadro psicopatológico. Este marco posibilita que los equipos interdisciplinarios realicen evaluaciones más precisas y fundamentadas, lo que en muchos casos permite otorgar el alta médica cuando se constata la remisión del riesgo.

Si bien la legislación vigente prevé la existencia del Órgano de Revisión como entidad de control de las internaciones, su implementación en la ciudad de Rosario ha resultado limitada y poco eficaz, sin lograr materializar el enfoque progresista que la normativa propone.

Incorporar en estos procesos la figura del Médico Legista con formación en salud mental y conocimiento sólido del marco normativo nacional e internacional, podría ser una alternativa eficaz, para garantizar así una revisión oportuna y sustantiva de las medidas restrictivas de la libertad. Este profesional podría cooperar en la evaluación de aspectos claves, como capacidad, autonomía, recursos, habilidades y riesgo. Actuando como enlace entre los equipos de salud y el sistema judicial, asegurando el cumplimiento de los principios de constitucionalidad y convencionalidad en las decisiones.

Como corolario, y respondiendo al interrogante que da pie a la presente investigación respecto de la población estudiada, expresar que es a través de la apropiación efectiva del nuevo paradigma en salud mental que se deben orientar los recursos, adaptar las herramientas legales y garantizar el tratamiento de estas personas, no como sujetos peligrosos, sino como sujetos de derecho.

Bibliografía

1- Ghioldi, L., Toro Martínez, E., & col. (2010). *Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria basada en la peligrosidad para sí o para terceros*. Cuadernos de Medicina Forense Argentina, (1), 25–35.

[https://www.csjn.gov.ar/cmfc/files/pdf/CMFA-Tomo2\(2010\)/CMFA2-1-Ghioldi.pdf](https://www.csjn.gov.ar/cmfc/files/pdf/CMFA-Tomo2(2010)/CMFA2-1-Ghioldi.pdf)

2- Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique: L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris: Éditions de Minuit.

3- Torres, A. (2017). La teoría epistemológica de Voltaire. *Psicología y Mente*.

<https://psicologiaymente.com/psicologia/teoria-voltaire>

4-Freud, S. (1998). Pulsiones y destinos de pulsión. En J. L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud (Vol. 14)*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915a).

- 5- Uchelen, C. Individualism, collectivism, and community psychology. En J. Rappaport & E. Seidman, *Handbook of Community Psychology*, 2000; (65-78). New York: Kluwer Academic
- 6- Seitún, D. (2005). Ciencias penales contemporáneas: La indeterminación temporal de las medidas de seguridad para inimputables y el principio de proporcionalidad. *Revista de Derecho Penal, Proceso Penal y Criminología*, 7/8.
<https://scholar.google.com.ar/scholaroi=bibs&cluster=227361590022861720&btnI=1&hl=es>
- 7- Stahl, S. Morrissette, y col. *Violencia. Circuitos Neuronales, Genética y Tratamiento*. Stahl Ilustrados. Editorial. Grupo Aula Médica, 1ª Edición marzo 2015. Español.
- 8- Cabello, V. P. (1981). *Psiquiatría Forense en el Derecho Penal (Tomo I)*. Editorial Astrea
- 9- Calabuig G. *Medicina Legal y Toxicología* 6º edición. Editorial Mason Bs As, 2005.
- 10- Pueyo, A. A. (2013). *Peligrosidad criminal*. http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Andr%C3%A9s-Pueyo_2013.pdf
- 11- Cabello VP. *Psiquiatría Forense en el Derecho Penal Tomo II*. Editorial Hammurabi. Bs As, 2013
- 12- Silva, D. (2017). La riesgosisdad: Un nuevo paradigma y desafío pericial. *Revista de Actualidad en Derecho de Familia y CCyC*, (6).
<https://www.acfra.org.ar/wp-content/uploads/2021/01/la-riesgosisdad-un-nuevo-paradigma-y-desafio-pericial.pdf>
- 13- Ley 26.657. *Derecho a la protección de la salud mental*. (2015, noviembre).
- 14- Toro Martínez, E. (2024). [Artículo en Cuadernos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación].
<https://www.csjn.gov.ar/cmfc/files/pdf/CACF%2020242/CACF%202024%20Toro%20Martinez.pdf>
- 15- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida: La trayectoria por la reforma psiquiátrica en Brasil* (1.ª ed.). Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- 16- Poblet Machado, M. A. (2019). *Inimputabilidad en Argentina: Prácticas jurídicas, penitenciarias y sanitarias frente al sujeto inimputable*.
<https://cdsa.academica.org/000-023/428>

17- Basile, A A. Fundamentos de Medicina Legal, 3ª. Edición, Pág. 175, Bs. As., El Ateneo, año 1999

18- Muñoz, S. C. (s.f.). *Personas declaradas inimputables por la justicia penal y su alojamiento coactivo en instituciones de salud mental mediante imposición de medidas de seguridad: ¿Seres humanos o expedientes?*

https://apm.gov.ar/sites/default/files/Las%20personas%20declaradas%20inimputables%20por%20la%20justicia%20penal_0.pdf

19- Zaffaroni, E. R. (s.f.). *Los disfraces de la peligrosidad*. Biblioteca de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

<https://revistas.unlp.edu.ar/ReDeA/article/download/5175/4222/13395>

20- Plessen I. Criminología, introducción a sus principales pensamientos, Ed. Dosyuna, 2021

21- Raime, A. L. (s.f.). Neurocriminology: Implication for the punishment prediction and prevention of criminal behavior. *Nature Reviews Neuroscience*.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24326688/>

22- Organización de los Estados Americanos (OEA). (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*.

https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos-Humanos.pdf

23-Código Penal de la Nación Argentina. Artículo 31.

<https://revistas.unlp.edu.ar/ReDeA/article/download/3917/3729/11447>

24- Código civil y comercial Art 41

25- Ministerio Público de la Defensa – Provincia de Santa Fe. (s.f.). *Documento básico de defensas para la atención especializada a personas con padecimiento mental*.

<https://www.defensasantafe.gob.ar/publicaciones/regionales/2/15/76/Documento%20para%20personas%20que%20amerita%20atenci%C3%B3n%20especializada.pdf>

26-Foucault, Michel, Les Anormaux. Texto del informe del curso de 1974-1975 dictado por M Foucault en el college de France. Ed Fondo de cultura Económica. BA As 2006 p. P 116-117

27-Galende E, Kraut AJ y col. El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos. 1ra edición. Buenos Aires Editorial Lugar 2006

28-Castel, R. (1995). La metamorfosis de la cuestión social: Una crónica del asalariado. Buenos Aires: Paidós.

Anexo:

Tabla de población:

Caso	Sexo	Diagnostico	Tiempo de Internacion	contexto	Delito	Alta	Situación actual
I	M	Ps.Paranoide	6 años	Intrafamiliar	Homicidio	Si	Comunidad
C	M	Oligofrenia	8 años	Intrafamiliar	Abuso sexual	No	Monovalente
N	M	Ps.Paranoide	4 años	Intrafamiliar	Homicidio	Si	Casa asistida

A	M	Demencia con descompensación psicótica	1 año	Intrafamiliar	Homicidio	Si	Inst. Psicogeriatrica
R	M	Oligofrenia	5 años	Intrafamiliar	Homicidio	Si	Monovalente
A	F	Demencia	1 año	Intrafamiliar	Homicidio	Si	Monovalente
M	M	Tr. Bipolar	1 año	Intrafamiliar	Les.Graves	Si	Monovalente
W	M	Esquizofrenia	6 años	Intrafamiliar	Les.Graves	Si	Monovalente
N	M	Esquizofrenia	18 años	Extrafamiliar	Homicidio	Si	Obito en Monovalente
C	M	Demencia asoc. Tr Personalidad	4 años	Intrafamiliar	Ab.Sexual	Si	Monovalente
F	M	Esquizofrenia asoc. a consumo de sustancia	9 meses	Intrafamiliar	Les. Graves	No	Monovalente

Ley 26.657

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias.
Derógase la Ley N° 22.914.

Sancionada: Noviembre 25 de 2010

Promulgada: Diciembre 2 de 2010

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

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I

Derechos y garantías

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

ARTICULO 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Capítulo II

Definición

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

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

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

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

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

Capítulo III

Ambito de aplicación

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

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

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

- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;

- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo V

Modalidad de abordaje

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

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

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

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

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de

convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

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

Capítulo VI

Del equipo interdisciplinario

ARTICULO 13. — Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Capítulo VII

Internaciones

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

ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada

una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

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

a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;

b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;

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

ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

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

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

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

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

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

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

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

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

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

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

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

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

ARTICULO 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una

nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

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

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

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

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

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

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

Capítulo VIII

Derivaciones

ARTICULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Organo de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

Capítulo IX

Autoridad de Aplicación

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

ARTICULO 32. — En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 33. — La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los

profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

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

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

ARTICULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

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

Capítulo X

Organo de Revisión

ARTICULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Organo de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

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

ARTICULO 40. — Son funciones del Organo de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;
- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;
- h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;

- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
- l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

Capítulo XI

Convenios de cooperación con las provincias

ARTICULO 41. — El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;
- c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

Capítulo XII

Disposiciones complementarias

ARTICULO 42. — Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones

interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

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

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

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

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

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público.

ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

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

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.657 —

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