



ESCUELA  
DE LA DEFENSA PÚBLICA



MPD  
Argentina



# EL ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS

DIÁLOGOS DE LA DEFENSA PÚBLICA PARA  
LA GARANTÍA DE DERECHOS



ISBN 978-987-48966-6-7



9 789874 896667

**EL ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL DE  
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DESDE  
UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS**

---

DIÁLOGOS DE LA DEFENSA PÚBLICA PARA  
LA GARANTÍA DE DERECHOS

El abordaje de salud mental de niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva de derechos humanos : diálogos de la defensa pública para la garantía de derechos / Martín Urdinola ... [et al.]. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Defensoría General de la Nación, 2024.  
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-987-48966-6-7

1. Salud Mental. 2. Derechos Humanos. 3. Derecho. I. Urdinola, Martín  
CDD 341.48572



## **ESCUELA DE LA DEFENSA PÚBLICA**

Sarmiento 539, piso 2°  
Capital Federal. CP (1041)  
Tel.: (011) 2151-9100

2024 Ministerio Público de la Defensa  
Defensoría General de la Nación  
[www.mpd.gov.ar](http://www.mpd.gov.ar)  
Av. Callao 970  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**Prólogo ..... 7**

*Stella Maris Martínez*

**Presentación ..... 9**

*Rosalía Muñoz Genestoux y María Laura Folgar*

**CAPÍTULO I ..... 11**

*Desafíos de la defensa técnica de niños, niñas y adolescentes internados por motivos de salud mental*

**01 |** Intervención de la Unidad de Letrados en articulación con los organismos de protección de derechos en el marco de las internaciones por motivos de salud mental ..... 13  
*Martín Urdinola y Rosalía Muñoz Genestoux*

**02 |** Defensa técnica de los niños, niñas y adolescentes internados por salud mental..... 39  
*Alejo de Irureta*

**03 |** Internaciones de NNyA hipervulnerables: avances hacia un abordaje integral y especializado ..... 55  
*María Laura Folgar y Agustina Oliveri*

**04 |** Análisis estadístico de la actividad de la Unidad de Letrados - período 2022/2023 y su comparación con períodos anteriores ..... 79  
*Daniela Ayelén Rébora Morales*

**05 |** Derecho comparado con relación a la salud mental ..... 89  
*Yamila Belén Gomez, Sofía Messina Anachuri y Federico Murck*

**06 |** El consentimiento informado de niños, niñas y adolescentes en el marco de internaciones por motivo de salud mental.....103  
*Martin Leandro García y Andrés Turcot*

**07 |** Una mirada integral para el abordaje de los derechos sexuales y (no) reproductivos de las adolescentes con discapacidad ..... 123  
*María Victoria Azpitarte y María Belén Pascuali*

## CAPÍTULO II ..... 141

*Intervenciones interdisciplinarias en materia de salud mental de niños, niñas y adolescentes*

- 08 |** Reflexiones en torno a las internaciones de niños, niñas y adolescentes por razones de salud mental y adicciones en la Ciudad de Buenos Aires .....143  
*Hernán Crespo Kaul*
  
- 09 |** Algunas aproximaciones acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las autolesiones.....161  
*Sabrina Natalia Bossetti y Silvana Ossola*
  
- 10 |** El abordaje interdisciplinario de la defensa técnica en los términos del artículo 22 de la Ley 26.657. La perspectiva del abogado/a ..... 173  
*Daniel Alejandro Guede y María Cecilia De Luca*
  
- 11 |** No soy de aquí, no soy de allá. Relatos de un transitar incierto .....183  
*Mariela Pichon, Alejandra Parrotta y María Victoria Pacheco*
  
- 12 |** Medicalización de niños, niñas y adolescentes internados por motivos de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires.....195  
*Hernán Crespo Kaul*
  
- 13 |** Acceso a la salud en CABA: el trabajo del Equipo de abordaje de personas en situación de calle con padecimiento mental severo (ASIC) .....219  
*Agustín Tomás Goya*

## CAPÍTULO III ..... 233

*Diálogos interinstitucionales sobre salud mental.  
Experiencias de distintos actores*

- 14 |** La intervención de la Defensoría Pública Tutoría con relación a niños, niñas y adolescentes internados por salud mental .....235  
*Juan Pablo Olmo y Marcela Lorena Sasso*
  
- 15 |** Desafíos en la intervención de la Defensoría de Menores e Incapaces respecto de los niños, niñas y adolescentes usuarios de los servicios de salud mental ..... 251  
*Soledad Valente y María Paula Menossi*
  
- 16 |** Determinación y restricción de la capacidad jurídica en las adolescencias. Una mirada desde la defensa pública ..... 271  
*Vanesa Susana Moreno*

<b>17</b>   Respetar el síntoma como presupuesto ético de la actuación judicial .....	287
<i>Carolina Alcuaz y Alejandro Javier Siderio</i>	
<b>18</b>   El reclamo permanente: la necesidad de la mirada experta en infancias y adolescencias.....	321
<i>María Graciela Iglesias</i>	
<b>19</b>   Internaciones prolongadas: la invisibilización del abandono. La lucha contra la cronificación y los desafíos pendientes. ....	341
<i>Mariano Laufer Cabrera y Gabriela Spinelli</i>	
<b>20</b>   Las consignas policiales en las internaciones por motivos de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....	359
<i>Joaquín Freije</i>	



# PRÓLOGO

---

Este libro surge de la necesidad de visibilizar las implicancias de las internaciones por motivos de salud mental en uno de los sectores más vulnerabilizados de nuestra sociedad: los niños, niñas y adolescentes. La obra busca reflexionar, con una mirada transdisciplinaria, sobre las intervenciones para asegurar los derechos fundamentales de las infancias. Con ese objetivo, la obra pone a disposición de los/as lectores/as las contribuciones de diferentes actores del sistema de administración de justicia comprometidos con esta tarea.

En nuestro país, en sintonía con la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, la Ley de Protección Integral de Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (Ley N° 26.061) los reconoce como sujetos de derechos con conocimientos, emociones y aspiraciones propias. En el mismo sentido, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657) y su Decreto Reglamentario 603/13, y el Código Civil y Comercial de la Nación buscan asegurarles el cuidado de la salud, en particular de la salud mental. En esa línea, establecen la obligación por parte del Estado de adoptar medidas que promuevan su contención, acompañamiento y el acceso efectivo a los derechos. Sin embargo, pese a la profusa normativa, la realidad muestra que muchas veces ese objetivo es difícil de alcanzar.

La pandemia del COVID-19 y la grave crisis socioeconómica que atraviesa nuestro país impactan de manera especial en las infancias. Los niños, niñas y adolescentes que atraviesan internaciones por motivos de salud mental -y en especial quienes se encuentran bajo la línea de pobreza- deben sortear las severas consecuencias que estas medidas tienen sobre su subjetividad ante la separación transitoria de sus grupos de pertenencia. En este contexto, la labor desarrollada por la Unidad de Letrados de Salud Mental para Personas Menores de Edad, con su presencia diaria en los lugares de internación, procura minimizar estos padecimientos. Junto con otros programas y áreas específicas del Ministerio Público de la

Defensa, esta Unidad pone en marcha los mecanismos para fortalecer la escucha y la comprensión que asegure el acceso a la justicia de niños, niñas y adolescentes.

A pesar de estos resguardos institucionales, los desafíos son grandes. Revertir los contextos de exclusión en los que se ven inmersas las infancias requiere fundamentalmente de políticas públicas integrales; pero también de espacios de reflexión como el que abre esta obra. Con este gesto modesto, reconocemos la tarea realizada por los/as integrantes de la defensa pública y los/as alentamos a seguir trabajando para asegurar los derechos de niños, niñas y adolescentes.

**Stella Maris Martínez**  
Defensora General de la Nación

# PRESENTACIÓN

---

## **Rosalía Muñoz Genestoux**

Coordinadora de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657

## **María Laura Folgar**

Ex Coordinadora (05/2015 - 05/2023) de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657

Desde su creación en el año 2012, la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad Art. 22 Ley 26.657 ha tenido como objetivo la defensa técnica, gratuita y especializada de los niños, niñas y adolescentes internados por motivo de salud mental y adicciones en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Así, en estos casi doce años ininterrumpidos de trabajo se ha efectivizado el acceso a la justicia de quienes, por su doble condición de personas menores de edad y de usuarios y usuarias del sistema de salud mental, se encontraban en una situación de extrema vulnerabilidad. En muchas ocasiones, a esas características se les sumaron otras vulnerabilidades: estar en situación de pobreza, ser migrantes, sufrir violencia por cuestiones de género, entre otras.

Desde esta valiosa experiencia surgió la inquietud de volcar en una publicación los distintos saberes y las buenas prácticas que han favorecido y mejorado las condiciones de alojamiento y los egresos de los niños, niñas y adolescentes con padecimientos de salud mental que hemos asistido. Por eso, este libro está dedicado a profundizar todos los aspectos que, a nuestro criterio, involucran sus vivencias, siempre desde un enfoque de derechos humanos y desde la defensa pública.

Podemos afirmar que este largo camino recorrido ha servido, además de para garantizar el acceso a la justicia de las personas menores de edad, para modificar prácticas, mejorar espacios y dispositivos y, fundamentalmente, favorecer y establecer canales de diálogo con otros efectores en busca de propiciar un abordaje holístico

desde la interdisciplina y la intersectorialidad. En ese espíritu, los artículos aquí reunidos fueron escritos por profesionales de distintas disciplinas (derecho, psicología, psiquiatría, trabajo social, etc.) y áreas del Ministerio Público de la Defensa (Defensoría Pública de Menores e Incapaces, Defensoría Pública Curaduría, Defensoría Pública Tutoría, Unidades de Salud Mental que ejercen la defensa de personas menores y mayores de edad, el Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental, entre otras) y de la Justicia Civil que interactúan diariamente con nosotros/as.

La importancia de fomentar la publicación de textos como los que integran este volumen radica en que, además de dar cuenta de la situación de niños, niñas y adolescentes en su contexto social, cultural y judicial, se intenta enriquecer las discusiones teóricas aplicadas a este campo específico. El objeto: mejorar las prácticas judiciales y extrajudiciales que impactan en la vida de nuestros y nuestras asistidos/as.

A la vuelta de página se encuentran artículos de los y las integrantes de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad que dan cuenta de las características de las internaciones por motivos de salud mental; de la función del abogado/a del artículo 22 de la Ley de Salud Mental; de la relevancia de contar con el consentimiento informado de niños, niñas y adolescentes internados/as; de la medicalización y sus efectos; y de la intervención de los organismos de protección tendiente a garantizar los derechos de las personas menores de edad. Dentro de la publicación habitan, además, diversas experiencias de intervención de otras dependencias del Ministerio Público de la Defensa, del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental -del que el MPD es parte- y del Poder Judicial, que visibilizan sus prácticas y el arduo trabajo que realizan en la tarea diaria de garantizar los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes. Finalmente, la revista presenta tres trabajos que analizan críticamente distintas situaciones que tienen como protagonistas a personas mayores de edad con problemáticas de salud mental: las internaciones prolongadas, la intervención de consignas policiales durante la internación y el trabajo en territorio en pos del acompañamiento de aquellas personas que en situación de calle requieren tratamiento.

Esperamos que este material sea de utilidad para todas y todos, especialmente para quienes bregamos por garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes y para favorecer el acceso a la justicia de los/as usuarios/as de los servicios de salud mental.

# CAPÍTULO I

---

*Desafíos de la defensa técnica de niños,  
niñas y adolescentes internados por  
motivos de salud mental*



## **Intervención de la Unidad de Letrados en articulación con los organismos de protección de derechos en el marco de las internaciones por motivos de salud mental**

### **Martín Urdinola**

Abogado (UBA). Especialista en Interdisciplina y Problemáticas Infantojuvenil (Posgrado/UBA). Integrante de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad Art. 22 Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación.

### **Rosalía Muñoz Genestoux**

Abogada (UBA). Especialista en Derecho de Familia (UBA). Especialista en Justicia Constitucional y Derechos Humanos (Universidad de Bologna). Coordinadora de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad Art. 22 Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación. Docente universitaria.

## **Introducción**

En este breve artículo nos dedicaremos a abordar la interacción entre la Unidad de Letrados art. 22 de la Ley 26657 y los organismos de protección de niños, niñas y adolescentes (en adelante NNyA) que intervienen en internaciones por motivos de salud mental en esa población. Tales intervenciones se despliegan como respuesta ante la vulneración de derechos en tanto representantes del Estado nacional, provincial o local.

Inicialmente, detallaremos las particularidades de las internaciones por salud mental de NNyA para después describir las funciones del Consejo de los Derechos de la CABA y las del Organismo de Promoción y Protección de Derechos de la Provincia de Buenos Aires, entidades con las cuales mayoritariamente esta Unidad articula para discernir y proyectar las estrategias más pertinentes en torno al bienestar de nuestros/as defendidos/as.

Con el fin de ilustrar nuestra exposición haremos uso de algunos recortes de intervención en los que es posible advertir aciertos y debilidades de los sistemas de protección, como también sus

virtudes y obstáculos en relación con las niñeces y adolescencias afectadas por tensiones y dificultades emocionales.

## **Internaciones por salud mental.**

### **La intervención de la Unidad de Letrados**

Desde el mes de junio del año 2012 y a partir de la resolución DGN N° 516/12<sup>1</sup>, se puso en función la Unidad de Letrados de personas menores de edad art. 22 Ley 26.657 dependiente de la Defensoría General de la Nación.

La Ley 26.657 (LNSM) fue sancionada en Argentina en el año 2010. Sus contenidos principales están en consonancia con lo dispuesto por la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD), la cual el 12 de diciembre del 2014, mediante Ley Nacional N°27.044, adquirió jerarquía constitucional en nuestro país.

En este marco, la Defensora General, Dra. Stella Maris Martínez, crea esta Unidad con el propósito de garantizar el derecho a defensa gratuito y especializado de niños, niñas y adolescentes internados por salud mental o consumo problemático de sustancias, que preveía el artículo 22 de la citada norma para que, en forma subsidiaria, brindara el Estado. Ese compromiso asumido por la Defensoría General de la Nación buscó garantizar, entonces, los derechos humanos de quienes son internados/as, efectivizando, de este modo su acceso a la justicia.

En este sentido, el art. 47 de la Ley 27.149 prevé que:

Los integrantes del Ministerio Público de la Defensa que determine el Defensor General de la Nación deben ejercer la asistencia técnica de las personas involuntariamente internadas por motivos de salud mental, de acuerdo con la normativa específica y la que surge de la naturaleza de la función. Tienen los siguientes deberes y atribuciones:

- a) Actuar conforme a las garantías de procedimiento y a los estándares de derechos humanos relativos a las personas internadas involuntariamente por motivos de salud mental.
- b) Ejercer la función conforme a las garantías de procedimiento y a los estándares de derechos humanos relativos a los niños, niñas y adolescentes, o las personas con discapacidad, si así

---

1 Disponible en [https://www.mpd.gov.ar/uploads/res%20DGN%200516\\_2012.PDF](https://www.mpd.gov.ar/uploads/res%20DGN%200516_2012.PDF) (última compulsa 30/04/2024).

correspondiere.

- c) Respetar, en el ejercicio de la defensa, la autonomía personal, la voluntad, los deseos y preferencias de la persona internada en forma involuntaria por motivos de salud mental y realizar presentaciones judiciales o extrajudiciales, pudiendo, entre otras tareas, oponerse a la internación, solicitar la externación, requerir mejoras en las condiciones de internación y tratamiento y acceder a las actuaciones judiciales en todo momento.
- d) En aquellas situaciones en que no pueda comprenderse la voluntad de la persona internada, se debe procurar que las condiciones generales de la internación respeten las garantías mínimas exigidas por la legislación específica de salud mental, así como las directivas anticipadas que pudieran existir.
- e) Mantener contacto con la persona asistida en cualquier momento, en los establecimientos públicos y privados donde se desarrolla su internación, por sí o a través de integrantes del Ministerio Público de la Defensa, manteniendo entrevistas en ámbitos de confidencialidad y privacidad.
- f) Ingresar a los establecimientos públicos y privados donde se desarrollen las internaciones, sin necesidad de autorización previa por parte de los efectores de salud ni de ninguna otra autoridad, incluido el acceso a toda documentación relativa a la persona defendida que obre en poder de las instituciones.
- g) Brindar información a sus asistidos respecto de su función, datos personales y el estado del proceso.
- h) Contar con el apoyo del equipo interdisciplinario necesario para brindar defensa técnica especializada.
- i) Realizar los informes de gestión que les sean requeridos por la Defensoría General de la Nación.

Por su parte, los art. 22 y 26 de la LSM disponen que las internaciones de personas menores de edad serán reputadas como internaciones involuntarias y, en virtud de ello, contarán con el control judicial que ejercen en la Ciudad de Buenos Aires los juzgados nacionales civiles con competencia en familia, ante quienes actúan los y las letradas de la citada Unidad y los/as Defensores/as de Menores conforme lo establecido en el art. 103 CCyCN.

Asimismo, el art. 41 del CCyCN dispone el control judicial inmediato de las internaciones involuntarias y establece las garantías de debido proceso y derecho de defensa para la persona internada, examinando

do que las internaciones involuntarias respeten los recaudos de legalidad, proporcionalidad y razonabilidad; e imponiendo que la mismas sean revisadas periódicamente.

En la actualidad, y a lo largo de estos casi 12 años, se puede corroborar que, en contados casos, los niños, niñas y adolescentes o sus representantes legales designan un letrado/a particular, posibilidad prevista en el art. 22 LSM, ejerciendo esta Unidad, en forma casi exclusiva, la defensa técnica de NNyA internados por salud mental.

Tal como se ha desarrollado en otros artículos de este libro, la función del defensor/a técnico/a durante los procesos de internación ha generado importantes cambios en la praxis de los equipos profesionales y de las instituciones donde se encuentran alojados temporalmente nuestros/as asistidos/as. Y es que la presencia semanal en las instituciones públicas y privadas (hospitales monovalentes, generales, clínicas, sanatorios o comunidades terapéuticas) de los letrados/as o del equipo interdisciplinario de esta Unidad ha fortalecido los canales de comunicación institucional, generando un impacto en la realidad de nuestros/as defendidos/as.

Cada internación es decidida por un equipo técnico interdisciplinario conformado de acuerdo con lo establecido en el art. 16 inc. a) de la LNSM, quien a partir de la evaluación de la situación de salud del niño, niña o adolescente entiende que, en ese momento y dado el riesgo cierto e inminente que presenta, esa medida terapéutica es la única y mejor alternativa. El informe que da cuenta de la internación debe ser enviado por correo electrónico o mediante un llamado telefónico, en el plazo de 10 horas, a la Unidad, la Cámara Civil y al Órgano de Revisión.

Cabe destacar que, una vez comunicada la internación de un niño, niña o adolescente, la Unidad de Letrados se hace presente en el establecimiento de salud dentro de las 24/72 hs. a fin de tomar contacto con la persona internada.

A partir de esta primera entrevista que se realiza con nuestros/as defendidos y con sus familiares o referentes afectivos, se pueden advertir algunas aristas de la problemática familiar. Esta es ampliada, generalmente, con el correr de la internación, y se funda y sostiene en el vínculo que el/la abogado/a establezca con el niño, niña o adolescente y su núcleo familiar.

Dentro de las demandas que refieren los referentes afectivos y/o familiares surgen temas relacionados con falta de recursos económicos, problemática habitacional, falta de dispositivos de tratamiento ambulatorio cercano al domicilio familiar, situaciones de violencia de género y violencia familiar, cuestiones vinculadas a la documentación (falta de DNI, renovación de DNI, trámites migra-

torios, etc.), obtención del Certificado Único de Discapacidad, tramitación de beneficios previsionales, vacantes en establecimientos educativos, entre otros. Es importante mencionar que algunas de ellas son abordadas durante el periodo de internación con el objeto de procurar un egreso a un ámbito adecuado para la continuidad de los tratamientos ambulatorios y restituir los derechos vulnerados, en la medida de lo posible. Estas cuestiones requieren, como lo especificaremos más adelante, de un continuo trabajo interseccional y de la articulación entre efectores de diversas áreas tanto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como de organismos de la Provincia de Buenos Aires, en mayor medida, y algunos de distintas provincias del norte o sur del país.

Siguiendo lo expuesto, a partir de esa primera visita (y en las sucesivas) se llevan a cabo una serie de acciones referidas al apunte y control de la historia clínica del usuario/a –a saber, que se encuentre unificada, foliada, que las intervenciones del equipo tratante se registren a diario y que obre el consentimiento informado, entre otras. También se mantienen entrevistas con los profesionales del equipo tratante asignado (psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales y otras disciplinas).

Mas allá del control de las condiciones de internación que se realizan periódicamente, se trabaja fuertemente en la obtención de recursos terapéuticos (tratamientos psicológicos, psiquiátricos, acompañamiento terapéutico, hospital de día, centro de día, etc.) que faciliten la externación de los y las usuarias. Estas gestiones, que se realizan para la obtención de turnos de distintas especialidades y demás tramitaciones, se llevan a cabo ante obras sociales, empresas de medicina prepaga o ante la Dirección de Salud Mental de la jurisdicción donde posee el centro de vida nuestro/a defendido/a. Por otra parte, es función de los y las letrados/as de la Unidad solicitar ante los juzgados civiles que realizan el control de internación, las presentaciones y peticiones de medidas judiciales de protección, litigando en todas las instancias a fin de obtener los recursos necesarios para nuestros/as defendidos/as.

Tal como se ha señalado, en el ejercicio activo de la defensa se indaga y se cuestiona (de considerarse necesario) el tratamiento que reciben los NNyA. De la misma manera, se analizan las condiciones de internación (la habitabilidad del dispositivo de internación, alimentación, vestimenta, intimidad, higiene, preservación de lazos afectivos, sociales y/o comunitarios, entre otros), solicitando en su caso el cese de situaciones irregulares o medidas que importen la vulneración de derechos, tales como falta de control o seguimiento del equipo profesional; ausencia de contacto con familiares; dificultades en la contención y acompañamiento del personal de enfermería; situaciones de maltrato y/o contención física; desadecuación

del espacio al tener que compartirlo con personas adultas; traslados a otros dispositivos; falta de permisos de salidas, etc. (cfr. Folgar & Muñoz Genestoux, 2023).

Finalmente, cabe señalar que el fin de la intervención de la Unidad se produce ante distintos escenarios entre los que podemos remarcar el alta médica, que se genera por el cese del riesgo cierto e inminente, y posterior externación; el abandono del tratamiento; el traslado de una institución de la Ciudad de Buenos Aires a otra fuera de la jurisdicción –constatando previamente la intervención de un juzgado en la otra jurisdicción–; la designación de un letrado/a particular por parte del niño, niña o adolescente o de su representante legal; y al cumplirse la mayoría de edad, que en caso de continuar la internación de carácter involuntario -ver art. 18 LNSM17- corresponde la actuación de la Unidad del Art. 22 de la Ley 26.657 de mayores de edad.

## El sistema de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes

La creación del sistema de protección de derechos significó una nueva institucionalidad, que implicó un rediseño de la estructura organizacional existente en el país previo a la firma y ratificación por parte de la Argentina a la Convención sobre los Derechos del Niño. Como consecuencia, se generaron diferentes circuitos y algunos organismos vieron limitadas sus atribuciones y facultades, mientras que otros inauguraron nuevas competencias y potestades. En este sentido, se observa cómo la creación de las medidas de protección integral y de protección excepcional de derechos (medidas de abrigo según los términos utilizados por la legislación provincial) limitaron, a partir de la sanción de la Ley 26.061<sup>2</sup> a nivel nacional, de la Ley 13.298<sup>3</sup> en la provincia de Buenos Aires y de la Ley 114 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires<sup>4</sup>, por ejemplo, las competencias del órgano judicial

Al denominar “Sistema” a la respuesta estatal que debe darse ante situaciones de amenaza o vulneración de derechos de los niños, niñas y adolescentes, o a las acciones destinadas a la promoción de estos derechos, se hace evidente la necesidad de pensar en

2 Disponible en <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>. Última compulsa 28/04/2024.

3 Disponible en <https://normas.gba.gob.ar/documentos/BdQn1UDV.html> Última compulsa 28/04/2024.

4 Disponible en <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/1298> Última compulsa 28/04/2024.

una diversidad de actores interrelacionándose en forma alternativa o conjunta, mediante dinámicas que fluyan articulando transversalmente la organización institucional estatal y de la sociedad civil, que tenga en cuenta las realidades de la comunidad e incluso tome como eje al sujeto niño/a y su entorno familiar o afectivo. Entendiendo al “Sistema” como un conjunto de órganos, programas, instituciones y servicios, esto implica la participación de diversos actores gubernamentales y no gubernamentales, de los distintos poderes y en distintos niveles; además de las organizaciones de la sociedad civil, y las personas en tanto individuos de una sociedad que se responsabiliza de la crianza y el cuidado de los niños/niñas. Al respecto, es importante destacar que la Convención sobre los Derechos del Niño establece en su artículo 4 que:

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Parte adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.

## **El Consejo de los Derechos de NNyA de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley 114**

El Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes se creó en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por Ley 114 Título IV, que lo dispuso como el órgano de aplicación de la ley. La norma establece, además, que es el organismo especializado que tiene a su cargo las funciones que le incumben a la Ciudad en materia de promoción y protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes (art. 45 Ley 114).

El Consejo se encuentra organizado por distintos programas y direcciones dentro de la estructura general. Dentro de sus funciones, incluidas en el art. 54 de la citada norma, podemos destacar: definir la política anual del organismo a través de un Plan que articule transversalmente la acción de gobierno en todas las áreas y enunciar los criterios para la formulación estratégica de la misma (inc. a); diseñar y aprobar los programas necesarios para el cumplimiento de los derechos consagrados y ratificados por la presente ley (inc. b); asesorar y proponer al Gobierno de la Ciudad las políticas del área (inc. c); articular las políticas públicas de todas las áreas de gobierno, en los aspectos vinculados con la infancia y la adolescencia (inc. d); tomar las medidas para dar cumplimiento a las demandas pertinentes (i), entre otras.

Por otra parte, en la Ciudad de Buenos Aires se encuentran las Defensorías Zonales, que son organismos descentralizados del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, también creadas por Ley 114 y definidas en su art. N°60<sup>5</sup>. Funcionan en cada una de las comunas de la Ciudad y tienen por objeto diseñar y desarrollar un sistema articulado de efectivización, defensa y resguardo de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Deben ejecutar las políticas públicas específicas, implementando acciones con criterios interdisciplinarios y participación de los actores sociales. Están compuestas por equipos interdisciplinarios (abogados/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, y otras disciplinas afines) y promotores/as de derechos.

## **El Organismo de Promoción y Protección de Derechos de la Provincia de Buenos Aires. Ley 13.298**

La Ley 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños dispone, en su art. 14, que:

[...] el Sistema de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños es un conjunto de organismos, entidades y servicios que formulan, coordinan, orientan, supervisan, ejecutan y controlan las políticas, programas y acciones, en el ámbito provincial y municipal, destinados a promover, prevenir, asistir, proteger, resguardar y restablecer los derechos de los niños, así como establecer los medios a través de los cuales se asegure el efectivo goce de los derechos y garantías reconocidos en la Constitución Nacional, la Constitución de la Provincia de Buenos Aires, la Convención sobre los Derechos del Niño. y demás tratados de Derechos Humanos ratificados por el Estado Argentino.

Para ello, el Sistema de Promoción y Protección se organiza a través de organismos administrativos (Servicio Zonal de Promoción y Protección de Derechos y Servicio Local de Protección de Derechos) y judiciales (Juzgados de Primera Instancia en el Fuero de Familia y Asesorías de Incapaces).

Es función prioritaria de los servicios locales facilitar que el niño, niña o adolescente que tenga vulnerados sus derechos pueda acceder a los programas y planes disponibles en su comunidad. A estos servicios les corresponde buscar las alternativas que eviten

---

5 Ley 114. Art. 60: "Creación. Créanse en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires las Defensorías Zonales como organismos descentralizados del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Cada una de las Comunas cuenta, por lo menos, con una Defensoría".

la separación de NNyA de su familia o de las personas encargadas de su cuidado personal, aportando directamente las soluciones apropiadas para superación de la situación que amenaza con provocar la separación<sup>6</sup>.

## **¿Cómo se vincula la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad Art. 22 Ley 26.657 con los Organismos de Protección de Derechos? Distintos escenarios posibles.**

Desde la creación y puesta en marcha de la ULM art. 22, y con el correr del tiempo, sus integrantes hemos ejercido la defensa técnica de niños, niñas y adolescentes internados por motivos de salud mental en el ámbito de la CABA. Tal como lo hemos expuesto, en el ejercicio de su defensa técnica participamos activamente en los procesos judiciales canalizando las peticiones a través de presentaciones escritas, actas labradas con los/las defendido/as, recabando su opinión y/o promoviendo y participando de audiencias en el marco de los expedientes de control de internación.

Cada letrado/a de la ULM es el/la portavoz del NNyA internado/a por motivos de salud mental, llevando a conocimiento de los tribunales la manifestación de su voluntad y/o sus preferencias con relación a su internación.

A raíz de la experiencia obtenida en el transcurso de los años, se advierte que -en gran número- las internaciones por salud mental de NNyA se encuentran estrechamente vinculadas a situaciones que implican una vulneración de derechos, con lo cual resulta necesaria la intervención de diferentes organismos de protección de derechos de NNyA, en el marco de Ley Nacional 26.061, de la Ley Local 114 (CABA) y/o 13.298 de la Provincia de Buenos Aires. Ello, toda vez que un importante número de NNyA se internan en la Ciudad de Buenos Aires por la cercanía de ambas jurisdicciones, entre otras cuestiones.

Cabe destacar que, de por sí, el alojamiento de los NNyA en el sistema de salud por criterios de salud mental implica la separación de su medio familiar y la desvinculación con sus referentes afectivos. A la vez, esto los aparta de los ámbitos de pertenencia acordes a su edad, por lo que el alojamiento, si bien necesario a fin de resguardar su integridad psico-física y su salud integral, debe ser, tal como lo establece la Ley 26.657 de última ratio y por el menor tiempo posible.

<sup>6</sup> Cfr. art. 18, dec. 300/2005.

Es por ello que en este escenario debe analizarse si las intervenciones de los organismos de protección de niñez mientras los NNyA se encuentran internados por salud mental resultan eficaces para la restitución de derechos. También, si cumplen con los estándares de protección previstos en la normativa internacional, nacional y local vigente; o si no son suficientes, produciendo algún tipo de perjuicio y obrando en detrimento de los intereses de los NNyA involucrados.

## **Marco de protección de Niños, Niñas y Adolescentes internados por motivos de salud mental y el Sistema de Protección Integral**

### **Convención sobre los Derechos del Niño y leyes locales**

Como instrumento de protección por excelencia, tenemos a la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), ratificada por el estado argentino en el año 1990, Cuenta con jerarquía constitucional desde 1994, tras la reforma constitucional.

Sin detenernos en todas las reformas que implicó la ratificación y posterior jerarquización constitucional del referido instrumento, en lo que hace materia del presente trabajo destacamos la consagración de los siguientes derechos:

- Los NNyA no serán separados de sus padres, excepto que dicha medida sea necesaria en función de su interés superior (art. 9);
- Todo NNyA tiene derecho a ser oído, es decir, que sea escuchado en todo procedimiento judicial y administrativo que lo involucre, como así también que su opinión sea tenida en cuenta en función de su edad y madurez (art. 12);
- Cuando los NNyA sean privados de su medio familiar, tendrán especial protección y asistencia del Estado (art. 20);
- A favor de los NNyA con discapacidad, sea física o mental, se prevén una serie de garantías que tienden a su dignidad, recibir gratuitamente cuidados especiales y adecuados, entre otros (art. 23);
- Disfrute del más alto nivel de salud posible y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de los NNyA (art. 24);
- Examen periódico de los tratamientos a los que esté sometido

y de todas las demás circunstancias propias de la internación del NNYA que se encuentre alojado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental (art. 25);

- Nivel de vida adecuado para el desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social del NNYA, que en principio debe ser proporcionado por los padres o personas a cargo, y el estado debe prestar colaboración a tal fin (art. 27);
- Derecho a la educación a ejercer progresivamente y en condiciones de igualdad de oportunidades (art. 28);
- Derecho al descanso y esparcimiento, al juego y actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes. (art. 31);
- Los estados partes velarán para que “ningún niño sea privado de su libertad ilegal o arbitrariamente. La detención, el encarcelamiento o la prisión de un niño se llevará a cabo de conformidad con la ley y se utilizará tan sólo como medida de último recurso y durante el período más breve que proceda (art. 37 inc. b) [(el destacado es propio)]”.

Ahora bien, en el plano local tenemos a la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (Nº 26.061), que tiene por objeto garantizar el ejercicio y pleno disfrute de los derechos reconocidos en el ordenamiento nacional e internacional. Esos derechos están asegurados por su máxima exigibilidad y sustentados por el interés superior del niño. La inobservancia de los deberes que corresponden a los distintos organismos gubernamentales habilita a cualquier ciudadano a interponer acciones administrativas y judiciales para la restitución de derechos, a través de medidas expeditivas y eficaces (art. 1).

Esta ley refuerza los derechos consagrados por la CDN, como así también, establece pautas de interpretación para la protección integral de los derechos de los NNYA que habitan el territorio argentino.

Asimismo, establece un sistema de protección integral de los derechos de los NNYA conformado por organismos, entidades y servicios que gestionan políticas públicas, estatales o privadas, en distintos órdenes territoriales para la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de derechos de los NNYA. Entre los medios que cuenta para concretar su finalidad se encuentran las medidas de protección y protección excepcional de derechos, las cuales serán analizadas en un acápite aparte (art. 32).

## Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Por otro lado, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD) es el primer tratado de derechos humanos del siglo XXI, que recoge el enfoque del Modelo Social de la Discapacidad, concibiendo a las personas con discapacidad como sujetos de derechos, con eje en el respeto de su autonomía, voluntad y preferencias. Esta cosmovisión resulta ineludible para el acceso a la justicia y juega un papel fundamental para asegurar el goce y ejercicio de los derechos y libertades en igualdad de condiciones que las demás personas.

Trayendo a colación el estudio “El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” de Agustina Palacios, podemos destacar en la CDPD la aplicación del Modelo Social de la Discapacidad. Este modelo se centra en el individuo y en las barreras que impiden u obstaculizan su participación en la sociedad en igualdad de condiciones que los demás.

Como se aprecia, importa un verdadero cambio de paradigma. Para Palacios (2008):

Desde esta filosofía se insiste en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de personas —sin discapacidad—, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Parte de la premisa de que la discapacidad es en parte una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad. Asimismo, apunta a la autonomía de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida, y para ello se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades. Este último modelo mencionado, ha sido la consecuencia de una larga lucha, plantada por las propias personas con discapacidad, que tuvo sus frutos en diversos ámbitos.

En lo atinente específicamente a la niñez, el Preámbulo de la Convención establece en su inciso r):

Reconociendo también que los niños y las niñas con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y recordando las obligaciones que a este respecto asumieron los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño.

Asimismo, en su artículo 7 inc. 2 se destaca: “En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una con una consideración primordial será la protección del interés superior del niño”.

Y adentrándonos en la situación que nos convoca (NNyA internados por salud mental), también es dable resaltar que la CDPD desarrolla en concreto y con claridad este supuesto, en tanto dispone en su art. 14 que:

Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás: b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

Acercándonos a la circunstancia de NNYA institucionalizados por una medida administrativa de la cual resulte la separación de sus padres, el art. 23 en su parte pertinente dispone:

Los Estados Partes asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.

Como se observa en la práctica, pese a las continuas presentaciones que se realizan con el fin de obtener los recursos para el egreso hospitalario, en algunos supuestos las internaciones de salud mental se prolongan por cuestiones sociales, con las consecuencias negativas que ello conlleva para los NNYA.

## Acerca de la restitución de derechos en el marco de la internación por salud mental

Tal como se ha abordado, durante el tiempo que NNyA permanecen internados/as se advierte, en muchísimas ocasiones, diferentes situaciones que afectan su salud psicofísica que, generalmente, son previas o contemporáneas a las razones más notorias o específicas que motivaron la internación. Ejemplo de lo expuesto son el abandono temporal o definitivo de la escolaridad; el sometimiento a situaciones de bullying escolar; falta de recursos económicos de la familia (necesidades vinculadas a alimentación, vestimenta, etc.); problemática habitacional, entre otras. Asimismo, y en notable aumento, se encuentran situaciones de maltrato familiar o negligencia en el cuidado y situaciones de abuso sexual intrafamiliar. En algunos supuestos, estas realidades se evidencian por primera vez en el marco de la internación por salud mental, donde a partir de la separación del niño, niña o adolescente de su ámbito familiar y la confianza que se genera con el equipo profesional o con los/as profesionales de esta Unidad, se develan problemáticas familiares de larga data. En todas estas circunstancias, es precisa y fundamental la intervención de los organismos de promoción y protección de derechos, quienes pueden -entre otras cosas- realizar una evaluación del grupo familiar a fin de detectar referentes afectivos continentes, así como gestionar recursos económicos, de salud, de educación o recreativos, para garantizar el egreso sustentable del niño, niña o adolescente a su ámbito familiar o comunitario.

En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, esos recursos estarían enmarcados en el art. 33 de la Ley 26.061 y pueden incluir desde la obtención de una vacante escolar en una institución cercana al domicilio familiar hasta distintas gestiones: de alguna institución particular que sea adecuada para la inclusión de ese niño, niña o adolescente; de alguna ayuda económica; para la intervención de programas especiales (por ejemplo, el fortalecimiento de vínculos); turnos para tratamiento ambulatorio, entre otras. En el mismo sentido, es vital en relación a algunos grupos familiares de nuestros/as usuarios/as la continuidad en la intervención y el apoyo en territorio que se realice.

Ahora bien, en la práctica se advierten dos escenarios posibles. Por un lado, algunas situaciones se abordan durante el tiempo que dura la internación desde el organismo de protección de niñez. Cabe destacar que, en determinados supuestos, el órgano administrativo viene interviniendo previamente a la internación y, en muchos otros, es desde la internación donde surge la necesidad de intervención, actuación que es solicitada por esta Unidad, por

la Defensoría de Menores o por los equipos tratantes. Durante ese período se procura la restitución de derechos vulnerados, se trabaja con el grupo familiar o se evalúan los apoyos necesarios para el retorno de ese niño, niña o adolescente al ámbito familiar.

Por otra parte, puede suceder que, al momento del alta médica, el grupo familiar no esté en condiciones de garantizar los derechos del usuario/a, debiéndose adoptar, en forma excepcional, una medida en los términos de la normativa vigente.

Desde la Unidad, se busca -como expresa la norma-, agotar todas las instancias posibles para el retorno al hogar familiar. Ello, siempre que sea el deseo o preferencia de nuestros/as asistidos/as. Las manifestaciones que hagan los NNYA respecto a con quién quieren egresar son llevadas al expediente de control de internación y puestas en conocimiento de quienes deben decidir estas cuestiones (defensorías zonales, equipos especiales del CDNNyA, Guardia Jurídica Permanente, servicios locales de promoción y protección de derechos, dirección de niñez en algún municipio, etc.). Este deseo puede ir modificándose con el correr de la internación y, por ello, el equipo interdisciplinario de la Unidad realiza un seguimiento y acompaña con informes y entrevistas las presentaciones que letrados y letradas realizan.

Sin embargo, en algunas circunstancias, agotadas las instancias de evaluación del grupo familiar y no encontrándose algún referente adecuado para garantizar el egreso y un ámbito saludable para el desarrollo del NNYA, el Órgano Administrativo puede adoptar una medida de separación del usuario/a del ámbito familiar (medida excepcional o medida de abrigo).

## Medidas excepcionales de derechos y medidas de abrigo

Sucintamente podemos diferenciar a las medidas excepcionales de derechos de las medidas de abrigo, mencionando alguna de sus similitudes y características, a saber:

a) Las medidas excepcionales de derechos establecidas por la Ley Nacional 26.061 implican la separación de NNYA de su grupo familiar de origen y, a la par, encontrarse sujetas al denominado “control de legalidad” a cargo del órgano judicial competente (fuero de familia o, en su defecto, sobre el que recaiga esa competencia material). Las causas que ameritan la adopción de una medida excepcional se dan en contextos en los que los NNYA deberían permanecer “temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio” (art. 39, primer párrafo).

El objeto de estas medidas excepcionales radica en hacer cesar la violación o amenaza de conculcación, por acción u omisión, de los derechos del NNA, así como reparar los daños o consecuencias que pudiesen haberse ocasionado. Estas medidas se adoptan por un plazo de 90 días, tiempo en el que los organismos administrativos en articulación con diferentes actores deberían agotar los esfuerzos para remover obstáculos o diagramar estrategias para posibilitar el regreso del niño, niña o adolescente a su ámbito familiar. En caso de persistir las causas que dieron origen a la toma de la medida excepcional, se prevé una prórroga por igual plazo respaldado por un informe interdisciplinario que dé cuenta de lo trabajado y la conveniencia, para el interés superior del NNA, de prorrogar el acto.

Las medidas deben llevarse a cabo de forma tal que no resulten sustitutivas del grupo familiar de origen (inc. c); no pueden consistir en la privación de la libertad, al igual que acontece con las medidas de protección integral de derechos (inc. e); tampoco pueden venir a suplir o ser respuesta a la falta de recursos económicos, ni de políticas o programas que el propio organismo debe diseñar e implementar (inc. f), es decir, reitera, refuerza y reafirma un principio básico en la materia, el cual emana de la doctrina internacional de los derechos humanos.

La legalidad de la medida excepcional debe ser controlada por la autoridad judicial. En consecuencia, para evaluar la pertinencia de la prórroga, es indispensable, por un lado, que el organismo administrativo emprenda un exhaustivo seguimiento y fortalecimiento del grupo familiar o comunitario en el que cabría reinsertar al NNA excluido/a, cuyo resultado deberá comunicar al juzgado interviniente mediante los informes pertinentes; y por el otro, que la justicia pueda tener confianza en el abordaje realizado y en la estrategia que propone el organismo administrativo.

b) Por su parte, la Ley 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños de la Provincia de Buenos Aires denomina, en su art. 35, a estas medidas excepcionales como medida de abrigo,

[...] que tiene como objeto brindar al niño, niña o adolescente un ámbito alternativo al grupo de convivencia cuando en éste se encuentren amenazados o vulnerados sus derechos, hasta tanto se evalúe la implementación de otras medidas tendientes a preservarlos o restituirlos.

En similares términos a los fijados por la Ley Nacional 26.061, se establece que la medida de abrigo:

- a) se dicta en resguardo del interés superior del niño;
- b) es subsidiaria respecto de otras medidas de protección de derechos, salvo peligro en la demora (segundo párrafo);

- c) debe priorizar a la familia ampliada u otros miembros de la comunidad vinculados con el NNyA al momento de determinar el ámbito de legalidad, para lo cual el organismo administrativo debe efectuar la pertinente comunicación a la justicia especializada en familia (y Ministerio Público), dentro del plazo de veinticuatro horas, para ésta resolución sobre la legalidad de la medida de abrigo en un plazo de setenta y dos horas alternativo de convivencia (tercer párrafo); y
- d) se encuentra sometida a un control de legalidad, para lo cual el organismo administrativo debe efectuar la pertinente comunicación a la justicia especializada en familia (y Ministerio Público), dentro del plazo de veinticuatro horas, para ésta resolución sobre la legalidad de la medida de abrigo en un plazo de setenta y dos horas (décimo párrafo).

Se fija un máximo de ciento ochenta días, vencido el cual, “se deberá proceder de conformidad con lo regulado por la ley respectiva” (octavo párrafo). En paralelo, prevé la situación particular del fracaso de la medida o advertencia de vulneración de derechos antes del vencimiento del plazo de duración, y lo hace en los siguientes términos:

Cuando, aún antes del vencimiento del plazo, las medidas de protección fracasaren por incumplimiento o por motivos imputables a los progenitores, tutores o familiar a cargo, o se advirtiere la existencia de cualquier situación que coloque al niño, niña o adolescente, en estado de vulnerabilidad de sus derechos; el organismo administrativo informará esta situación al Juez de Familia y pedionará, si correspondiere, la declaración de la situación de adoptabilidad.

Una situación particular se plantea en los supuestos donde un NNyA se encuentra internado/a en la Ciudad de Buenos Aires, pero tiene domicilio familiar en otra jurisdicción. En dichos casos, quien adopta la medida que dispone el alojamiento en un ámbito alternativo al familiar inicia el control de legalidad/medida de abrigo en un Juzgado de Familia local. Sin embargo, el expediente donde se realiza el control de internación continúa tramitándose ante la Justicia Nacional. Ello, dado que encontrándose comprendido el control de internación dentro de los procesos de familia, rige el principio de inmediatez que impone el contacto directo del juez con el/la adolescente internado/a. En estos supuestos resultan aplicables los principios de inmediatez y tutela judicial efectiva -art. 706 CCyCN<sup>7</sup>-.

---

7 Artículo 706 CCyCN: “Principios generales de los procesos de familia. El proceso en materia de familia debe respetar los principios de tutela judicial efectiva, inmediatez, buena fe y lealtad procesal, oficiosidad, oralidad y acce-

Por otra parte, no debe soslayarse que nuestra CSJN ha sentado precedente en los fallos “T.R.A s/ internación” de fecha 27/12/2005<sup>8</sup> y “R.M.J s/ insania” del 19 de febrero de 2008<sup>9</sup>, en el sentido que es el juez del lugar donde se encuentre el centro de internación el más indicado para adoptar medidas urgentes necesarias para dar legalidad y contralor a las condiciones en el que el tratamiento de internación se desarrolla. En otras palabras, esto quiere decir que el control judicial de la medida debe recaer en la jurisdicción en donde transcurre la internación de la persona. Así, se garantiza un control judicial inmediato que abarque su fundamentación o justificación, motivos legítimos, condiciones, duración y revisión periódica, así como la garantía, en el caso de personas menores de edad de acceder a una defensa técnica (art. 18 C.N, art. 41 inc. d del CCyCN, arts. 22 y 26 de la Ley 26.657).

La Corte, en autos “P., N.T. s/ control de internación -Ley 26.657” remite al dictamen del Procurador Fiscal, para quien

[...] interesa recordar que el proceso autónomo de internación no compete al juez del domicilio, sino al del lugar en el que se cursa la internación. En tal sentido, es doctrina de esa Corte que la intermediación coadyuva a una supervisión judicial directa y personal del afectado, a la par de que favorece la concentración de las diligencias dirigidas a determinar el estado de salud, con lo que elimina las gestiones procesales superfluas y evita las demoras en la adopción de resoluciones vinculadas a la libertad ambulatoria de la persona internada (ver Fallos: 328:4832, “T., R. A.”; 331:1524, “B., M. A.” y CIV 71100/2019/CS1 “R. B., O. G. s/ evaluación art. 42 CCC”, sentencia del 26 de diciembre de 2019, entre varios otros).<sup>10</sup>

De conformidad con lo anterior se entiende que el juez competen-

---

so limitado al expediente.

a) Las normas que rigen el procedimiento deben ser aplicadas de modo de facilitar el acceso a la justicia, especialmente tratándose de personas vulnerables, y la resolución pacífica de los conflictos.

b) Los jueces ante los cuales tramitan estas causas deben ser especializados y contar con apoyo multidisciplinario.

c) La decisión que se dicte en un proceso en que están involucrados niños, niñas o adolescentes, debe tener en cuenta el interés superior de esas personas”.

8 Disponible en <file:///D:/Users/rmunozgenestoux/Downloads/05000338.pdf> ultima compulsa 30/04/2024

9 Disponible en <https://repositorio.mpd.gov.ar/jspui/handle/123456789/953> ultima compulsa 30/04/2024

10 Dictamen de fecha 26/2/2020 al que remite la CSJN en fallo del 6/8/2020 en autos “P., N.T. s/ control de internación -Ley 26.657”.

te para intervenir, y quien se encuentra en mejores condiciones de ejercer el adecuado control de la internación, no es otro que el de la jurisdicción donde se encuentra la persona internada.

## Análisis de casos

A continuación, serán analizados distintos casos en los cuales se dispuso la intervención de organismos de protección de niñez mientras los NNyA se encontraban internados cursando una internación por salud mental, evidenciando el tiempo transcurrido hasta la adopción de las medidas.

### Situación del niño R., L.M.

L. había presentado varias internaciones por salud mental desde temprana edad, que fueron observadas y valoradas por distintos organismos ante la falta de familiares que pudieran contenerlo y atenderlo adecuadamente. En ese marco, intervino el Consejo de Derechos de NNyA a través de una Defensoría Zonal de la CABA, quien, luego de una intensa búsqueda de un dispositivo acorde para su condición, adoptó una medida excepcional de derechos conforme art. 39 y 40 de la Ley 26.061. Finalmente, L. ingresó a un hogar terapéutico, ubicado en una localidad de la Provincia de Bs. As.

Unos meses más tarde, el hospital monovalente de la CABA comunica a la Unidad de Letrados de Personas Menores la reinternación de L. luego de haber ingresado en compañía de una operadora del hogar terapéutico. Según informara el hogar, L. fue llevado al hospital debido a “una crisis psicomotriz, descompensación psíquica, [...] conductas disruptivas que han puesto en riesgo no solo al paciente en cuestión, sino también al resto de la población alojada”.

Ante tal circunstancia, tomando especialmente en cuenta lo dificultoso que había resultado obtener una vacante en el hogar, la Unidad de Letrados informa al juzgado civil interviniente el ingreso del niño, acompaña el informe de 48 hs. previsto por el art. 21 de la Ley 26.657. A continuación, solicita que -a fin de evitar dilaciones administrativas que obstaculicen la externación de L. una vez que cese la situación de riesgo cierto e inminente que motiva su actual internación en el hospital- corresponde ordenar al hogar y a la Dirección General de Salud Mental del GCBA, como medida cautelar de no innovar, que se reserve la vacante del niño en dicha institución.

Durante el tiempo de internación de L., la ULM art. 22 mantuvo entrevistas semanales con el niño, con su madre, con el equipo tratante y con el Equipo Interdisciplinario de la Defensoría Zonal

de NNyA. Se realizó la lectura de historias clínicas en conjunto con el Equipo interdisciplinario de la misma Unidad. Se confeccionaron informes interdisciplinarios y dictámenes que dieron cuenta de la situación de evolución y retracción en la salud de L. Además, se puso vital importancia en la complejidad del cuadro, sin desatender las cuestiones sociales que atravesaban L. y su familia.

A partir del caso, resulta ilustrativo mencionar este tipo de circunstancias que atraviesan los NNyA que cursan internaciones por salud mental. Pese a su situación de vulnerabilidad, la intervención de decenas de organismos y la existencia de normas y decretos que deberían operar en su pronta recuperación, protección y restitución de derechos, su situación se vio agravada ante la falta de recursos necesarios que debían ser otorgados por el estado nacional o local.

Otra grave circunstancia fue la negativa del hogar a atender la manda judicial al momento de contar con el alta, argumentando que “la permanencia de L en el Hogar se encontraba sujeta y condicionada a la evaluación de su estado de base y adaptación dinámica del hogar”. Luego de permanecer internado dos semanas sin que se produjera el ingreso al hogar, la situación de L empeoró y requirió su inclusión en un nuevo plan de medicación para lograr su estabilización. Tal circunstancia fue materia de debate y acuerdos logrados en una audiencia celebrada ante el juzgado civil. Luego de unas semanas de observación clínica, el equipo tratante elaboró un nuevo Informe dando cuenta de los progresos del niño, a fin de que fuera nuevamente evaluado por la institución para su admisión.

Así pues, una vez que las evaluaciones arrojaron un resultado promisorio, L. ingresó a la institución, desde la cual se le garantizó la continuidad de tratamientos, la vinculación familiar y su incorporación a actividades socioeducativas. En los siguientes once meses, L. sostuvo su tratamiento. No obstante, determinadas situaciones generaron conflicto entre pares. La institución terapéutica presentó informes de seguimiento, en los cuales advertían conductas disruptivas de L. y la falta de personal necesario para poder intervenir adecuadamente. Luego de una última situación mencionada por la institución, L. fue ingresado nuevamente al hospital a fin de ser evaluado y brindarle tratamiento en el marco de una nueva internación. Es dable mencionar que, en esta nueva ocasión, L. se comportó de acuerdo con lo esperado conforme su padecimiento subjetivo, sin manifestar conflicto con pares ni profesionales. Conforme ello, se retomó el trabajo con su familia y afectos valorando viable la posibilidad de una externación hospitalaria con su madre y hermano menor. Las vinculaciones en el marco de esta nueva internación resultaron positivas.

Durante este período se sostuvieron reuniones frecuentes con la

Defensoría Zonal y su Equipo Tratante de Salud Mental, intercambiando pareceres y articulando acciones para generar un campo propicio para que su familia pueda alojarlo nuevamente. En ese contexto, la Unidad de Letrados realizó las gestiones y pedidos pertinentes ante la Agencia Nacional de Discapacidad en procura de la obtención de acompañantes terapéuticos para el niño y se inició la búsqueda de un centro educativo terapéutico cercano al domicilio familiar. Ambas solicitudes obtuvieron respuesta favorable.

Por su parte, el Equipo Interdisciplinario de la Unidad de Letrados confeccionó informes de seguimiento de tratamiento y emitió consideraciones profesionales que merecieron ser tenidas en cuenta para la obtención de mejores recursos terapéuticos. La intervención del CDNNyA, a través de la Defensoría Zonal correspondiente al domicilio del niño, en articulación con la Unidad de Letrados del art. 22, fue positiva, obtenida a través de encuentros y reuniones dentro y fuera del hospital, lo cual fue recepcionado positivamente por la familia de L. que se sintió apoyada en su propuesta de retomar la convivencia familiar.

Finalmente, L. comenzó con permisos terapéuticos de salida prolongados con su familia. Actualmente, su familia está compuesta por su madre, padre afín, un hermano pequeño y una hermana que nació durante el último año. A pesar de las dificultades económicas, su familia ha logrado sostener el vínculo y los cuidados necesarios de L. Al momento, L. tiene garantizado el tratamiento de salud, cuenta con una pensión no contributiva, sostiene sus vínculos afectivos y accederá a un centro educativo terapéutico para el desarrollo de sus habilidades, contando además con el acompañamiento terapéutico profesional en su domicilio.

## Situación del joven Q.M.A.

El adolescente Q.M.A. ingresó a un hospital monovalente de Caba a fines de febrero del 2022, derivado de otro dispositivo de salud pública al cual había ingresado a principios de febrero del mismo año. El joven fue encontrado deambulando lejos de su domicilio, ubicado en una localidad de zona sur del conurbano bonaerense.

De los informes de los efectores intervinientes surgía que, de niño, el adolescente había permanecido alojado en un hogar en una localidad de la provincia de Santa Fe, habiendo sido retirado por su hermana. Además, se supo que el joven vivía en esa provincia -lugar en el cual, al momento de la internación, se encontraban sus referentes afectivos- y que se mudó al conurbano bonaerense junto a su progenitor, con la idea de avanzar en sus estudios para tener más posibilidades de progreso. Sin embargo, al no tener de-

masiada contención ni un domicilio fijo y encontrarse solo la mayor parte del tiempo, dejó sus estudios y comenzó a vincularse con personas que lo iniciaron en el consumo de sustancias.

Informada la internación del joven, desde la ULM inicialmente se tomó contacto con Q.M.A. y se gestionó acompañante terapéutico, CUD (en conjunto con el Programa sobre Temáticas de Salud, Discapacidad y Adultos Mayores del MPD) y se enviaron oficios a las entidades gubernamentales vinculadas a fin de gestionar y obtener recursos para el egreso del joven.

Se solicitó la intervención del Consejo de Derechos de CABA y de distintos servicios locales de los lugares donde el joven había vivido.

Por su parte la ULM presentó un informe del hospital donde se proponía que el joven egrese a la localidad de Santa Fe de donde era oriundo, propuesta que fue aceptada por todos los referentes afectivos (tanto del interior del país como de Buenos Aires) y por el propio representado. El mencionado informe daba cuenta que Q.M.A. se encontraba estable y próximo a estar en condiciones de alta, la cual se otorgó los primeros días de mayo.

Luego de definida la estrategia de egreso y mientras se trabajaba sobre ello, la hermana del joven, quien en principio lo iba a recibir, manifestó no poder hacerlo por dificultades económicas. Así pues, desde la ULM se trabajó para ubicar a otros familiares y referentes afectivos. Luego de varios intentos se logró comunicación con otro de los hermanos del representado quien asumiría el compromiso para recibirlo.

Por ello y a fin de formalizar lo acordado y fijar pautas para el egreso cuidado de Q.M.A., se celebró una audiencia donde, por un lado, el hermano confirmó su decisión y la de su pareja de recibir al joven, manifestando que ambos colaborarían en los cuidados que Q.M.A. requería. Su hermano manifestó que contaría con una habitación propia, en virtud de los recursos otorgados por el Ministerio de Desarrollo Social de Nación y el municipio. También se comprometió a que Q.M.A. continuara su tratamiento de salud mental en la localidad donde viviría en un efector de salud municipal (por recursos municipales); y, por último, se acordó la gestión de pasajes para el traslado del joven en compañía de su padre.

Si bien fue extenso el periodo en el cual el joven se encontró alojado en una institución de salud pública sin criterio de internación por salud mental, atento a las circunstancias del caso, las imposibilidades de la familia -en particular de su hermana- de poder recibirlo, la compleja situación económica del grupo familiar, entendemos que el caso fue resuelto favorablemente, toda vez que se evitó la adopción de una medida excepcional y/o se logró que permanezca con

su familia de origen, en virtud de las articulaciones ejecutadas por el Ministerio Público de la Defensa, el juzgado y las entidades gubernamentales que participaron en el caso.

## Situación de la joven B., A.D.

A.D ingresó a la guardia de un hospital monovalente con asiento en la C.A.B.A, producto de un cuadro de descompensación, cuya evaluación -realizada por el equipo interdisciplinario- determinó necesaria su internación por representar un riesgo cierto e inminente para ella y para terceros. La joven, con diagnóstico presuntivo de psicosis no especificada, permanecía descompensada con un cuadro delirante de tinte paranoide, amenazante y desafiante. Impresionaba tener el pensamiento interceptado con alucinaciones visuales y auditivas. Inicialmente, permaneció en compañía de su madre, quien presentaba heridas y rasguños provocados por su hija.

En ese contexto, la Unidad de Letrados inició su intervención con una entrevista con su madre, quien lucía angustiada y sin poder brindar una respuesta para el cuidado que su hija requería. Junto al Equipo Interdisciplinario se la contuvo y se le mencionó el motivo de la intervención, conforme Ley 26.657. En cuanto a antecedentes e historia de vida de su hija, mencionó problemas de conducta a muy temprana edad, vida social marcada por agresiones hacia sus pares, rendimiento escolar intermitente y cuestiones que nunca habían sido tratados en espacios terapéuticos. De la conversación surgieron antecedentes de violencia de género por parte del progenitor de la joven, problemáticas de consumo de sustancia por parte del mismo e incluso antecedentes penales con pena privativa de su libertad por 4 años.

Por su parte, la madre de la joven se desempeñaba laboralmente en tres lugares distintos en procura de mejores ingresos, lo que ocasionaba su ausencia por largos períodos durante el día y la noche. La joven -de 16 años- y su hermano -de 10- quedaban al cuidado de su progenitor y, en ocasiones, de abuelos maternos y paternos.

Durante la internación de A.D., su madre y abuela materna sostuvieron las visitas, aunque no lograban aceptar el grave padecimiento que la joven atravesaba. Se promovieron entrevistas conjuntas con el equipo tratante del hospital con el propósito de indagar sobre el contexto familiar actual y sus carencias a fin de colaborar y promover un contexto libre de violencia y negligencia que posibilitase un regreso a la convivencia familiar.

En razón de la gravedad de los hechos y situaciones mencionadas por la madre de A.D., se dio intervención al Servicio Local de Pro-

moción y Protección de derechos de la localidad y a la Secretaría de Género. Debido a las distancias y dificultades de comunicación por los canales formales, se generó un grupo de comunicación de Whastapp integrado por los organismos antes mencionados, la Unidad de Letrados art. 22 (letrado y Equipo Interdisciplinario) y el equipo tratante de la joven. Sobre este punto se destacó que la experiencia fue positiva ya que a través de dicha aplicación se lograron reuniones virtuales de actualización de intervenciones, se intercambiaron documentación e información necesaria y útil para la familia y se generó un espacio de debate acerca de cómo obtener un mejor contexto para el regreso de la joven a su domicilio.

Así pues, se logró orientar y asistir técnicamente a la madre de A.D. a instar la denuncia por violencia familiar y exclusión del hogar del progenitor de A.D., a través de la articulación con la Defensoría Pública de la localidad interviniente. Se proveyó a la adulta de un botón antipánico y herramientas de cuidado y alarma. Asimismo, se logró prohibir el acercamiento del progenitor hacia A.D. y el resto de la familia materna debido a las constantes amenazas por parte del adulto, quien en ocasiones llegó a amenazarlos de muerte, irrumpiendo en la vivienda familiar en flagrante desobediencia de la medida restrictiva. A raíz de ello, se promovieron reuniones con la madre de la joven a fin de orientarla en efectivizar la denuncia penal correspondiente.

En el caso que aquí se describe, se advierte, entonces, cómo las implicancias que hacen al contexto de una internación por salud mental están íntimamente ligadas con años de vulnerabilidad socio económica y afectiva que requieren un abordaje integral del asunto para promover un espacio familiar de contención, en el que la participación articulada de organismos especializados resulta vital y necesaria. La correcta utilización de herramientas de comunicación y la digitalización de actuaciones judiciales habilita un plan de intervención y articulación más inmediata y focalizada. Contar, pues, con ese tipo de herramientas, posibilita, entre otras cosas, compartir documentación digital para trámites ordinarios y también excepcionales. A través de ello se pudo, incluso, dotar al equipo tratante del hospital de la resolución judicial que impedía el contacto del progenitor hacia su hija. Se observa, por consiguiente, cómo este tipo de maniobras tan sencillas son fundamentales para favorecer la articulación y el compromiso de organismos de distinta jurisdicción.

Durante la internación de A.D., y pese a su agudo cuadro de salud, se iniciaron trámites de actualización de documentación (DNI), se obtuvo una pensión no contributiva por discapacidad y se solicitó cautelarmente la afiliación de la joven a Incluir Salud que posibilitó la gestión de recursos terapéuticos para cuando estuvieran dadas las condiciones de egreso hospitalario.

Por último, mencionar que el padre de A.D. hoy se encuentra detenido por una causa penal, que la familia cuenta con una vivienda propia y libre de amenazas y violencia, que la madre de A.D. cuenta con tratamiento psicológico y el hermano de la joven ha retomado la escolaridad que había suspendido por las frecuentes amenazas de su progenitor.

En este nuevo contexto es posible vislumbrar el retorno de A.D. a la convivencia familiar, una vez asegurado la continuidad de tratamiento en su zona de residencia o cuente con la cobertura de transporte necesario para poder recibir atención en el Hospital de la CABA. Esta y otras medidas se siguen promoviendo en procura de la restitución integral de derechos de NNyA de conformidad con las leyes 26.061, 13.298 y lo pertinente con la Ley 26.657.

## Conclusiones

Para concretar un abordaje comprometido y eficaz sobre las complejas realidades de la población a la que asistimos, es imprescindible establecer una perspectiva que permita ajustar la lectura que realizamos, tanto como las intervenciones que de aquella se desprenden. En este sentido es nodal la referencia a la noción de vulnerabilidad, así como el esfuerzo permanente de seguir desarrollando herramientas con las cuáles afinar nuestro entendimiento de sus diversas modalidades. De esta manera, cuando trabajamos con los niños, niñas y adolescentes internados/as por salud mental en general nos hallamos frente a un conjunto de aspectos que remiten a las modalidades de vulnerabilidad. Una de las más notables es aquella inherente a su condición de personas en desarrollo, que no por evidente está libre de omisiones, por lo general por cuestiones sintomáticas institucionales y, claro está, por la carencia de una comprensión basada en la premisa que estamos sosteniendo. Asimismo, la situación de internación congrega varias facetas más de vulnerabilidades ante las cuáles es imprescindible conducirse con criterios que permitan una articulación y capitalización de las acciones tendientes a superar las problemáticas planteadas.

Durante la internación se produce una confluencia de intervenciones, correspondientes a recursos que se disponen para atender las necesidades detectadas en cada asistido/a. La intervención de diversos equipos (equipo tratante, equipo interdisciplinario de la Unidad, otros efectores) produce una elucidación de otras aristas que están implicadas con el caso particular, y es a través del seguimiento de esas ramificaciones que se hacen visibles problemáticas sociales y familiares por las que se encuentran atravesados/as usuarios/as, muchas de ellas de larga data. Así los factores de

vulnerabilidad van mostrando su multiplicidad y su raigambre.

La posibilidad de coordinar estas intervenciones y facilitar la obtención de recursos resulta imprescindible para lograr la externalización sustentable y favorecer el seguimiento y acompañamiento de los órganos administrativos en territorio. Es imperioso, tal como surge de la normativa vigente, agotar todas las instancias a fin de garantizar la permanencia de NNyA en su ámbito familiar, dejando constancia que no puede la situación de pobreza justificar la adopción de una medida excepcional o medida de abrigo.

## Bibliografía

Folgar, M.L. y Muñoz Genestoux, R. 2023. “La intervención de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad como garantía del acceso a la justicia de niños, niñas y adolescentes que se encuentran internados por salud mental en la Ciudad de Buenos Aires”. En REDPO, Revista de las Defensorías Públicas del MERCOSUR, 8-17.

Palacios, A. 2008. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). Ediciones Cinca. Madrid.

Ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental.  
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

Ley 114 de la Ciudad de Buenos Aires <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/1298>

Ley 26.061 Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.  
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/110000114999/110778/norma.htm>

Ley 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños de la Provincia de Buenos Aires <https://normas.gba.gob.ar/documentos/BdQn1UDV.html>

Convención sobre los Derechos del Niño  
<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad  
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

## Defensa técnica de los niños, niñas y adolescentes internados por salud mental

### Alejo de Irureta

Abogado (UBA). Defensor público coadyuvante, integrante de la Unidad de Letrados para Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación.

## Introducción

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657<sup>1</sup> (en adelante LNSM) establece en sus artículos 22 y 26 que los niños, niñas y adolescentes (en adelante NNYA) que se encuentren internados por razones de salud mental deben contar, necesariamente, con la defensa de un abogado<sup>2</sup>. Dicha defensa es de carácter obligatoria, por lo que, si el NNYA o su representante legal no designa un letrado de su confianza, el Estado debe proveérselo.

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante CABA), el Estado garantiza la defensa técnica a través de la Unidad de Letrados para Personas Menores de Edad, dependiente del Ministerio Público de la Defensa (en adelante MPD).

En el presente artículo me centraré en la figura del abogado/a. Especificaré las cualidades y formación que preferentemente debiera tener y delimitaré el alcance de su función.

1 La Ley N° 26.657 fue promulgada el 2 de diciembre de 2010 y reglamentada por Decreto N° 603/13, el 28 de mayo de 2013.

2 Siguiendo los lineamientos de la LNSM, el Código Civil y Comercial de la Nación, artículo 41, inciso c), establece que debe garantizarse el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica.

## Antecedentes

Previo a la sanción de la LNSM y a la entrada en vigencia del Código Civil y Comercial de la Nación (en adelante CCyC), las internaciones estaban reguladas por el art. 482 del Código Civil velezano. En un primer momento, ese artículo estaba compuesto por un único párrafo que establecía que la internación podía ser ordenada por autoridad judicial solo respecto de los “dementes” tras un proceso también judicial que los declare como tales.

La reforma al Código Civil del año 1968 (Ley N° 17.711) introdujo dos párrafos más al texto original del artículo 482. De este modo, además de ampliarse los supuestos de internación, se creó la figura del abogado defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aún evitarla (Olmo, 2015, 66). En ese entonces, atento al carácter de su función, al defensor especial no le era vinculante la voluntad de la persona a quien defendía<sup>3</sup>.

En la actualidad, la tarea de la abogada o abogado defensor consiste en ejercer la defensa técnica del NNyA en los términos de los arts. 22 y 26 de la LNSM y decreto reglamentario 603/13; conforme a los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental de la Organización de las Naciones Unidas (Resolución 46/119 del 17/12/1991)<sup>4</sup> y a las 100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad<sup>5</sup> (instrumentos que integran la LNSM cf. Art 2) y en los términos del art. 41 del CCyC.

Asimismo, si quien ejerce la defensa es parte integrante del MPD deberá actuar, a su vez, de conformidad con lo establecido en el art. 47 de la Ley N° 27.149 y en las Resoluciones de la Defensoría General de la Nación N°1451/11 y 516/12.

---

3 Ver entrevista realizada al Dr. Juan Pablo Olmo, publicada en Cuaderno Jurídico Familia, nro. 30, julio 2012, ps. 16-18.

4 “[...] Allí se establece que el paciente tendrá derecho a designar a un abogado defensor “para que lo represente en su calidad de paciente”, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación (ppio. 18.1). Entendemos que es de este precepto, de donde surge la pauta de actuación de la nueva figura del defensor prevista en el art. 22 [...]” (Menossi y Olmo en Barcala, Alejandra y Luciani Conde, Leandro -compiladores-, 2015; 289- 290).

5 Incorporadas a nuestro ordenamiento jurídico a través de la Acordada de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, N.º 5/2009 del 24 de febrero de 2009.

## Cualidades del/a abogado/a

Las cualidades y características que debiera reunir el o la abogada variarán conforme las particularidades que revistan los/as defendidos/as. En este caso, el o la abogada ejerce la defensa técnica de las personas menores de edad que se encuentran internadas por razones de salud mental y/o por problemática de consumo.

Además, en no pocas ocasiones, se trata de NNyA que han transitado una vida alejada de lo que podemos imaginar como una “niñez ideal”, provenientes de familias de bajos recursos económicos, expuestos a vulnerabilidad habitacional, social, económica, sanitaria, educativa, entre otras. Es decir, los defendidos pertenecen a más de un grupo vulnerable, con lo cual aumenta su fragilidad jurídica y la desigualdad que sufre.

En el caso extremo, podemos ubicar a aquellos NNyA que se encuentran en situación de calle, que circulan por las instituciones, por el fuero penal y el civil, retroalimentando un sistema de exclusión y acompañado por su detrimento psicofísico (Folgar, 2016; 82).

Un estudio realizado por la Unidad de Letrados durante los años 2012-2014 reveló que una importante cantidad de NNyA internados en efectores públicos de CABA no tenían acceso a cobertura de salud privada, provenían de familias de bajos recursos y el centro de vida se situaba fuera del ámbito de la CABA. Ese porcentaje correspondió, en aquel entonces, al 31,16% del total de los NNyA que tuvieron alguna internación durante ese período. Es decir, aproximadamente 1 de cada 3<sup>6</sup>.

En relación a ello, se ha sostenido que, “El hecho de que se trate de niñas, niños y adolescentes que tienen un padecimiento mental y están institucionalizados lejos de su centro de vida, sin disponibilidad de determinadas coberturas de salud y provenientes de familias de bajos recursos, genera una pauta estructural conformada, al menos, por una quintuple situación de vulnerabilidad”<sup>7</sup>.

En definitiva, todas estas cuestiones exigen que el/la abogado/a que ejerce la defensa en los términos del art. 22 y 26 de la LNSM y art. 41 del CCyC, tenga un perfil específico, distinto al que pueda requerirse para el desempeño en otras ramas del derecho.

6 Ver Acceso a la Justicia de Niños, Niñas y Adolescentes internados por Salud Mental o Adicciones. Testimonio 2012 – 2014, p. 49: <https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/biblioteca/Libro%20Salud%20Mental%20web.pdf>

7 Op. cit., p. 70.

## Especialidad

La palabra especialidad refiere a la “rama de una ciencia, arte o actividad, cuyo objeto es una parte limitada de ellas, sobre la cual poseen saberes o habilidades muy precisos quienes la cultivan”<sup>8</sup>. En este caso, la especialidad requerida deriva del principio más amplio de tutela judicial efectiva (art. 4 Convención sobre los Derechos del Niño; arts. 14, 18, 75 inc. 22, CN; art. 27 Ley 26.061, 100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad; art. 706 y 707 CCyC) y se trata de una doble especialidad: en razón de la materia (salud mental/adicciones) y en virtud del sujeto (niños, niñas y adolescentes).

En efecto, el/la abogado/a debe tener formación en niñez y adolescencia y salud mental. Así, de base, debe contar con sólidos conocimiento del corpus iuris de la infancia y discapacidad, doctrina y jurisprudencia, tanto nacional como internacional. En tal sentido, las 100 Reglas de Brasilia refiere a la necesidad de garantizar una asistencia técnico-jurídica de calidad y especializada (regla 30) y de que se adopten medidas destinadas a la especialización de los profesionales, operadores y servidores del sistema judicial para la atención de las personas en condición de vulnerabilidad, y la conveniencia de la atribución de los asuntos a órganos especializados del sistema judicial (Regla 40).

De la reglamentación al art. 26 de la LNSM surge que “(p)ara las internaciones de personas menores de edad el abogado defensor previsto en el artículo 22 de la Ley N° 26.657 deberá estar preferentemente especializado en los términos del artículo 27 inciso c) de la Ley N° 26.061”<sup>9</sup>. Siguiendo estos lineamientos, dadas las particulares circunstancias que rodean las internaciones de los NNYA, en el ámbito del MPD se plasmó la exigencia de una asistencia especializada (reglas 5 y 30 de las Reglas de Brasilia) con el objeto de maximizar el respeto y ejercicio de los derechos reconocidos y protegidos en la Ley N° 26.061 y Convención sobre los Derechos del Niño, entre otra normativa aplicable<sup>10</sup>.

## Comunicación

El defensor/a debe comunicarse con su defendido/a a través de un

---

8 Definición de la Real Academia Española, Diccionario de la lengua española, 22 ed., en [www.rae.es](http://www.rae.es).

9 El art. 27 inc. c) de la Ley 26.061 establece el derecho de los NNYA a ser asistidos por un letrado preferentemente especializado en niñez y adolescencia.

10 En los considerandos de la Resolución DGN N°1451/11.

lenguaje sencillo y claro, acorde a su edad y desarrollo. Sólo así, el NNyA podrá conocer sus derechos, exigirlos, comprender las consecuencias de las decisiones que toma y tendrá garantizado el efectivo acceso a la justicia<sup>11</sup>.

El art. 7 inc. j) de la LNSM establece el derecho de la persona con padecimiento mental a ser informada de manera adecuada y comprensible de los derechos que le asisten. La regla 72 de las 100 Reglas de Brasilia, por su parte, establece que se debe procurar adaptar el lenguaje utilizado a las condiciones de la persona en condición de vulnerabilidad, tales como la edad, el grado de madurez, el nivel educativo, la capacidad intelectual, el grado de discapacidad o las condiciones socioculturales. Se debe procurar formular preguntas claras con una estructura sencilla.

Y es que cuando el destinatario de la comunicación es una persona menor de edad -que naturalmente no tiene conocimientos jurídicos- se deben realizar notables esfuerzos explicativos (Carretero González, 2018). En este lineamiento, es dable destacar que cada vez son más las sentencias y resoluciones redactadas con la claridad necesaria para que el destinatario de ellas logre comprender acabadamente su contenido.

En definitiva, emplear un lenguaje llano y claro por parte de todos los operadores jurídicos va en línea con el principio de autonomía personal de los NNyA y contribuye para que éstos puedan lograr una correcta comprensión de sus derechos y obligaciones y, de esta manera, garantizar el acceso a la justicia.

## Escucha

El/la abogado/a debe escuchar e interesarse por comprender a fondo la situación de su defendido y debe contar con una aguda capacidad de observación y análisis, además de una mirada comprensiva de los hechos sociales y acontecimientos individuales. Para la efectividad de la escucha es necesario tener conocimiento de que los NNyA no solo hablan a través del lenguaje verbal, sino que existen formas “no verbales” de expresarse.

A la luz de estas advertencias, se deduce que la escucha de NNyA exige una formación especializada que no se relaciona ni se satis-

---

<sup>11</sup> Entendiendo “el acceso a la justicia en tanto derecho humano fundamental es, a la vez, el medio que permite reestablecer el ejercicio de aquellos derechos que hubiesen sido desconocidos o vulnerados” (Principios y Directrices sobre la Defensa Pública en las Américas, aprobados por la Asociación Interamericana de Defensorías Públicas (AIDEP) el 3 de agosto de 2016, Principio 1).

face con la mera disposición personal a “oír” a un niño y menos aún con la asunción de posturas infantilizadas que eluden el respeto a la condición especial del niño o niña. Se exige una formación y preparación especial, antes, durante y luego del acto polifacético de la “escucha” del niño (Pettigniani, 2013).

El Comité de los Derechos del Niño se ha preocupado por la modalidad que debe revestir la escucha de NNyA, la que exige una especialización del interlocutor que recibirá la palabra del niño. El Comité reafirma que

(e) escuchar a los niños no debe considerarse como un fin en sí mismo, sino más bien como un medio de que los Estados hagan que sus interacciones con los niños y las medidas que adopten en favor de los niños estén cada vez más orientadas a la puesta en práctica de los derechos de los niños.<sup>12</sup>

Por la condición de persona menor de edad, además de la buena conexión con el defendido/a, será necesario mantener comunicación con su familia, representante legal, referente afectivo y el medio en el que se desenvuelve.

## Enfoque interdisciplinario y de derechos humanos

La particular situación en la que se encuentra una persona menor de edad internada por cuestiones de salud mental y/o adicción en donde los factores emocionales y psíquicos impactan notoriamente, torna insuficiente el abordaje de la defensa desde una mirada técnico-jurídica. Para una efectiva defensa se requerirá entonces el aporte de diversas disciplinas, tales como la sociología, psicología, psicoanálisis, etcétera<sup>13</sup>. El/la abogado/a debe realizar un trabajo colectivo y multidisciplinario para lo cual debe valerse de los conocimientos que ofrecen esas disciplinas.

A este respecto se ha dicho que más que de un enfoque multidisciplinario, en realidad, es más conveniente hablar de interdisciplina, pues no solo se busca el aporte desde distintas aristas, formaciones y miradas, sino también el compartir enfoques entre todos (Bermejo y Pauletti en Kemelmajer de Carlucci, Herrera y Lloveras, 2018;

---

12 Comité de los Derechos del Niño, 43ª sesión, 11 al 29 de septiembre de 2006, Comité de los Derechos del Niño, 51º período de sesiones, Ginebra, 25 de mayo al 12 de junio de 2009.

13 Para profundizar sobre el rol de la interdisciplina en la actuación de la defensa pública, ver el artículo “La Ley Nacional de Salud Mental y su enfoque de derechos humanos: la interdisciplina y el nuevo rol de la defensa pública”, de Alejandra Barcala y Mariano Laufer Cabrera (en Faraone, Bianchi y Giraldez, 2015; 79-87).

673). Atendiendo el estado en que se encuentra el NNyA, se requerirá un riguroso cuidado en la utilización de las palabras y en el abordaje de los temas durante la conversación mantenida con ellos. Por eso, en varias ocasiones, será conveniente la participación en la entrevista de un experto en psicología, psiquiatría y/o trabajo social.

No hace falta aclarar que el/la abogado/a no posee los conocimientos específicos para comprender la totalidad de los conceptos técnicos e información médica que contiene una historia clínica. Por eso, necesitará de la debida asistencia para poder realizar un intercambio de opinión en igualdad de condiciones con los profesionales integrantes del equipo tratante de la persona menor de edad, para poder cuestionar con argumentos sólidos un tratamiento, la medicación suministrada y para sugerir y/o solicitar aquel recurso (acompañante terapéutico, hospital de día, etc.) que favorezca la situación de su defendido/a.

En definitiva, recurrir al auxilio de otros saberes le permitirá al abogado o a la abogada garantizar el cumplimiento de la ley. Esto es, recabar la voluntad real de su defendido/a, asegurar que la internación no perdure más allá de lo necesario, que el NNyA reciba el tratamiento adecuado, el menos restrictivo de sus derechos, exigir mejoras en las condiciones de internación, que se le brinden los recursos necesarios para facilitar con éxito la integración comunitaria, entre otros. Así entonces, el trabajo interdisciplinario es, además de indispensable, inevitable. A este respecto, las reglas 41 y 64 de las Reglas de Brasilia destacan la importancia de los equipos multidisciplinarios para mejorar la respuesta del sistema judicial y disponen la asistencia por personal especializado.

Pero además del enfoque interdisciplinario, el/la abogado/a debe tener presente que la concepción de la discapacidad como cuestión de derechos humanos ha supuesto un cambio de paradigma, que se resume en el hecho de considerar los problemas que enfrentan las personas con discapacidad como problemas de derechos humanos (Palacios, Fernández e Iglesias, 2020; 91-92). En este sentido, el modelo social aboga por una serie de medidas, entre las que se destacan la igualdad y no discriminación, la accesibilidad y el diseño universal, los ajustes razonables, los sistemas de apoyo y la transversalidad de las políticas en materia de discapacidad.

Asimismo, el modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores que sustentan a los derechos humanos; esto es: la dignidad, la libertad entendida como autonomía -en el sentido de desarrollo del sujeto moral- que exige que la persona sea el centro de las decisiones que le afectan; la igualdad inherente de todo ser humano -inclusiva de la diferencia-, la cual, asimismo, exige la satisfacción de ciertas necesidades básicas, y la solidaridad (2020, 7).

En síntesis, para el eficaz ejercicio de la defensa será preferente que el/la abogado/a tenga una doble especialidad (salud mental y niñez), que se exprese en lenguaje llano y claro, que tenga capacidad para observar, escuchar y comprender la situación del NNyA y su entorno, que posea habilidad para trabajar en equipo y con un enfoque inevitablemente interdisciplinario y de derechos humanos.

## Internaciones

Dado que el abogado o abogada que ejerce la defensa técnica lo hace en el marco de una internación, previo a especificar sus funciones, explicaré brevemente el procedimiento que se debe seguir en las internaciones de personas menores de edad.

La internación involuntaria implica una restricción a un derecho humano fundamental como lo es la libertad ambulatoria. Por ello, del texto de la LNSM y del art. 41 del CCyC surge, de forma clara y rigurosa, cómo es el procedimiento y la obligatoriedad del control judicial de la legalidad, proporcionalidad y razonabilidad de la internación. A diferencia de lo que sucede con las personas mayores de edad, la internación por razones de salud mental o adicción de una persona menor de edad es siempre de carácter involuntaria. Debemos destacar el acierto de los legisladores que han entendido conveniente brindar un sistema de protección especial a los NNyA dada la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran debido a su edad, afección a la salud mental y contexto de encierro<sup>14</sup>.

De ninguna manera esto conlleva a ignorar la voluntad de los NNyA y el derecho que éstos tienen -conforme a la legislación- de prestar el consentimiento informado<sup>15</sup>. Y es que la intención no ha sido otra que la de evitar abusos mediante el efectivo control judicial de la internación.

---

14 “[...] tratándose de personas declaradas incapaces o de niñas, niños y adolescentes, dispone la ley 26.657 en su art. 26 que toda internación ha de considerarse involuntaria (...) En virtud de que ambos colectivos —sea por su escasa edad o por su padecimiento psíquico—comparten un significativo grado de vulnerabilidad, resulta acertada la decisión del legislador en tanto la involuntariedad implica contralor judicial y defensa técnica [...]”, en Famá, Herrera y Pagano (2011), disponible en: <https://es.scribd.com/document/239666962/>

15 La reglamentación del art. 26 de la LNSM, mediante decreto 603/2013, dispone que se deberá poner a disposición del NNyA la suscripción del consentimiento informado.

En tal sentido, se ha dicho (Menossi y Olmo en Barcala y Luciani Conde, 2015; 286) que

[...] esto no implica que a la niñas, niños y adolescentes no se les permita consentir sus propias internaciones, sólo que, a pesar de ello, igualmente son consideradas involuntarias a los fines de ser rodeadas de todos los controles y garantías del caso.

Sentado ello, para que se efectivice la internación debe existir, a criterio médico, una situación de riesgo cierto e inminente<sup>16</sup> para la salud e integridad del NNyA y/o terceros y para disminuir o aniquilar ese riesgo no debe haber otra alternativa de tratamiento posible que la internación (cf. Art. 20 LNSM).

Una vez que el equipo interdisciplinario dispone la internación, el art. 26 de la LNSM remite al procedimiento establecido en los arts. 20, 21, 22, 23, 24 y 25 del mismo cuerpo normativo. Así las cosas, en un plazo de 10 horas se debe notificar al juez y al órgano de revisión<sup>17</sup> la internación de una persona menor de edad y dentro de las 48 horas se debe remitir el informe que refiere el art. 20 de la LNSM.

Dentro del plazo de tres días corridos desde la notificación, previa evaluación de la situación y constancias agregadas, el juez debe expedirse en relación a si autoriza o deniega la internación y, en caso de duda, podrá solicitar un informe ampliatorio o peritaje externo. Si se convalidó la internación involuntaria, con una periodicidad no mayor a treinta días corridos se deben requerir informes con el objeto de reevaluar si persisten los motivos para la continuidad de la medida.

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

Finalmente, el art. 23 LNSM establece que el alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud -compuesto de manera interdisciplinaria y bajo el criterio establecido en el art. 16 LNSM y concordantes- que no requiere autorización del juez,

---

16 La reglamentación del art. 20 de la LNSM dispone que debe entenderse como riesgo cierto e inminente “a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o a la integridad física de la persona o de terceros”.

17 La función del órgano de revisión es la de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental (cf. Arts. 38, 39 y 40 de la LNSM).

sin perjuicio del deber de informárselo; y no se aplica para el caso de las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el art. 34 del Código Penal.

## Funciones del/a abogado/a

No debe confundirse la figura del/a abogado/a que ejerce la defensa en los términos del art. 22 y 26 de la LNSM con el rol que desempeña el Defensor de Menores e Incapaces, cuya intervención es de carácter complementaria o principal en todos los procesos judiciales en los que se encuentren afectados los derechos de personas menores de edad, incapaces o con capacidad restringida (cf. Art. 103 CCyC). Asimismo, también cabe realizar una diferenciación con la figura del Defensor Público Tutor que, por regla general, interviene cuando los NNYA no tiene representante legal (cf. Art. 101 y 104 a 137 del CCyC).

La función del abogado o abogada en su calidad de defensor técnico de los NNYA es velar por el respeto de sus derechos en el contexto de internación y asegurar el efectivo acceso a la justicia garantizando que su voluntad y voz sea conocida y valorada por el juez y demás operadores intervinientes. Es decir, siempre se debe recabar la voluntad del defendido/a y, en lo posible, plasmarla en un acta debidamente firmada por la persona menor de edad. El/la abogado/a debe acercar la voz del NNYA al proceso mediante la realización de actos procesales.

Esta función principal va en sintonía con el modelo social de la discapacidad y de protección integral que implica dejar en el pasado el paradigma tutelar de la protección para asumir el deber de considerar a la persona con discapacidad como un sujeto pleno de derechos.

Asimismo, la constitucionalización del derecho privado incorpora los paradigmas que moldean la consideración contemporánea de los niños y adolescentes expresada en los instrumentos internacionales. Conforme esos instrumentos, al igual que los adultos, los niños y adolescentes titularizan una serie de derechos por su condición de seres humanos; y a esos derechos se suman otros, que ejercen por ser personas en desarrollo (Kemelmajer de Carlucci y Molina de Juan, 2015; 3).

El CCyC inserta expresamente el derecho privado argentino en el paradigma constitucional-convencional (arts. 1 y 2) y, en ese contexto, reconoce a los niños y adolescentes como sujetos de derecho.

Sentado ello, noticiado de la internación de una persona menor de edad, el/la abogado/a debe tomar contacto personal con su defendido/a. Una vez constituido en la institución, como primera

medida, debe poner en su conocimiento los derechos que le asisten en el marco de la internación, informarle acerca de la necesaria intervención de la justicia en el control de la internación y el alcance de su función en los términos del artículo 22 de la LNSM. Debe, también, asegurarse de que las instalaciones y condiciones de la internación sean las adecuadas, que reciba el tratamiento que requiere -que deberá ser el menos restrictivo de sus derechos-, que reciba el trato que corresponde por parte del personal y profesionales del lugar y que se le garantice el contacto con los familiares, salvo indicación terapéutica en contrario debidamente fundada. Siguiendo la voluntad de su defendido, puede oponerse a la internación y solicitar su externación.

Asimismo, el/la abogado/a debe compulsar la historia clínica procurando que se encuentre unificada, foliada, que las intervenciones del equipo tratante se registren a diario y que obre el consentimiento informado, etcétera (Crespo Kaul, Folgar y Muñoz Genestoux, en Barcala y Poverene, 2019; 223). Debe mantener comunicación con el equipo tratante y con los familiares y/o referente afectivo de su defendido/a y debe, también, controlar que la internación no se prolongue innecesariamente realizando las gestiones y peticiones a lo fines del pronto egreso, que puede ser al domicilio familiar, al de un referente afectivo o al dispositivo que su situación requiera (hogar convivencial; hogar de atención especializada u hogar terapéutico).

Finalmente, el/la abogado/a debe procurar que su defendido/a, al momento del egreso, cuente con las condiciones para su integración comunitaria. El éxito de la integración se traducirá no solo en una mejora en la calidad de vida del NNyA, sino que permitirá reducir las posibilidades de una eventual reinternación.

## Actuación extrajudicial

La forma más rápida, efectiva y habitual de resolver las diferentes cuestiones que se presentan en el contexto de la internación involuntaria es a través de la comunicación, el consenso y el diálogo. Así, será necesario interactuar con el equipo tratante, familiares del defendido/a, con los representantes de la cobertura de salud, con los organismos de protección de derechos de los NNyA (Consejo de los Derechos de NNyA, defensorías zonales y servicios locales), con los representantes de las distintos ministerios, secretarías, áreas y programas del Gobierno Nacional, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, de la Provincia de Buenos Aires y/o de la localidad donde el NNyA tenga su centro de vida.

A modo de ejemplo de las diversas formas de intervención extraju-

dicial podemos referir las gestiones orientadas a la renovación del documento nacional de identidad; a la tramitación del certificado único de discapacidad; al otorgamiento de un subsidio o pensión; a la obtención de turnos para la continuidad del tratamiento indicado en forma ambulatoria; acciones tendientes a garantizar el derecho a la educación y el ejercicio del derecho al voto; y, por supuesto, aquellas acciones que tienen por objeto asegurar el cumplimiento de las garantías mínimas en las condiciones de la internación y a conseguir mejoras de esas condiciones y tratamiento.

Asimismo, si en el marco de las visitas se constata alguna situación irregular, inmediatamente se realizan acciones defensoras en la institución (por ejemplo, aquellas tendientes al cese de una contención física injustificada, a garantizar la comunicación y visita de los familiares -salvo indicación terapéutica en contrario-, a asegurar el debido control y seguimiento por parte del equipo médico, etc.).

En definitiva, la actuación extrajudicial se ajusta a las necesidades de cada caso en particular. De esta manera se ha logrado, por ejemplo, conseguir subsidios y créditos para solucionar problemáticas habitacionales en pos del egreso de NNYA al domicilio familiar; o se ha articulado para conseguir la traducción de documentación extranjera a los fines de la tramitación de la ciudadanía argentina de un NNYA para tramitar el certificado único de discapacidad, entre otras acciones.

## Actuación judicial

De conformidad con lo estipulado por la ley, a partir de la internación se inicia el expediente judicial cuya carátula es el nombre de la persona menor de edad seguido por el objeto que, indistintamente, puede ser “control de internación” o “evaluación art. 42 del CCyC”. Así entonces, si bien la mayor parte del trabajo se realiza de forma extrajudicial, en tanto que la LNSM otorga al juez la función de garante de la legalidad de la internación, necesariamente en toda internación de NNYA debe existir una actuación judicial por parte del/a abogado/a que ejerce la defensa técnica.

Antes de continuar, vale destacar que la reforma del CCyC introdujo una serie de principios que rigen toda actuación judicial en los procesos de familia. Así, el art. 706 del Código establece el deber de respetar los principios de “tutela judicial efectiva, inmediación, buena fe y lealtad procesal, oficiosidad, oralidad y acceso limitado al expediente”, disponiendo que “las normas que rigen el procedimiento deben ser aplicadas de modo de facilitar el acceso a la justicia, especialmente tratándose de personas vulnerables...” y que “la decisión que se dicte en un proceso en que están involu-

crados niños, niñas o adolescentes, debe tener en cuenta el interés superior de esas personas”.

Sentado ello, en general las presentaciones tienen como objeto dar cuenta de la situación en la que se encuentra el defendido/a, poner en conocimiento del juez y demás operadores su voluntad y deseo y realizar las peticiones conducentes para garantizar la protección integral de sus derechos.

Ahora bien, considerando la situación particular del defendido/a las peticiones que se efectúen pueden ser de lo más variadas sin que ello signifique exceder el objeto y marco acotado del proceso. Solo por enumerar algunas: medidas cautelares de prohibición de innovar para que se reserve la vacante del defendido/a en el hogar donde convive; medidas de prohibición de acercamiento de personal de enfermería o mantenimiento sobre defendido/a; medidas de prohibición de acercamiento en virtud de hechos de violencia familiar y de género sufridos por el NNyA; medidas de prohibición de acercamiento en resguardo de la persona menor de edad y su grupo familiar conviviente en extraña jurisdicción en los términos del art. 196 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación; solicitudes de intimación para que se proceda a la afiliación a obra social; y toda presentación tendiente a la rápida provisión de algún recurso y a la pronta externación del defendido/a.

## Breves palabras de cierre

Mediante el presente se ha remarcado la preferencia de que el abogado o abogada que ejerce la defensa en los términos del art. 22 y 26 de la LNSM y art. 41 del CCyC tenga una capacitación y cualidades específicas.

Se precisó la importancia del trabajo interdisciplinario y la exigencia de recurrir a otros saberes para la efectividad de la defensa y como garantía de acceso a la justicia de los NNyA y, finalmente, se delimitó la función del/a abogado/a, discriminando y enumerando -de forma ejemplificativa- la actuación extrajudicial y judicial.

En rigor de lo desarrollado, podemos concluir que la mayor vulnerabilidad en la que pueden hallarse los/as NNyA, en cuanto personas menores de edad usuarias del sistema de salud mental, exige que la medida de protección que constituye la garantía de la asistencia letrada deba disponerse sin mayores demoras. Y es que no será sino a través del control judicial y de la intervención del abogado/a que se garantizará el acceso a la justicia, debido proceso, derecho de defensa y el control inmediato, activo y efectivo desde el momento de la internación.

## Bibliografía

Barcala, A. y Laufer Cabrera, M. 2015. “La Ley Nacional de Salud Mental y su enfoque de derechos humanos: la interdisciplina y el nuevo rol de la defensa pública”, en Faraone, Silvia, Bianchi, Eugenia y Giraldez, Soraya (comps.), *Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la ley 26.657*, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, Buenos Aires, ps. 79-87.

Bermejo, P., Pauletti, A. C. 2018. “Procesos de familia” en Kemelmajer de Carlucci, A., Herrera, M. Lloveras, N. (dirs.), *Tratado de derecho de Familia*, Rubinzal Culzoni, Santa Fe, t. V-B, p. 673.

Carretero González, C. 2018. “La importancia e influencia del uso del lenguaje claro en el ámbito jurídico”, en <https://www.pensamientopenal.com.ar/index.php/doctrina/46190-importancia-e-influencia-del-uso-del-lenguaje-claro-ambito-juridico>

Crespo Kaul, H., Folgar, M. L. y Muñoz Genestoux, R. 2019. “Todas las rutas llevan a... Descripción transinstitucional de internaciones de niños, niñas y adolescentes en hospitales públicos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. En Barcala, Alejandra y Poverene, Laura (comps.), *Salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias. Investigaciones actuales en Argentina*, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, p. 223.

Famá, M. V. Herrera, M. y Pagano, L. M. 2011. “Salud mental en el derecho de familia”, Hammurabi, Buenos Aires Disponible en: <https://es.scribd.com/document/239666962/>

Folgar, M. L. 2016. “Consumo problemático de sustancias psicoactivas de NNyA en situación de calle. Vulnerabilidad extrema: tensión entre el discurso jurídico y la realidad”, en *Revista del Ministerio Público de la Defensa*, Buenos Aires, p. 82.

Kemelmajer de Carlucci, A., Molina de Juan, M. F. 2015. “La participación del niño y el adolescente en el proceso judicial”, en *RCCyC 2015 (noviembre)*, 3 - DJ04/05/2016, 10 Cita Online: AR/DOC/3850/2015.

Menossi, M. P. y Olmo, J. P. 2015. “La Ley Nacional de Salud Mental y la Creación de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires” en Barcala, Alejandra y Luciani Conde, Leandro (comps.), *Salud Mental y Niñez en la Argentina, Legislaciones políticas y prácticas*, Ed. Teseco, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ps. 289- 290.

Olmo, J. P. 2015. *Salud Mental y Discapacidad. Análisis del Có-*

digo Civil y Comercial de la Nación – Ley 26.994. Ed. Dunken, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, p. 66.

Palacios, A., Fernández S.E., Iglesias, M.G. “Situaciones de discapacidad y derechos humanos”, Ed. La Ley.

Pettigniani, E. “¿Por qué escuchar al niño o adolescente y cómo escucharlo?”, en RDF-62, 7, cita online: AR/DOC/6502/2013

Acceso a la Justicia de Niños, Niñas y Adolescentes internados por Salud Mental o Adicciones. Testimonio 2012 – 2014, Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2015. p. 49: <https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/biblioteca/Libro%20Salud%20Mental%20web.pdf>



## **Internaciones de NNyA hipervulnerables: avances hacia un abordaje integral y especializado**

### **María Laura Folgar**

Abogada (UBA). Magister en Magistratura y doctoranda (Derecho, UBA). Defensora Coadyuvante de la Defensoría General de la Nación.

### **Agustina Oliveri**

Abogada (UBA). Especialización en Derecho de Familia de UBA (en curso). Diplomatura en Derecho Procesal de Familia (Universidad Abierta Interamericana). Letrada en el Equipo de Trabajo de Centros de Acceso a la Justicia - Acceder de la Defensoría General de la Nación.

## **Introducción**

El presente trabajo tiene la intención de contar nuestra experiencia en la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657 –en adelante ULM–, respecto al ejercicio de la defensa técnica y especializada de aquellos niños, niñas y adolescentes –en adelante NNyA– en situación de hipervulnerabilidad que cursan una internación debido al consumo problemático de sustancias psicoactivas y que, además, presentan discapacidad psicosocial y los atraviesa la interseccionalidad.

En los años que ambas fuimos parte de la ULM, hemos observado las trayectorias vitales en declive de estos NNyA, así como también los valorables esfuerzos desarrollados a partir de las intervenciones efectuadas por múltiples organismos estatales, con el anhelo de garantizar o restituir sus derechos. No obstante, en la práctica no se advierte que con las acciones implementadas se haya logrado incidir en sus realidades.

Durante el tiempo que integramos la ULM, hemos expuesto nuestra preocupación sobre el tema participando activamente de múltiples reuniones con diferentes actores; hemos sido parte de mesas intersectoriales de las cuales surgió la creación de un protocolo para estos NNyA; hemos escrito artículos académicos al

respecto<sup>1</sup> y en prácticamente todos los informes anuales de la ULM presentados ante la Defensoría General de la Nación<sup>2</sup> hemos hecho hincapié en esta problemática.

Sin doblegar los esfuerzos realizados por las instituciones que intervienen con estos NNYA, la intención de este artículo es transmitir nuestra experiencia en pos de repensar la problemática en que están insertos, propiciando un abordaje que ciertamente logre garantizarle sus derechos (a la vida, a la salud, al desarrollo, etc.) de manera sostenida, a través de una política pública diferente, con enfoque integral de derechos humanos, que implique su verdadera inclusión en el ámbito comunitario y territorial.

## Breve reseña sobre la intervención de la Unidad de Letrados de Niños, Niñas y Adolescentes art. 22 Ley 26.657

El Ministerio Público de la Defensa (MPD) es una institución de defensa y protección de los derechos humanos, que garantiza el acceso a la justicia y la asistencia jurídica integral, promoviendo toda medida tendiente a la protección de los derechos fundamentales de las personas, en especial de quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad (art. 1º, Ley 27.149). Para ello, distribuye sus competencias a través de defensorías públicas, comisiones y programas especializados.

En el año 2012, a instancias de la legislación nacional e internacional vigente en materia de salud mental<sup>3</sup>, la Defensora General de la Nación, Dra. Stella Maris Martínez, dispuso por Resolución DGN N° 516/2012 la creación de la ULM, a fin de asumir la defensa técnica de los NNYA, en los términos de los arts. 22 y 26 de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM), con carácter subsidiario, siempre que el

---

1 Folgar María Laura y Muñoz Genestoux Rosalía, “Vulnerables e Invisibles: chicos en situación de calle y con consumo problemático” publicado en Revista de Derecho de Familia N° 84, mayo de 2018 (págs. 49 a 63) y Folgar María Laura, “Consumo problemático de sustancias psicoactivas de niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Vulnerabilidad extrema: tensión entre el discurso jurídico y la realidad”, publicado en la Revista del Ministerio Público de la Defensa (2016) (págs. 81 a 90).

2 Ver informes anuales DGN, en <https://www.mpd.gov.ar/index.php/biblioteca-mpd-n/memoria-institucional>

3 Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, con jerarquía constitucional cf. art. 75 inc. 22 CN, a lo que debe sumársele las “100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condiciones de Vulnerabilidad”.

NNyA o su representante legal no decidan designar otro profesional letrado a esos efectos.

Es decir que la función de la ULM es ejercer la defensa técnica y especializada de los NNyA que en su calidad de usuarios del servicio de salud mental atraviesan una internación (ya sea por salud mental y/o por consumo problemático de sustancias psicoactivas) en instituciones públicas y/o privadas (hospitales monovalentes, generales, clínicas, sanatorios o comunidades terapéuticas) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuyos alcances se encuentran contemplados, además, en el art. 47 de la Ley 27.149.

La defensa técnica consiste en el derecho del NNyA a ser asistido por un defensor letrado durante el tiempo en el que permanece en condición de internación, con el fin de garantizar el acceso a la justicia y la exigibilidad de sus derechos.

Una vez evaluado el criterio de internación por parte de los equipos interdisciplinarios que conforman las instituciones (cf. art. 16 Ley 26.657), la ULM toma conocimiento de dicha decisión a través de la comunicación que éstos realizan dentro de las 10hs. de producida y, en el plazo de 24 o 72hs., un letrado toma contacto personal con su defendido/a.

Luego de realizada la primera entrevista, las visitas a los establecimientos de internación se efectúan semanalmente. En ellas también se llevan a cabo intercambios presenciales y/o telefónicos con el equipo tratante, los familiares o referentes afectivos de cada NNyA y demás instituciones intervinientes (organismos de promoción y protección de los derechos de NNyA, Dirección General de Salud Mental, Dirección de Políticas Sociales en Adicciones, establecimientos educativos, de salud, obras sociales, prepagas, entre otros), en pos de asegurar condiciones de internación adecuadas (habitabilidad del dispositivo de internación, alimentación, vestimenta, intimidad, higiene, preservación de lazos afectivos, sociales y/o comunitarios, entre otros). Para eso se solicitan, en su caso, el cese de situaciones irregulares que importen la vulneración de sus derechos (como podrían ser la falta de control o seguimiento por parte del equipo profesional, falta de contacto con familiares, situaciones de maltrato y/o de contención física, falta de permisos de salidas, etc.) o las medidas necesarias para garantizarlos (Folgar y Muñóz Genestoux, 2023; 8-17). Todo ello tiene como norte, desde el inicio, poner al NNyA en conocimiento de sus derechos y de la información que requiera y procurar que reciba el tratamiento más adecuado y menos restrictivo. Se trata de enfatizar que la internación no se prolongue innecesariamente para que el NNyA obtenga su pronta externación y que sea sostenible en el tiempo. Para ello, durante ese tiempo, se elaboran estrategias para que el NNyA regrese al

domicilio familiar con los recursos terapéuticos necesarios o bien al dispositivo adecuado para su alojamiento (hogar convivencial, hogar de atención especializada u hogar terapéutico).

En este sentido, la labor de la ULM tiene por eje escuchar al NNyA. Debe primar el respeto por su autonomía personal, su voluntad, sus deseos y preferencias, las cuales son trasladadas al juez con competencia exclusiva y excluyente en asuntos de familia que ejerce el control judicial de la internación, a quien también se le requieren todas las medidas necesarias y recursos pertinentes que efectivicen los derechos de los NNyA durante ese período.

Cabe destacar que el ejercicio de la función de la ULM se lleva a cabo desde un rol activo y gran parte de su trabajo es extrajudicial, intersectorial e interdisciplinario. Es por ello que cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por profesionales de psicología, psiquiatría infanto-juvenil y trabajo social (cf. art. 47 inc. H de la Ley 27.149) y arts. 41 y 61 de las Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de Personas en Condiciones de Vulnerabilidad), que brindan apoyo y asistencia para favorecer la calidad del trabajo y la interrelación con los defendidos/as, familiares, referentes y/o actores intervinientes, en pos de garantizar los derechos de los NNyA involucrados. Su intervención tan necesaria también apunta a la posibilidad de construir criterios y líneas de acción en cuanto al abordaje psicosocial de los casos, desde una mirada integral de la problemática.

## Dificultades en torno a la internación de NNyA en situación de hipervulnerabilidad

Como parte del ejercicio de sus funciones, la ULM trabaja en internaciones de NNyA<sup>4</sup> que se encuentran en situación de calle<sup>5</sup>, con discapacidad psicosocial<sup>6</sup> y consumo problemático de sus-

---

4 Cuando se hace referencia a NNyA, se trata de personas de hasta los dieciocho años de edad que, per se, son vulnerables de conformidad con las “100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en condición de Vulnerabilidad”, las cuales destacan que todo NNyA debe ser objeto de una especial tutela por parte de los órganos del sistema de justicia (reglas 3, 4 y 5).

5 El Comité de los Derechos del Niño, en la Observación General N° 21, reafirmó que “el término ‘niños de la calle’ se utiliza para hacer referencia a: a) los niños que dependen de la calle para vivir y/o trabajar, ya sea por sí solos, con otros niños o con su familia y b) un conjunto más amplio de niños que han conformado vínculos sólidos con los espacios públicos y para quienes la calle desempeña un papel fundamental en su vida cotidiana y su identidad” (párrafo cuarto).

6 Según la OMS, la discapacidad psicosocial refiere a las “personas con diag-

tancias psicoactivas, cuyas realidades nada tienen que ver con una infancia “ideal”.

Se trata de NNyA cuya vulnerabilidad no solo se relaciona con su edad y su estado de salud, sino que presentan una desigualdad mayor respecto de otros NNyA dado que están atravesados por fenómenos tales como su situación de calle; la pobreza; con mayor exposición al riesgo y a la violencia; sin acceso a la educación; padecen discriminación; en general se encuentran en conflicto con la ley penal; sus condiciones familiares, económicas y sociales los expulsan de los hogares, cuentan con familias poco continentales o directamente se encuentran sin cuidados parentales; entre otros. Estos factores que se superponen e intersectan, profundizan la situación en la que se encuentran por lo cual se los considera hipervulnerables.

En el ejercicio de la defensa técnica, la ULM se encuentra a diario frente a las internaciones de estos NNyA que vienen alternando su estadía entre la situación de calle, los paradores y/o los distintos dispositivos creados en el marco del sistema de salud y/o de protección integral de la infancia, incluso del sistema penal. Se trata de una población que accede al sector público de salud de la Ciudad de Buenos Aires (hospitales y comunidades terapéuticas) para la atención de su consumo problemático, en la gran mayoría sumergida en un contexto social de expulsión y abandono.

Lo anterior, sumado al grave deterioro en la salud psico-física que presentan estos NNyA como consecuencia de la sumatoria de sustancias que consumieron, hacen necesaria -a criterio de un equipo interdisciplinario, cf. art. 20 LNSM- su internación por motivos de salud mental, por presentar un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, en los términos del art. 41 del CCyCN y el consecuente inicio de las actuaciones judiciales para su control. No obstante, esta medida, por se, no alcanza para restituir sus derechos vulnerados.

Es que, en general, en nuestra experiencia en la ULM, observamos que la internación de éstos NNyA suele ser muy breve, sea porque se retiran del hospital sin contar con el alta o bien porque la obtienen una vez que los desintoxican. En algunos casos sucede que los NNyA ingresan a los hospitales generales y el equipo de salud entiende que, más allá de la situación que atraviesan, no requieren una internación por salud mental, por lo que, en general, pasan nuevamente a la situación de calle. En otros casos, cuando el equipo decide su internación, a la vez requieren que sean derivados inmediatamente a otra institución (hospital monovalente, clínica o

---

nóstico de trastorno mental que han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación”.

comunidad terapéutica) porque en dicho hospital “no tienen recursos” para su atención. Así, ocurre que mientras esperan a ser derivados, los NNyA se retiran del hospital sin haber accedido al tratamiento que requieren; o permanecen por largos períodos de tiempo e inclusive toda la internación en el sector de guardia, a veces en una camilla e incluso en los pasillos (pese a las peticiones judiciales y extrajudiciales realizadas desde la ULM para que pasen a una sala de pediatría, adolescencia o salud mental), lo que implica que cada día sean evaluados por profesionales diferentes, sin poder realizar un tratamiento y seguimiento adecuado de las situaciones, a fin de articular estrategias de externación que sean sostenibles en el tiempo. Incluso, resulta muy frecuente que, ante la internación de estos NNyA, desde el hospital se solicite una consigna policial, a veces como modo de garantizar su permanencia y otras para resguardar su seguridad, como la de los profesionales u otros pacientes, por considerar peligrosa la presencia de dicha persona en el hospital.

Sucede que, tal como lo señaló María Pía Pawlowicz (2015, 26) cuando habla de las barreras con las que se encuentra esta población en los servicios de salud, organizacionales y culturales, son las representaciones sociales estigmatizantes y/o la creencia que “con esta gente no se puede hacer nada”, lo que hace que los equipos de salud que reciben a éstos NNyA los sientan como una “papa caliente” que se deriva y deriva, “rebotando de un lado al otro”.

En algunas oportunidades donde los NNyA sí quedan internados por presentar riesgo cierto e inminente para sí o para terceros a criterio del equipo evaluador, ocurre que cuando se logra compensar clínicamente la gravedad de su cuadro ocasionado por el consumo de sustancias, el equipo de salud se contacta con el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CDNNyA), quienes solicitan -en la mayoría de los casos- a la Dirección Operativa de Políticas Sociales en Adicciones la evaluación del NNyA para su derivación a una comunidad terapéutica. En caso que la evaluación arroje un resultado positivo, al encontrarse el tratamiento bajo la órbita del paradigma de reducción de riesgos y daños, si el NNyA no acuerda con ella se retira del hospital y, en general, queda nuevamente en situación de calle. Caso contrario, se efectúa su derivación para su internación en las instituciones conveniadas por el GCABA, las que se encuentran en su totalidad ubicadas en la Provincia de Buenos Aires. Sin embargo, suele suceder que cuando efectivamente logran ingresar a una comunidad terapéutica para comenzar a realizar un tratamiento, solo llegan hasta la puerta o permanecen muy pocas horas o días ya que manifiestan su voluntad de egresar o simplemente abandonan, regresando nuevamente, en general, a la situación de calle.

En efecto, hemos observado una puerta giratoria a través de la cual,

una vez que son externados, éstos NNYA vuelven a estar en situación de calle para volver a ingresar a los dispositivos de internación y así una y otra vez, pero cada vez con mayor deterioro psico-físico. A la par, se podría decir que se encuentran girando frente a un enmarañado circuito de respuestas estatales -desde el sistema de salud y de protección- que no logra incidir en su vida real.

Se ha sostenido con acierto que esta población se encuentra en una situación de deriva institucional, inserta en un “circuito de exclusión y ausencia de anclaje que se produce cuando los servicios de salud no logran alojar las problemáticas de un individuo o de un grupo en particular”<sup>7</sup>. Esto lleva, inevitablemente, a la necesidad de repensar otras estrategias de intervención que a la postre impliquen una verdadera reducción del daño, restitución de derechos y reparación de las consecuencias.

Vinculado con ello, puede observarse que cuando éstos NNYA atraviesan una internación por salud mental debido a una problemática de consumo, en general, intervienen una multiplicidad de actores, muchas veces de manera desarticulada y/o fragmentada. Así, se da una superposición de profesionales e instituciones que intervienen al mismo tiempo, inclusive desde paradigmas antagónicos y con estrategias diferentes, lo que dificulta trabajar en pos de una verdadera restitución de derechos.

Señala la doctrina (Epele, 2010; 189) que:

al intentar poner en relación este conjunto de crónicas, descripción e interpretaciones que atraviesa el complejo campo de articulación entre uso de drogas, pobreza y salud, el resultado es una dispersión fragmentaria de prácticas, saberes, estrategias y procesos (institucionales, políticos, informales locales, profesionales) contradictorios entre sí. Esto (...) expresa las dificultades, obstáculos, tensiones y vacíos que los usuarios/as de drogas experimentan en su vida cotidiana en la resolución de sus problemas de salud.

Como consecuencia de ello, desde la experiencia de la ULM se advierte que, en general, los NNYA con consumo problemático que alternan su estadía entre la situación de calle y los hospitales/comunidades terapéuticas no logran acceder a un tratamiento adecuado, lo que concluye en una trayectoria en declive, con un deterioro en su salud psico-física cada vez mayor que profundiza la interseccionalidad que los atraviesa.

---

7 Alejandro Michalewicz, citando a Alejandra Barcala en *Prácticas en Salud Mental Infanto-juvenil. Entre la Hospitalidad y el hospitalismo*, (págs. 33/34).

## La necesidad de brindar un abordaje integral desde una perspectiva de derechos humanos

En nuestros años de experiencia en la ULM, hemos visto que pese a los esfuerzos y a la inmensa complejidad que -destacamos- implica el trabajo de los operadores con éstos NNYA, todas las instituciones que los alojan -sean del sistema de salud o de protección- encuentran dificultades para contenerlos. Esto ocurre no solo por su padecimiento mental producto del consumo de sustancias psicoactivas, sino por los hábitos adquiridos en la calle, los cuales muchas veces “no resultan compatibles con las rutinas y disciplinas que los dispositivos ofrecen, además que tampoco muestran un sentido de pertenencia ni contención afectiva para ellos (García Silva, 2011; 43/45).

Es por ello que frente a la permanencia del problema y, en particular, de algunas trayectorias, es necesario repensar el abordaje actual y propiciar una nueva política pública con enfoque integral de derechos humanos, que garantice un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social (art. 27 de la CDN). Esto debe implicar una verdadera inclusión de éstos NNYA en el ámbito comunitario y territorial, atendiendo fundamentalmente a su interés superior y a su protección especial. Entendemos necesario readecuar las intervenciones y pensar en nuevas estrategias tendientes a intervenir realmente en la vida de este sector de la población, compatibilizando sus vidas con los amplios derechos y garantías consagrados en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, el CCyCN y las leyes 26.657 y 26.061. Cabe aquí citar a la brillante Dra. Cecilia Grosman (2007; 8), quien dice que

no resulta suficiente la creación normativa si no se concreta en políticas públicas y gestos institucionales. De nada sirven rimbombantes textos consagradorios de derechos de la infancia y encendidos discursos en su defensa si en la realidad cotidiana estatal no solo se los olvida sino que incluso se los omite. Cuando los derechos humanos sólo se proclaman, comienzan a debilitarse y sólo se puede restaurar su fuerza por la acción de la justicia.

## Una primera aproximación a través de un amparo de salud

Una primera aproximación a la exigibilidad de una política pública diferente que aborde de manera integral la situación de NNYA con padecimientos en su salud mental, con consumo problemático y en conflicto con la ley penal, se dio en el caso de los jóvenes B.I.S.

y F.A.S. –actualmente mayores de edad–. Sus vidas arrasadas, motivaron el inicio de una acción de amparo de salud por parte de la ULM contra el Estado nacional y local, que tramitó por ante el fuero Contencioso, Administrativo y Tributario de la CABA<sup>8</sup>.

Se trataba de dos jóvenes que durante su adolescencia, como consecuencia del consumo problemático y la situación de calle en la que se encontraban tras haber egresado de sus hogares familiares a temprana edad, comenzaron a transitar innumerables internaciones por salud mental –muchas veces, como consecuencia de una medida adoptada en sede penal– en comunidades terapéuticas, hospitales generales y/o monovalentes del GCABA, desde donde egresaban tras abandonar su tratamiento sin lograr abordar su problemática de manera integral. Si bien en algunos casos se logró la derivación de estos jóvenes a dispositivos tipo hogar convivencial y/o terapéutico o bien a paradores dependientes del GCABA, tampoco fue posible su sostenimiento: rápidamente, retornaban a la situación de calle, en un circuito que cada vez los encontraba más comprometidos en su salud. En ambos casos, se observaba que ningún dispositivo estatal al cual habían ingresado podía abordar su problemática de forma integral. De allí nació la necesidad de promover un amparo de salud a los fines de exigir al Estado nacional y local que le brinden a estos jóvenes –y por qué no a otros/as que estuvieran en su misma situación– una política pública que importe un abordaje integral y especializado (en razón de su edad; discapacidad psicosocial; en virtud del historial, características y necesidades de cada joven; que incluya tratamiento psiquiátrico y psicológico, espacio terapéutico familiar, abordaje ambulatorio interdisciplinario e integral de las adicciones; y actividades socio-recreativas con el fin de favorecer la reinserción social, etc.), donde sean tratados desde su singularidad para lograr un proyecto de vida propio. Pasadas todas las instancias, el Tribunal Superior de Justicia de la CABA confirmó que el Estado Nacional y local debían “garantizar la existencia de vacantes en establecimientos que brinden a los menores involucrados un tratamiento psicológico y psiquiátrico y un abordaje integral y especializados, que contemple las características y necesidades de ambos jóvenes”.

Podemos decir, entonces, que el amparo de salud promovido desde la defensa pública puso en cuestión la necesidad de instaurar una modificación en las lógicas de abordaje, las rutinas y las normas establecidas en los dispositivos de internación y/o alojamiento de NNyA con padecimiento en su salud mental y consumo

---

8 TSJ, 9/9/19, “Folgar Mara Laura y otros c/ Ministerio de Salud de la Nación y otros s/ amparo s/ recurso de Inconstitucionalidad”, expte. nro. 16120/18.

problemático, que procure su contención y el alojamiento afectivo, respetando sus subjetividades y su historia de vida previa (Menossi, Pascuali y Muñoz Genestoux, 2020; 46).

## De la intervención estatal en casos de NNyA en situación de calle y con consumo problemático

Cabe señalar que se habla de los NNyA en situación de calle como

un grupo extremadamente vulnerable y con alto nivel de complejidad psicosocial, vínculos familiares escasos o nulos y estrategias de supervivencia, que comprometen gravemente el ejercicio de sus derechos (mendicidad, robo, explotación y comercio sexual), todo lo cual dificulta el acceso y permanencia en el sistema escolar y facilita la cronificación en el consumo de drogas.<sup>9</sup>

Por otro lado, es sabido que

los mecanismos de exclusión, discriminación y descalificación que operan en las trayectorias de vida de niños, niñas y adolescentes en situación de calle se vinculan con la invisibilidad, la pérdida de la nominación, el no reconocimiento en la trama social. La deshumanización y descrédito social. La ausencia de otros que pueden apuntalar a los chicos y chicas en la construcción de un porvenir reduce el propio sujeto la posibilidad /responsabilidad de desarmar las soluciones adictivas, agresivas, compulsivas como expresiones de sufrimiento. La frustración frente a las apelaciones fallidas al mundo adulto refuerza la sensación de “estar solos frente al mundo (Lenta, 2016; 168).

### Marco jurídico en torno a las personas en situación de calle:

A nivel normativo, en el año 2021 se sancionó la Ley 27.654, denominada “Situación de calle y familias sin techo”. Ésta define a las personas en situación de calle como aquellas que, sin distinción de ninguna clase, sea por su condición social, género, edad, origen étnico, nacionalidad, situación migratoria, religión, estado de salud o cualquier otra, habitan en la calle o en espacios públicos en forma transitoria o permanente, utilicen o no servicios socioasistenciales o de alojamiento nocturno, públicos o privados. (art. 4.1). Define, a su vez, a las personas en riesgo a la situación de calle: aquellas

---

9 Consumo de Paco y sustancias psicoactivas en niños y niñas en situación de calle y jóvenes en tratamiento, Ministerio de Desarrollo, Buenos Aires, pág. 23. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/informe\\_paco\\_resumido\\_3.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/informe_paco_resumido_3.pdf)

que, en igual condición, residen en establecimientos públicos o privados –sean médicos, asistenciales, penitenciarios u otros– de los cuales deban egresar por cualquier causa en un plazo determinado y no dispongan de una vivienda para el momento del egreso (art. 4.2.a). Asimismo, destaca que la situación de calle y el riesgo a la situación de calle son estados de vulnerabilidad social extrema que implican una grave restricción para el ejercicio de los derechos consagrados en la Constitución Nacional y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos (art. 5), por lo que tienen derecho a ser respetadas en su dignidad personal y en su integridad física, debiendo el Estado realizar acciones positivas tendientes a evitar y eliminar toda discriminación o estigmatización hacia las personas en situación de calle o en riesgo a la situación de calle, estableciendo a la vez condiciones que permitan el ejercicio de su autodeterminación y el libre desarrollo de la personalidad y de la subjetividad (art. 6). Para ello, consagra como uno de los deberes del Estado la creación de una red nacional de centros de integración social, de atención permanente y continua, que presten servicios socio-asistenciales básicos de alojamiento, alimentación, higiene y cuidados de la salud y además desarrollen actividades de formación y ocupación adaptadas a los conocimientos y necesidades de los destinatarios (art. 11.6). Prevé como uno de los lineamientos para la implementación de los programas de política pública la formulación e implementación intersectorial y transversal entre distintos organismos respecto de las políticas públicas en materia de salud, educación, vivienda, acceso a la Justicia, trabajo, esparcimiento y cultura. Al respecto, dispone que las personas en situación de calle tendrán acceso prioritario a los programas y tratamientos para los consumos problemáticos, la salud mental y las discapacidades, de acuerdo a las particularidades de quien solicita el servicio (art. 12 d).

En el ámbito de la CABA, se cuenta con la Ley 3706 de Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en situación de calle y en riesgo de situación de calle. Allí se consideran personas en situación de calle a los hombres o mujeres adultos/as o grupo familiar, sin distinción de género u origen, que habiten en la calle o espacios públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en forma transitoria o permanente y/o que utilicen o no la red de alojamiento nocturno (art. 2.a), así como también a aquellos que se encuentren en instituciones de las cuales egresarán en un tiempo determinado y estén en situación de vulnerabilidad habitacional (art. 2 b.1). Dispone, a su vez, la remoción de obstáculos que impiden a las personas en situación de calle o en riesgo a la situación de calle la plena garantía y protección de sus derechos, así como el acceso igualitario a las oportunidades de desarrollo personal y comunitario,

a cuyo fin prevé la formulación e implementación de políticas públicas en materia de salud, educación, vivienda, trabajo, esparcimiento y cultura elaboradas y coordinadas intersectorial y transversalmente entre los distintos organismos del estado y el acceso prioritario a los programas de desintoxicación y tratamientos para condiciones asociadas al abuso de sustancias, la salud mental y las discapacidades de acuerdo a las particularidades del sujeto que solicita el servicio, en el caso de personas en situación de calle y en riesgo a la situación de calle con discapacidad y adicciones (art. 4 b, c y g).

Recientemente, el GCABA dispuso un “Protocolo de atención a personas en situación de vulnerabilidad habitacional con padecimientos de salud mental y/o consumo problemático”<sup>10</sup>, a fin de lograr el acceso prioritario de personas en situación de vulnerabilidad habitacional a los programas de las reparticiones con competencia en materia de salud mental y/o consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. Allí establece líneas comunes de intervención y articulación que permiten unificar y consensuar criterios, además de conformar equipos de trabajo interdisciplinarios para el necesario abordaje interministerial de la problemática. En particular, respecto a los NNYA, se dispuso el “Protocolo de abordaje e intervención conjunta entre el Programa de Abordaje Territorial para Niñas, Niños y Adolescentes - CDNNYA” y el “Programa Buenos Aires Presente - DGAI para familias con niñas, niños y adolescentes en situación de calle”<sup>11</sup>, destinado al abordaje del grupo familiar con NNYA en situación de calle que cuente con, al menos, un NNYA, cuente o no con antecedentes de abordaje previo por parte de las áreas involucradas del GCABA.

Desde una perspectiva de derechos humanos, no puede soslayarse que la Corte Interamericana de Derechos Humanos abordó la situación que atraviesan los NNYA en situación de calle -en el caso “Villagrán Morales Vs Guatemala”<sup>12</sup> - como una vulneración del derecho a la vida. En efecto, señaló que los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho básico y, en particular, el deber de impedir que sus agentes atenten contra él (párrafo 144), y también adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de los niños bajo su jurisdicción (párrafo

---

10 Ver <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-RES-MSEGC-MSGC-MDHYHGC-SECSEG-1-24-ANX.pdf>

11 <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-DIS-MD-HYHGC-CDNNYA-DGAI-1-24-ANX.pdf>

12 Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) vs. Guatemala, sentencia del 19 de noviembre 1999.

146). Asimismo, dispuso que los derechos de los niños en situación de riesgo, como los “niños de la calle”, son víctimas de una doble agresión. En primer lugar, los Estados no evitan que sean lanzados a la miseria, privándolos así de unas mínimas condiciones de vida digna e impidiéndoles el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad. En segundo lugar, atentan contra su integridad física, psíquica y moral y hasta contra su propia vida (párrafo 191).

Asimismo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha observado que la pobreza infantil, además de significar que los niños se vean imposibilitados de acceder a los estándares básicos de bienestar y satisfacer sus necesidades en el presente, también les afecta en el futuro, restringiendo sus posibilidades de desarrollar capacidades de acceder a oportunidades futuras y los condiciona a círculos de transmisión intergeneracional de la pobreza<sup>13</sup>.

El Comité de los Derechos del Niño, en su Observación general N° 21 (2017) sobre los niños de la calle, ha señalado que resulta necesario trabajar estrategias a largo plazo asentadas en “un enfoque basado en los derechos del niño garantiza el respeto de la dignidad, la vida, la supervivencia, el bienestar, la salud, el desarrollo, la participación y la no discriminación del niño como titular de derechos” (IV.A), debiendo los Estados

[...] adoptar medidas para asegurar que los niños de la calle puedan acceder a servicios básicos como la salud y la educación, y a la justicia, la cultura, el deporte y la información. Asimismo, deben velar por que sus sistemas de protección de la infancia presten servicios especializados en la calle, en los que participen trabajadores sociales capacitados [...]. La prevención, la intervención temprana y los servicios de apoyo localizados en la calle son elementos que se refuerzan mutuamente y proporcionan una línea ininterrumpida de atención dentro de una estrategia a largo plazo, integral y eficaz.

Particularmente, en lo que hace a derechos de la infancia, la Ley de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes N° 26.061 (2005), que da operatividad a los derechos dispuestos en la Convención sobre los Derechos del Niño, recoge, en lo que a esta trabajo importa, el principio del interés superior del niño; de autonomía progresiva para el ejercicio de sus derechos; no discriminación; el derecho a la vida; a la supervivencia y desarrollo; a

---

13 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas OEA/Ser.L/V/II.164. Doc. 147 7 septiembre 2017, págs. 42 y 120. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/pobrezaddh2017.pdf>

la integridad personal y a la dignidad; a la vida privada y a la intimidad familiar; a la identidad; a la documentación; a la salud; a la educación; a la libertad; al deporte y al juego, entre otros.

## Intervención estatal

En este complejo escenario, donde no se encuentra en discusión la situación de hipervulnerabilidad que atraviesa un NNYA en situación de calle y las obligaciones que corresponden al Estado, cabe indagar cual es, en la práctica, el abordaje que reciben por parte de éste en pos de la restitución de sus derechos.

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el organismo que tiene a su cargo el Sistema de Protección Integral de NNYA consagrado en la normativa nacional (Ley 26.061) y local (Ley 114) es el CDNNyA, que cuenta con programas tendientes al abordaje de los NNYA en situación de calle cuando se encuentran solos o con su grupo familiar. Por un lado, cuenta con una Unidad de Seguimiento de Familias en Situación de Vulnerabilidad Social (USFSVS), que tiene por función la restitución de derechos de NNYA que se encuentran alojados con sus familias en dispositivos de albergue (hogares y paradores) y hoteles<sup>14</sup>. A ello se suma el Programa para el Abordaje Territorial Especializado de NNYA (ATENNA) de la Dirección General de Gestión de Políticas y Programas, que tiene como objetivo llevar a cabo las primeras líneas de acción tendientes a asistir a los NNYA para lograr una restitución integral de sus derechos cuando éstos se encuentran atravesando situaciones de extrema vulnerabilidad social (situación de calle, consumo problemático de sustancias psicoactivas, explotación sexual y laboral, trata con ambos fines y trabajo infantil). El Programa ATENNA tiene bajo su órbita tres dispositivos que brindan atención permanente y se encuentran abiertos las 24hs., con la finalidad última de acompañar y generar alternativas a la situación de calle, a partir de un trabajo interdisciplinario, con atención personalizada y profesional de las necesidades singulares de cada NNYA<sup>15</sup>.

Asimismo, la estructura de la Dirección General de Gestión de Políticas y Programas del CDNNyA también incorporó bajo su órbita a la Dirección Operativa de Fortalecimiento de Vínculos Familiares y Comunitarios, que conglomeró los programas Mi Lugar, Acompañante

---

14 Anuario estadístico Ciudad Autónoma de Buenos Aires, año 2021, pág. 46 [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/anuario\\_2020\\_final.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/anuario_2020_final.pdf)

15 Anuario Estadístico, cit., pág. 36.

Terapéutico y/u Hospitalario, Fortalecimiento de Vínculos Familiares y Comunitarios y Programa de Acompañamiento para el Egreso.

Entrando en el abordaje del consumo problemático de sustancias psicoactivas, cabe señalar, en primer lugar, que la Ley 26.934 define consumo problemático a aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales (art. 2). Asimismo, como pautas de asistencia, dispone la de: a) respetar la autonomía individual y la singularidad de los sujetos que demandan asistencia para el tratamiento de abusos y adicciones, b) promover la atención de sujetos que padecen problemáticas asociadas a los consumos en hospitales generales polivalentes, c) incorporar el modelo de reducción de daños<sup>16</sup> y d) incorporar una mirada transdisciplinaria e interjurisdiccional, vinculándose los efectores sanitarios con las instancias de prevención, desarrollo e integración educativa y laboral (cf. art. 10). A su vez, prevé que cuando los sujetos que hayan tenido consumos problemáticos se encuentren en una situación de vulnerabilidad social que atente contra el pleno desarrollo de sus capacidades y la realización de sus actividades y tales circunstancias pongan en riesgo el éxito del tratamiento, el Estado los incorporará en dispositivos especiales de integración (art. 15).

Asimismo, el art. 4 de LNSM dispone que “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental”. En consonancia con ello, el art. 9 de la Ley de Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos N° 26.934 establece que “los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que los sujetos que los padecen tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la Ley 26.657 de Salud Mental”. Específicamente, tratándose de NNyA, el Dto. 647/10 CABA transfirió a la órbita de la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud del GCBA las competencias relativas a la atención de NNyA con problemática de salud mental y discapacidad. Sin embargo, en la Ciudad de Autónoma de Buenos Aires la atención del consumo problemático está a cargo la Dirección Operativa de Políticas Sociales en Adicciones, depen-

---

16 El modelo de reducción de daños trata de una intervención que se dirige a usuarios de drogas que no logran o no desean dejar de consumir y que sin proponer la abstinencia como meta prioritaria y fundamental y teniendo en cuenta la realidad social de cada persona, ofrecen asistencia socio sanitaria tendiente a disminuir los daños ocasionados por el consumo, sea mediante la reflexión sobre el consumo, el despertar conciencia de salud y producir una moderación en la intensidad y frecuencia del consumo.

diente del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. Es decir, que el abordaje que se realiza respecto del consumo problemático en CABA no es desde el ámbito de salud.

## La creación del “Protocolo de actuación en relación con niños, niñas y adolescentes con grave afectación en la salud incluidos en el sistema de datos compartidos”

Bajo estos lineamientos, con el desafío de repensar la problemática que atraviesa a éstos NNYA y readecuar los dispositivos de intervención para propiciar un abordaje con enfoque integral de derechos humanos, en el año 2018 se creó el “Protocolo de actuación en relación con niños, niñas y adolescentes con grave afectación en la salud incluidos en el sistema de datos compartidos” –en adelante, Protocolo–, en el entendimiento que resultaba necesario crear una política pública diferente para aquellos NNYA que presentan una situación crítica de salud<sup>17</sup> originada por un sostenido consumo de sustancias psicoactivas acumulado como consecuencia de su prolongada situación de calle.

Dicho protocolo surgió como producto de un acuerdo intersectorial entre el Poder Judicial de la Nación (Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional), el CDNNyA (Dirección General de Responsabilidad Penal Juvenil, Dirección General de Servicios de Atención Permanente), el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del GCBA (Subsecretaría de Promoción Social) y el Ministerio de Salud GCBA (Subsecretaría de Atención Hospitalaria), con participación en el seguimiento de la Defensoría General de la Nación (Unidad Funcional de Personas Menores de 16 años, la ULM y la Secretaría General de Política Institucional). En él, se trazó una lógica de intervención pensada para brindar una respuesta distinta a la del sistema penal (que es el que lamentablemente termina alojando a estos jóvenes) que fuera más efectiva en el proceso de restitución de los derechos vulnerados de este colectivo, frente al poco éxito alcanzado hasta entonces con los recursos disponibles.

---

17 El Protocolo define a la situación crítica como el estado de alta vulnerabilidad biopsicosocial caracterizado por la afectación grave de la salud integral -incluyéndose dentro de ésta el deterioro propio causado por la prolongada situación de calle y el consumo de sustancias psicoactivas-, la débil conciencia de enfermedad, el riesgo cierto al que se encuentra expuesto tanto de él mismo como el de terceros y los antecedentes del recorrido institucional fallido.

Para ello, entendiendo la importancia de que las distintas instituciones de alojamiento desarrollaran la capacidad de historización de la vida de cada uno de éstos NNYA para dotar de coherencia, integralidad y mayor eficacia a las intervenciones simultáneas/consecutivas estatales vigentes, se decidió crear un Sistema de Datos Compartidos. Este sistema tiene carácter confidencial, en el cual los usuarios habilitados (organismos involucrados en la atención de éstos NNYA) deben cargar y actualizar la información relativa a las intervenciones que realizan con los NNYA en situación crítica que se encuentran incluidos, como así también proceder a su eliminación tan pronto la vulneración de sus derechos o su situación crítica haya cesado o bien hayan alcanzado la mayoría de edad. Se trata de una plataforma informática ([www.undato.com.ar](http://www.undato.com.ar)) de fácil acceso, que funciona todos los días del año y concentra una suerte de banco de datos interinstitucional, en la cual los distintos organismos habilitados comparten información y documentación relativa a los NNYA incluidos, como así también pueden efectuar su consulta e intercambiar mensajes.

De este modo, cuando un NNYA que forma parte de este Sistema de Datos ingresa a la esfera de la atención pública, sea por intermedio del sistema penal –por disposición del juez de menores frente a la aprehensión de un NNYA por la posible comisión de un delito<sup>18</sup> – y/o civil –en virtud de una medida judicial precautoria/cautelar o de salud por parte del CDNNyA–, se deberá dar aviso a la Guardia Jurídica Permanente del CDNNyA o, en su caso, al Centro de Admisión de Derivación “Úrsula Llona de Inchausti” y proceder a su traslado por intermedio del SAME desde el sitio donde se encuentre a cualquiera de los cinco hospitales públicos seleccionados al efecto –Argerich, Penna, Fernández, Elizalde y Gutiérrez–, los cuales deberán brindarles atención prioritaria, procediendo a su desintoxicación, evaluación integral por parte del equipo interdisciplinario de salud mental de la guardia externa y, en su caso, atención en el área de pediatría, adolescencia o salud mental.

---

18 Con respecto al sistema penal, debemos señalar que en el último informe anual presentado por la Base General de Datos de Niños, Niñas y Adolescentes de la CSJN, correspondiente al período 2023, se registró la existencia de 1767 NNYA con, al menos, una causa penal iniciada por ante la Justicia Nacional de Menores (el 71% de ellos, por primera vez), de los cuales el 92.1% corresponde a varones –principalmente entre 16 y 17 años de edad–, mientras que el 7.9% restante a mujeres. Asimismo, se recabó que en 1431 causas de las 2197 iniciadas en el año 2023 –en su gran mayoría, por delitos contra la propiedad–, los NNYA fueron aprehendidos por fuerzas de seguridad de la CABA y llevados al Centro de Admisión y Derivación, mientras que 178 de ellos contaban con medidas judiciales de privación de libertad o alojamiento en residencias. Disponible en: <https://www.csjn.gov.ar/bgd>

Desde allí, si la evaluación arroja como resultado la existencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, el equipo de salud dará aviso al juzgado civil correspondiente, a la ULM y al Órgano de Revisión de Salud Mental (cf. art. 21 Ley 26.657) y se requerirá la intervención del CDNNyA para la gestión y obtención de los recursos necesarios (acompañante hospitalario/terapéutico, derivación a comunidad terapéutica). Caso contrario, si se considera que no procede la internación, se dará aviso al CDNNyA (Dirección General de Niñez y Adolescencia o Dirección General de Política en Adicciones o Dirección General de Salud Mental del GCBA), con miras a obtener los recursos adecuados a las necesidades del NNyA (hogar terapéutico, hogar convivencial, hogar convivencial con atención especializada, tratamiento ambulatorio en comunidad terapéutica, centros de día, etc.), en pos de evitar que nuevamente pase a situación de calle. De este modo, la inclusión de NNyA con grave afectación de su salud integral, originada principalmente en el consumo problemático de sustancias psicoactivas como consecuencia de su situación de calle en el Sistema de Datos Compartidos, busca garantizar la accesibilidad a sus derechos y la promoción de su cuidado mediante un conjunto de acciones inter-sectoriales destinadas a priorizar su atención, sea que provengan del sistema penal y/o civil y presenten una situación de extrema vulnerabilidad bio-psico-social.

Desde la puesta en práctica del Protocolo se llevaron a cabo reuniones mensuales entre los actores intervinientes en las cuales se expusieron los distintos avances, experiencias y desafíos de su implementación. Así, se observó que entre las principales dificultades se encontraba la inexistencia de un equipo especializado en la problemática que pueda acompañar transversalmente a estos NNyA en el proceso de restitución de sus derechos, tanto en el ámbito de su hospitalización como de alojamiento, así como también la falta de un dispositivo de alojamiento que resultara acorde a sus necesidades y particularidades. Esto acarrearía que cada vez que un NNyA ingresaba a un establecimiento de salud, donde se lo atendía por diferentes equipos de salud, las intervenciones, evaluaciones y abordajes no lograrían la integralidad buscada debido a la escasa posibilidad de historizar y contextualizar adecuadamente su trayectoria vital, lo que hacía que los mismos profesionales desestimaran la importancia de dicha instancia como una oportunidad de lograr una solución superadora en la vida de estos NNyA.

Con el fin de llenar el vacío de la política pública en esta problemática y brindar una respuesta efectiva desde el ámbito estatal, en el año 2023, por Resolución CDNNyA N° 1895/2023, se creó el “Programa Especializado en Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Vulnerabilidad Social Crítica” -en adelante, Programa-, que fun-

ciona bajo la órbita de la Dirección Operativa de Programas Centralizados y Articulación Interinstitucional, dependiente de la Dirección General de Gestión de Políticas y Programas del CDNNyA.

Según los términos de dicha Resolución, el Programa tiene por objetivo garantizar el acceso y la restitución de los derechos de NNyA en situación de vulnerabilidad social crítica<sup>19</sup> que se encuentran incluidos en el Protocolo, desde una mirada integral y multidisciplinaria. Al efecto, se propuso generar acciones inmediatas de asistencia y protección, en el marco de una intervención integral jurídico-clínica-social, abordando con equipos especializados las cuestiones relativas al riesgo que implica la transgresión a la ley, así como también la problematización y deconstrucción de la situación de calle en la que se encuentran estos NNyA desde una mirada singular, en la cual se pueda construir y fortalecer un vínculo de empatía y confianza que les permita alcanzar un proyecto de vida constructivo como alternativa a la situación crítica abordada.

Para lograrlo, el Programa pensó en una implementación dividida en cuatro fases. La primera, habla del contacto directo con el NNyA en la cual se puede conocer su trayectoria vital. En un segundo término, se trabaja sobre la realización de una evaluación integral de la salud psicofísica del NNyA dentro del ámbito sanitario, en la cual se atiende su desintoxicación y planificación del tratamiento inicial a desplegar a partir del diagnóstico arribado, para luego pensarse en un plan de egreso hospitalario que responda a sus particularidades, así como también a las evaluaciones efectuadas con relación a sus referentes familiares y/o afectivos/as o institucionales. La tercera y cuarta fase, consisten en desplegar aquellas acciones ligadas al cumplimiento y sostenimiento efectivo de dicho plan de egreso, ya sea a su ámbito familiar y/o afectivo con los tratamientos ambulatorios necesarios y su inclusión en el ámbito educativo; la derivación a una comunidad terapéutica o el ingreso a un dispositivo convivencial que se adapte a sus necesidades, todo ello en articulación con los distintos efectores del sistema de protección integral, de modo que se pueda abordar la problemática de consumo y trabajar en la adherencia a dichos tratamientos para efectivizar su integración a un ámbito socio-comunitario mediante la construcción de proyectos de autonomía y auto valimiento que resulten beneficiosos para sus derechos.

---

19 Por situación de vulnerabilidad social crítica, el Programa entiende a toda situación en la que los/as NNyA se encuentren atravesando conflictos con la ley penal juvenil y una grave afectación a su salud, producto del consumo problemático sostenido, sumado al grave deterioro que implica encontrarse en situación de calle de manera prolongada y/o intermitente.

Esta política pública innovadora trae aparejada dos ejes de intervención, los cuales actúan de manera coordinada a fin de efectivizar la correcta implementación del Plan Estratégico de Restitución de Derechos (PER) de cada uno de los NNYA que formen parte del Programa.

Por un lado, se encuentra el Equipo Territorial Especializado en NNYA en Situación de Vulnerabilidad Social Crítica. El mismo se conforma por duplas interdisciplinarias de profesionales a quienes se les asigna el acompañamiento territorial, seguimiento y diseño del PER de cada uno de los NNYA en los diferentes espacios que deban transitar, de modo de conformar un vínculo de confianza sostenido en el tiempo que evite la actuación estatal fragmentada que termine por entorpecer el abordaje. Para ello, al tomar conocimiento que un efector de salud tomó contacto con el NNYA, deben acompañarlo en el proceso de evaluación integral e internación y diseñar estrategias de acción de manera conjunta. En ese marco, también deben convocar a los referentes familiares/afectivos/comunitarios del NNYA para trabajar en el fortalecimiento familiar, las problematización de la situación y las pautas de cuidado, con el objeto de generar una red de contención socio-comunitaria que facilite el retorno del NNYA a su grupo familiar y/o familia ampliada, al dispositivo convivencial o comunidad terapéutica o bien a través de propuestas para una vida autónoma, siempre que aquello responda a su interés superior.

Por el otro, el Programa previó la creación del Centro de Atención Especializado para Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Vulnerabilidad Social Crítica, el cual fue inaugurado en el mes de noviembre del pasado año. Se trata de un dispositivo de puertas abiertas que brinda atención y cuidado integral personalizado y diferencial para NNYA del Protocolo que se encuentran alojados, ya sea como instancia previa o posterior a la etapa de hospitalización y/o internación, con el fin de abordar de manera transicional la problemática de consumo, la desnaturalización de la violencia, la responsabilidad respecto del cuidado de sí y de terceros/as y el pleno ejercicio de sus derechos. Dicho centro se compone de un equipo especializado de médicos psiquiatras, enfermeros, equipos técnicos interdisciplinarios, operadores sociales, entre otros, que trabajan en pos de promover un sentido de pertenencia en éstos NNYA, en el cual puedan sentirse escuchados y alojados afectivamente, de modo que potencie sus chances de adherencia al tratamiento y posibilite su reincorporación asistida en caso de desistimiento temporal.

Allí intervienen organizaciones no gubernamentales como la Fundación Niñez y Adolescencia Violentada y Excluida (NAVE) y la Casa de la Cultura de la Calle (CACUCA), creada por iniciativa del actor Gastón Pauls, que promueven la concientización y preven-

ción de las adicciones así como también efectúan encuentros y talleres que brindan a los jóvenes herramientas de autoconocimiento, contención y confianza.

## Avances y desafíos actuales en torno a la implementación de esta nueva política pública

Si bien aún resulta muy pronto efectuar un análisis acerca de la implementación del nuevo dispositivo de alojamiento creado, celebramos que, desde la creación del Protocolo, la necesidad de brindar un abordaje integral y diferenciado para este colectivo de NNyA adquirió mayor visibilidad.

A partir de allí, con la intervención del Programa ATENNA, se han logrado importantes avances en torno a garantizar un abordaje más coordinado de esta problemática, que tenga en cuenta la subjetividad y situación particular de cada NNyA.

Sin embargo, pese a que mucho se ha trabajado desde el Sistema de Protección Integral de Derechos mediante la creación de políticas públicas concretas, aún queda mucho camino por recorrer para lograr una modificación real sostenida que incida en la trayectoria vital de estos NNyA.

Sigue siendo un desafío que las áreas pertinentes de salud y adicciones -Dirección General de Salud Mental -dependiente del Ministerio de Salud del GCBA- y Dirección General Políticas Sociales en Adicciones -dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, también del GCBA- acompañen con políticas públicas adecuadas y recursos concretos.

La ULM sigue participando activamente de la mesa intersectorial del Protocolo, por lo que esperamos que a medida que avancen en este camino, los resultados se vean reflejados en la concreción de los derechos de éstos NNyA, brindándoles la posibilidad real de vivir, simplemente, como los niños, niñas y adolescentes que son.

## Bibliografía

Anuario estadístico Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2021, [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/anuario\\_2020\\_final.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/anuario_2020_final.pdf)

Base General de Datos de Niños, Niñas y Adolescentes de la CSJN. 2023, <https://www.csjn.gov.ar/bgd>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informe sobre

pobreza y derechos humanos en las Américas. 2017. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/pobrezaddhh2017.pdf>

Consumo de Paco y sustancias psicoactivas en niños y niñas en situación de calle y jóvenes en tratamiento, Ministerio de Desarrollo, Buenos Aires.

[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/informe\\_paco\\_resumido\\_3.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/informe_paco_resumido_3.pdf)

Epele, María. 2010. Sujetar por la Herida. Una etnografía sobre Drogas, Pobreza y Salud. Paidós.

Folgar, María Laura y Muñoz, Genestoux Rosalía. 2018. “Vulnerables e Invisibles: chicos en situación de calle y con consumo problemático”. En Revista de Derecho de Familia Nº 84.

Folgar, María Laura. 2016. “Consumo problemático de sustancias psicoactivas de niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Vulnerabilidad extrema: tensión entre el discurso jurídico y la realidad”. En Revista del Ministerio Público de la Defensa.

Folgar, María Laura y Muñoz, Genestoux, Rosalía. 2023. “La intervención de la Unidad de letrados de personas menores de edad como garantía del acceso a la justicia de niños, niñas y adolescentes que se encuentran internados por salud mental en la Ciudad de Buenos Aires”. En Revista de las Defensorías Públicas del Mercosur Nº 10.

García Silva, Rodolfo. 2011. “Riesgo y cuerpo en los niños de calle”. En Trabajos, cuerpos y riesgos. Marta Panaia (Comp). Editorial Luxemburg.

Grosman, Cecilia P. 2007. “La responsabilidad del Estado en la institucionalización de los niños y adolescentes”. En JA 2007 IV 1078 SJA.

Lenta, María Malena. 2016. Niños, Niñas y Adolescentes en situación de calle. Discursos sobre la infancia y Procesos de Subjetivación. Editorial Eudeba.

Menossi, María Paula, Pascuali, María Belén y Muñoz Genestoux, Rosalía. 2020. “El Estado Nacional como garante del derecho a la salud en situación de extrema vulnerabilidad. Un largo camino por recorrer”. RDF 2020-IV, 46. TRLALEY AR/DOC/2222/2020.

Michalewicz, Alejandro. 2023. Prácticas en Salud Mental Infanto-juvenil. Entre la Hospitalidad y el hospitalismo. Noveduc.

Pawlowicz, María Pía. 2015. Voces en el Fénix: sumario 42”. Ver: <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/ley-de-salud-mental-apuesta-a-un-cambio-de-paradigma-y-oportunidades-para-una-reforma-en-las-politicas-de-drogas/>.

Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-RES-MSEGC-MSGC-MDHYHGC-SECSEG-1-24-ANX.pdf> / <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-DIS-MDHYHGC-CDNNYA-DGAI-1-24-ANX.pdf>

DGN. Informes anuales. Ver <https://www.mpd.gov.ar/index.php/biblioteca-mpd-n/memoria-institucional>



## **Análisis estadístico de la actividad de la Unidad de Letrados - período 2022/2023 y su comparación con períodos anteriores**

### **Daniela Ayelén Rébori Morales**

Abogada, especialista en Derecho Procesal Civil y Comercial (UBA).  
Letrada de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad del  
art. 22 Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación

### **Introducción**

¿Cuántas niñas, niños y adolescentes son internados por razones de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires? ¿En qué tipo de instituciones se desenvuelven esas internaciones? Previamente, ¿habían cursado internaciones por salud mental?, ¿habían recibido otros modos de atención de tipo ambulatorio? Este trabajo pretende dar respuesta a estos interrogantes con la finalidad de brindar a quien lo lee una fotografía de la situación actual (2022/2023) en materia de internaciones por salud mental de este segmento de la población. Asimismo, estos datos han sido comparados con los de los inicios (2012/2014) del funcionamiento de la Unidad de Letrados de Salud Mental de Personas Menores de Edad de la Defensoría General de la Nación -en adelante Unidad de Letrados- con el objetivo de observar los cambios en los aspectos antes mencionados en el transcurso de estos más de diez años.

Para ello se han tomado dos periodos -elegidos arbitrariamente-. Por un lado, se delimitó un segmento anual (desde el 26/10/22 al 25/10/23), para obtener datos sobre cantidad de internaciones en las que intervino la Unidad de Letrados, su composición en términos de sexo, género y edad, el tipo de institución (pública o privada) en el que se llevaron a cabo y cómo tomó conocimiento de la internación la propia Unidad. Por el otro, se utilizó un periodo semanal (del 19/10/2023 al 25/10/2023) para poder analizar esos mismos datos -a modo de grupo comparativo- y otros más específicos, teniendo en cuenta los casos “activos” de ese periodo, es decir, comunicados en ese lapso de tiempo o que, si bien fueron

comunicados con antelación, al día de inicio de ese período permanecían cursando una internación por salud mental. Examinaremos, así, datos tales como: el tiempo que transcurrió desde que se produjo la internación hasta que la Unidad de Letrados fue comunicada, quién remitió tal comunicación, si la persona realizaba tratamiento ambulatorio previamente, si era su primera internación o no, entre otras.

Todos los datos han sido recabados a partir de las comunicaciones de internación recibidas por la Unidad, entrevistas con las personas internadas y compulsas de sus historias clínicas (estas dos últimas con la colaboración de las letradas y letrados integrantes de la Unidad). Por último, a fin de comparar los datos con los de los inicios de la creación de la Unidad de Letrados, cabe destacar que se tuvo en consideración la publicación Acceso a la Justicia de Niños, Niñas y Adolescentes internados por Salud Mental o Adicciones de la Defensoría General de la Nación del año 2015, basada en los testimonios de los años 2012 a 2014<sup>1</sup>.

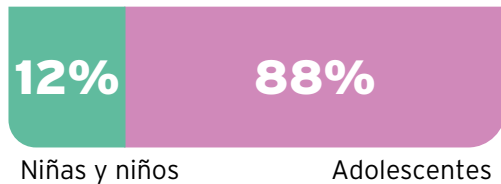
## Edad de las personas internadas

En el periodo anual contemplado (2022/2023), del total de 1385 casos comunicados a la Unidad de Letrados, el 12% -166- eran niños o niñas de 5 a 12 años y 88% -1219- eran adolescentes, de 13 a 17 años (ver gráfico 1). El mayor porcentaje de adolescentes es un dato que se reitera desde el inicio del funcionamiento de esta Unidad de Letrados (en el trabajo publicado sobre los dos primeros años de su funcionamiento -2012/2014- se señalaba que el 91.29% eran adolescentes y el 8.71% eran niños o niñas<sup>2</sup>), aunque, en el período actual, se observa un aumento de casos de niños y niñas.

En el análisis semanal, los porcentajes son similares a los del periodo

**Gráfico 1**

### Internaciones según edades -Período Anual-



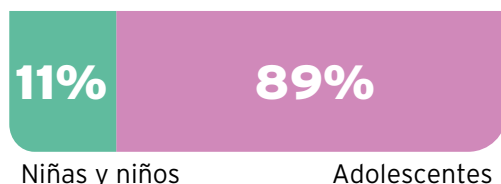
1 Se puede consultar en: <https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/biblioteca/Libro%20Salud%20Mental%20web.pdf>

2 Ver op. cit.

anual 2022/2023: de un total de 192 casos, 21 eran niños y niñas -11%- y 171 eran adolescentes -89%- (ver gráfico 2).

### Gráfico 2

#### Internaciones según edades -Período Semanal-



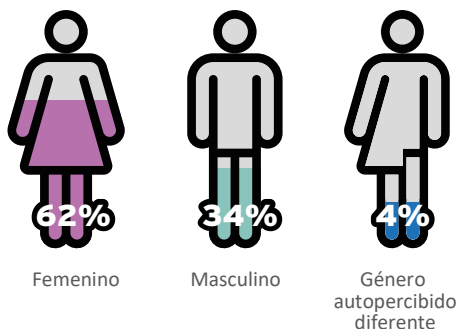
## Identidad de género de las personas internadas

En cuanto al sexo y género de las personas internadas, de un total de 1385 casos, el 62% correspondía al sexo femenino y el 34% al sexo masculino. Por otra parte, se observó que un 4% se autopercibía con un género diferente al sexo biológico (ver gráfico 3).

La relación se mantiene en porcentajes similares en el análisis semanal: de un total de 192 casos, 111 corresponden a personas de sexo femenino -58%- y 75 al sexo masculino -39%- mientras que 6

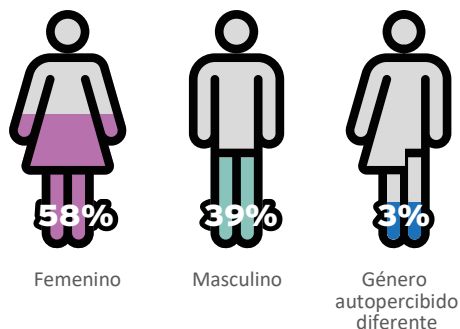
### Gráfico 3

#### Internaciones según sexo y género -Período Anual-



### Gráfico 4

#### Internaciones según sexo y género -Período Semanal-



de las personas se autopercibe con un género diferente al asignado al nacer, lo que representa un 3% del total (ver gráfico 4).

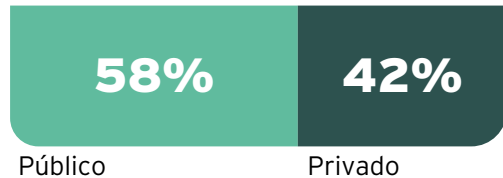
La diferencia con los inicios de la actividad de la Unidad es notoria. En el período de 2012-2014 la relación había sido de un 46,33% de personas del sexo femenino y un 53,67% del sexo masculino. No se hizo mención, en la publicación anteriormente citada del año 2015, de la existencia de personas de un género autopercebido diferente al asignado al nacer, por lo que no es posible hacer una comparación. Cabe mencionar entonces que, en un trabajo publicado en el año 2019, en el que sí se refiere a la identidad de género de las personas internadas, se señalaba que no se habían observado casos en el periodo contemplado (Crespo et al, 2019).

## Establecimientos de salud donde se producen las internaciones

Con respecto a las instituciones en las que se realizaron esas internaciones, en el período anual, el 58 % lo hizo en instituciones públicas y el 42% en instituciones privadas (ver gráfico 5). Porcentajes similares a los que se vieron en el periodo 2012-2014 (60% y 40% respectivamente).

**Gráfico 5**

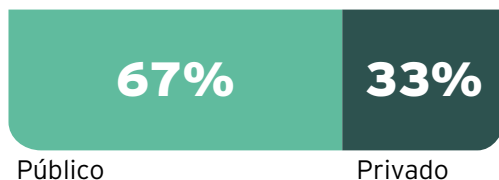
**Tipo de instituciones  
-Período Anual-**



En el análisis semanal nos encontramos con que, de las 192 internaciones, 63 tuvieron lugar en instituciones de administración privada, mientras que 129 lo hicieron en el ámbito público, 33% y 67% respectivamente (ver gráfico 6). Las internaciones se efectivizaron en un total de 42 instituciones, de las cuales 22 eran de administración privada y 20 del ámbito público.

**Gráfico 6**

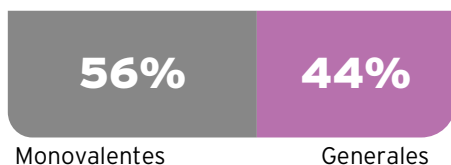
**Tipo de instituciones  
-Período Semanal-**



Por su parte, si se desglosan estos datos, es posible señalar que, de las 129 internaciones en el sector público, 72 lo fueron en hospitales monovalentes, mientras que 57 tuvieron lugar en hospitales generales, lo que representa un 56% y un 44%, respectivamente (ver gráfico 7). En cambio, de las 63 internaciones en el ámbito privado, 46 casos se dieron en clínicas monovalentes y 17 en generales, por lo que el porcentaje de internaciones en establecimientos monovalente es considerablemente mayor, un 73% contra un 27% de internaciones en instituciones generales (ver gráfico 8).

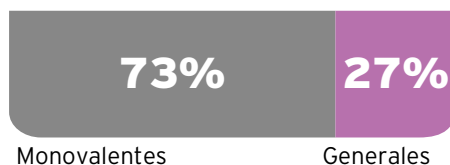
**Gráfico 7**

**Internaciones en  
Hospitales Públicos**  
-Período Semanal-



**Gráfico 8**

**Internaciones en  
Establecimientos Privados**  
-Período Semanal-



Lo que sucede muchas veces es que esas instituciones generales -tanto públicas como privadas- no cuentan con equipos interdisciplinarios -particularmente con médicos psiquiatras infantojuveniles que puedan brindar tratamiento. Asimismo, en ocasiones, al momento de solicitar derivaciones, los profesionales de esas instituciones alegan cuestiones estructurales que podrían poner a la persona internada en riesgo y que, en consecuencia, impedirían la posibilidad de que permanezca en la institución (por ejemplo, habitaciones de internación en pisos con ventanas sin protección o acceso a elementos con las que una persona que ingresó por autolesiones podría volver a lastimarse). En estos casos, las mismas instituciones requieren la derivación a instituciones monovalentes.

La solución de estos aspectos resulta esencial a fin de dar cumplimiento al art. 28 de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657/2010)<sup>3</sup>, que en su parte pertinente dispone: “Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales(...)”. El mismo artículo de la ley señala que “...(a) tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios (...)”. En este sentido, cabe citar las Recomendaciones para la adecuación hasta

3 Ver: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente<sup>4</sup> del año 2019, del Ministerio de Salud de la Nación (aprobadas por Resolución 3250/2019). Allí se menciona, entre los pasos “para la implementación de un programa de adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente hacia redes integradas de salud mental con base en la comunidad”, que “(...) las camas, las instalaciones y el personal especializado deben estar disponibles en hospitales generales para el abordaje de la salud mental, incluyendo situaciones que requieran internación”. Por su parte, el fortalecimiento del abordaje integral de la Salud Mental en los hospitales generales se encuentra incluido también en el Plan Nacional de Salud Mental 2023-2027<sup>5</sup>, elaborado por ese mismo Ministerio.

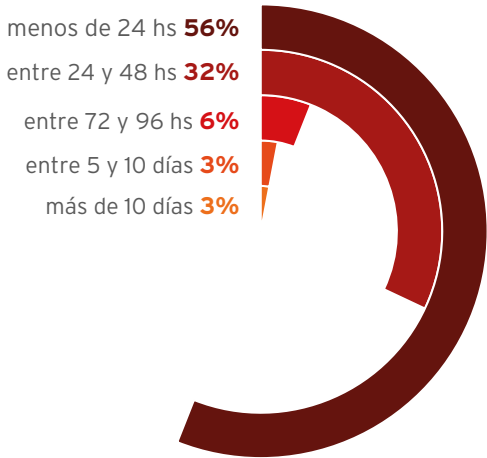
## Comunicación de la internación

El análisis del periodo semanal nos permite visualizar cuántas horas demoró cada institución en informar a esta Unidad de Letrados las internaciones. En la mayoría de los casos la comunicación se efectivizó el mismo día de la internación (56%) y en el 88% de los casos lo hizo dentro de las 48hs (ver gráfico 9).

La legislación vigente establece que la comunicación debe efectuarse dentro del plazo de 10 horas, por lo que la mayoría de las comunicaciones bajo análisis no cumple con dicho extremo (art. 21 Ley 26.657).

Gráfico 9

### Tiempo de Comunicación de la Internación



4 Se pueden consultar en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/infoleg/res3250-332088.pdf>

5 Se puede consultar en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/385000-389999/389694/res1997ms.pdf>

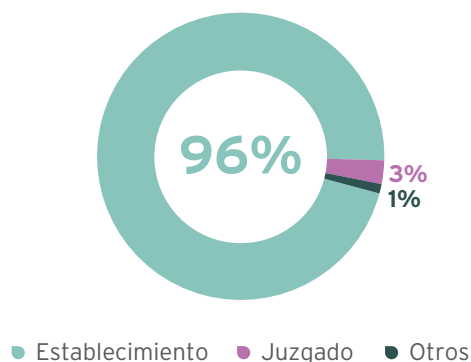
Si observamos quién comunica las internaciones a la Unidad de Letrados, veremos que, en la gran mayoría de los casos (96%), la comunicación la remitió la institución en la que se lleva a cabo la internación (ver gráfico 10).

Entonces, se puede destacar un gran cumplimiento de lo establecido en la reglamentación vigente en lo que respecta a la comunicación a la Unidad de Letrados, pero resta acelerar los tiempos<sup>6</sup>. La comunicación directa de las internaciones a la Unidad de Letrados da celeridad en la toma de conocimiento de la internación y, en consecuencia, permite que el primer contacto de la letrada o el letrado con la persona internada se produzca en las primeras horas de su internación.

El resto de las internaciones fueron comunicadas por los juzgados intervinientes (3%) o por otro medio (en el marco de una visita a la institución, a través del llamado de un familiar, etc.) en un 1%. Comparando los datos con los del periodo 2012/2014, los porcentajes son similares: en ese momento un 92,55% de los casos la comunicación se realizó desde el lugar de internación, el 2,5% desde un juzgado y 4,95% desde otra vía.

**Gráfico 10**

### Remitente de la Comunicación de la internación



## Tratamientos alternativos a la internación - Internaciones anteriores

El análisis del periodo semanal permite ver si, en cada caso, se trataba de una primera internación o no y si, previo a esa internación

6 Conforme el art. 22 del Decreto Reglamentario 603/2013: “[...] A fin de garantizar el derecho de defensa desde que se hace efectiva la internación, el servicio asistencial deberá informar al usuario que tiene derecho a designar un abogado. Si en ese momento no se puede comprender su voluntad, o la persona no designa un letrado privado, o solicita un defensor público, se dará intervención a la institución que presta dicho servicio [...]”.

en análisis, la persona se encontraba realizando un tratamiento de tipo ambulatorio o no.

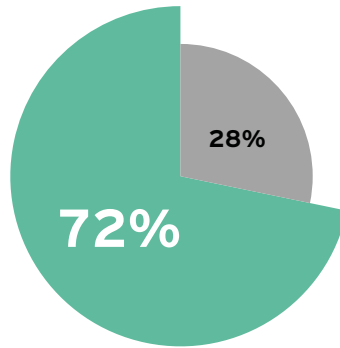
En 16 de los 193 casos no se cuenta con la información sobre la existencia de tratamiento previo, por lo que solo se contemplan 177. De ese total de personas, 50 no habían hecho tratamiento previo y 127 sí, lo que representa un 28% y un 72% respectivamente (ver gráfico 11).

Por su parte, del total de casos analizados en ese periodo, en 15 de ellos no se cuenta con la información sobre si se trataba de la primera internación o

no, por lo que solo se contemplan 178 casos. De esas 178 personas, 103 cursaban su primera internación, mientras que las otras 75 personas ya habían estado internadas por salud mental previamente, es decir un 58% y un 42% respectivamente (ver gráfico 12). Porcentajes similares se observaron en el análisis del periodo 2012/2014, donde el 55.2% de los casos se trataba de primeras internaciones y el 44.8% eran reinternaciones.

**Gráfico 11**

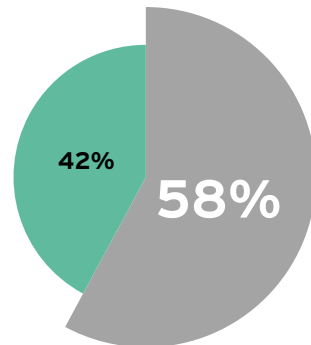
**Tratamiento Previo  
-Período Semanal-**



● Sin tratamiento previo ● Con tratamiento previo

**Gráfico 12**

**Internaciones Anteriores  
-Período Semanal-**



● Sin internaciones previas  
● Con internaciones previas

## Palabras finales

La Salud Mental ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad...”, como “...parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos” (OMS, 2022) y por tanto como un derecho humano fundamental.

Por otra parte, la legislación nacional e internacional establece que las niñas, niños y adolescentes son sujetos de derecho que merecen una especial protección. Sobre la salud mental de esta franja de la población se ha señalado que:

[...] la primera infancia, la infancia y la adolescencia son edades de vulnerabilidad y de oportunidades en materia de salud mental. Los entornos de crianza, cuidado y aprendizaje de apoyo pueden ser enormemente protectores de la salud mental futura. Por otro lado, las experiencias adversas en la infancia aumentan el riesgo de presentar trastornos mentales [...] (OPS, 2023).

También se ha dicho que:

[...] desde el marco de la Atención Primaria de la Salud, asumir una perspectiva de niñeces y adolescencias conlleva reforzar el rol de los centros de salud y de educación en el abordaje temprano de padecimientos mentales y el acompañamiento a los entornos afectivos y de crianza [...] (Plan Nacional de Salud Mental, 11).

Sobre las internaciones en particular, la Ley 26.657, elaborada desde una perspectiva de derechos humanos, ha establecido que son el último recurso a utilizar, priorizando la atención primaria. A su vez, en caso de ser necesaria la internación, prevé, como se dijo anteriormente, que se desarrolle en hospitales generales, por el menor tiempo posible y bajo control judicial.

Se deben entonces redoblar los esfuerzos para que la internación no sea el primer contacto de la niña, niño o adolescente en la atención de su salud mental. Asimismo, para que, en los casos en que resulte necesaria su internación, lo sea en hospitales generales y que, una vez obtenido el alta médica, esa persona pueda recibir el tratamiento ambulatorio que se adapte a sus necesidades, con el fin de evitar futuras reinternaciones.

## Bibliografía

Crespo Kaul, Hernán, María Laura Folgar y Rosalía Muñoz Genestoux. 2019. “Todas las rutas llevan a... Descripción transinstitucional de internaciones de niños, niñas y adolescentes en hospitales públicos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. En Alejandra Barcala y Laura Poverene (comp.), Salud mental y derechos humanos en la infancia y adolescencias, 1a ed. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.

Defensoría General de la Nación. 2015. Acceso a la justicia de niñas, niños y adolescentes internados por salud mental y adicciones: testimonio 2012 - 2014 - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: <https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/biblioteca/Libro%20Salud%20Mental%20web.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. 2019. Recomendaciones para la adecuación hasta la sustitución definitiva de las instituciones con internación monovalente: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/infoleg/res3250-332088.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2022. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Consultado 3 de diciembre de 2023 en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. Washington, D.C.: OPS; 2023. Consultado 3 de diciembre de 2023 en: <https://doi.org/10.37774/9789275327715>.

## Derecho comparado con relación a la salud mental

### **Yamila Belén Gomez**

Abogada (UBA). Integrante de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad del artículo 22 de la Ley 26.657.

### **Sofía Messina Anachuri**

Abogada (UBA). Integrante de la Defensoría Pública Oficial ante los Juzgados y Cámaras Nacionales de Apelaciones en lo Civil, Comercial y del Trabajo N° 4.

### **Federico Murck**

Abogado (UBA). Integrante de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad del artículo 22 de la Ley 26.657.

## Introducción

La salud es un derecho humano fundamental, indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, conforme la Observación General N° 14/2000 del Comité DESC. Se encuentra regulado en numerosos instrumentos internacionales, muchos de los cuales poseen jerarquía constitucional en nuestro país. Entre ellos, el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que establece el derecho a la salud; el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; y el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, donde se define el concepto de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Cabe destacar el papel cada vez más protagónico que ocupa la salud mental en la actualidad, luego de ser invisibilizada a lo largo de los años. En este sentido, vale confirmar que no puede haber salud sin salud mental. Sin embargo, en la gran mayoría de los países del mundo, la salud mental no se encuentra en un plano de

igualdad con la salud física, en relación al presupuesto, educación y prácticas médicas que se destinan a ellas, siendo la salud física la más favorecida en desigualdad.

Decíamos que la salud mental es un derecho humano básico: todas las personas, sin importar quiénes sean ni dónde estén, tienen derecho a gozar del grado más alto posible de salud mental, lo que incluye el derecho a ser protegido de los riesgos para la salud mental; el derecho a una atención disponible, accesible, digna y de calidad; y el derecho a la libertad, la independencia y la integración en su entorno social<sup>1</sup>.

La salud mental debe ser entendida como un proceso complejo que abarca no sólo cuestiones psicológicas y del individuo, sino también dimensiones políticas, históricas, socio-económicas, culturales, etarias y de género. Forma parte del derecho de toda persona a la salud integral.

Estadísticamente, una de cada ocho personas en el mundo padece algún problema de salud mental, lo que puede repercutir en su salud física, su bienestar, su relación con los demás y sus medios de subsistencia. Además, cada vez son más los adolescentes y jóvenes que presentan problemas de salud mental. Esto se ve propiciado por el acelerado mundo en que se vive, la presión laboral, la sobreexposición a la información y los cambios sociales, logrando así un terreno propicio para el estrés, la ansiedad y otros trastornos mentales.

Pese a la época en la cual vivimos, tristemente persiste la estigmatización y la discriminación a las personas con problemas de salud mental, con creencias de que son peligrosas, que no tienen capacidad de tomar decisiones o que son débiles, a título de ejemplo.

Sucede que en muchos países las personas aún no tienen acceso a servicios de calidad referidos a la salud mental que respondan a sus necesidades y respeten sus derechos y su dignidad. En los entornos de salud se siguen presentando prácticas coercitivas, condiciones de trato y de vida deficientes e inhumanas, situaciones de negligencia y, en algunos casos, incluso el abuso<sup>2</sup>.

En esta línea, surge necesaria la creación de leyes a fin de que las

---

1 Ver “Día Mundial de la Salud Mental - La salud mental es un derecho humano universal” del 10/10/2023, por la Organización Mundial de la Salud” en <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2023/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2023---mental-health-is-a-universal-human-right>

2 Ver “Protección y promoción de derechos humanos en salud mental” de la Organización Panamericana de la Salud, en <https://www.paho.org/es/temas/proteccion-promocion-derechos-humanos-salud-mental>

personas que padecen trastornos de salud mental no sean vulneradas en el ejercicio de sus derechos, que se respeten sus derechos humanos y que obtengan la atención de calidad que necesitan.

Así, en el presente artículo nos proponemos analizar nuestra Ley de Salud Mental (Ley 26.657)<sup>3</sup> y las leyes de otros países, a fin de efectuar un análisis de derecho comparado, encontrando los puntos de contacto y las diferencias. A dicho fin, estudiaremos la normativa relacionada a la materia de tres países: Uruguay, Brasil e Italia.

Entendemos que resulta pertinente el estudio comparado de las normas de Uruguay, Brasil y Argentina, dado que todos forman parte del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. En tal sentido, y teniendo en cuenta que los tres comparten en sus legislaciones el objetivo de desmanicomialización, se aborda en el presente trabajo el exitoso proceso que en ese sentido se llevó a cabo en Italia.

## Uruguay

En el año 2017 fue aprobada en Uruguay la Ley de Salud Mental N° 19.529<sup>4</sup>, que tiene un enfoque humanista y reconoce al individuo en su dignidad, como sujeto de derecho y como ser psicológico, biológico y cultural, incorporando así un enfoque interdisciplinario con el objetivo de un diagnóstico correcto de los padecimientos o trastornos mentales. Con esta ley, Uruguay mostró su deseo de dejar atrás una ley que fue implementada en 1936, centrada especialmente en la interacción enfermedad mental-peligrosidad, cuyas prácticas de encierro eran la opción para la rehabilitación de las personas que padecen sufrimiento psíquico.

Tanto esta ley uruguaya como la que rige en nuestro país tienen similitudes. Ambas ven a la salud mental como un estado/proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. Asimismo, consideran modificable el estado de la persona con trastorno mental, no pensándolo como algo perpetuo. En este mismo sentido, resultan casi idénticos el artículo 4 de la Ley 19.529 en comparación con el artículo 3 última parte de la de nuestro país, al prohibir la realización de un diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso, demandas familiares, laborales, elección o identidad sexual, antecedentes de tratamiento u hospitalización, entre otros. También

3 <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

4 <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

coinciden las leyes en establecer la atención de la salud mental en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, orientado al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Ambas leyes incluyen dentro de la salud mental lo relativo a las adicciones (artículo 5 de la ley uruguaya y artículo 4 de la Ley 26.657 argentina). Lo mismo sucede con los derechos reconocidos a las personas con padecimiento mentales. La Ley 19.529, con gran acierto, promueve específicamente la capacitación e inserción laboral (art. 12), el acceso a la vivienda (art. 13) e inclusión educativa y cultural (art. 14). Por su parte, el art. 7 de nuestra ley describe extensamente los derechos de las personas con padecimiento mental.

Otro de los aspectos importantes dentro de la Ley 19.529 es el consentimiento informado (artículo 23), el cual debe constar en la historia clínica -salvo los casos en que la normativa aplicable autorice su ausencia-. De esta forma, los profesionales intervinientes deben brindar información sobre la naturaleza del trastorno mental, diagnóstico y tratamiento propuesto, beneficios esperados y posibles riesgos de éste, eventualidad de hospitalización, condiciones y finalidad de la misma. Esta información debe ser suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona, teniendo en cuenta su singularidad biopsicosocial y cultural.

Esto mismo lo establece el artículo 7, inc. j de la ley argentina, que establece el 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” para todas las personas con padecimientos mentales.

Otro punto para destacar es el artículo 19 de la ley uruguaya, que refiere a los equipos interdisciplinarios, que están a cargo de la atención de la salud mental en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. Como se observa, no se nombran las disciplinas incluidas en estos equipos, como si sucede en artículo 8 de nuestra ley, en el cual se promueve 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, incluyendo las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

Con respecto a la internación hospitalaria, ambas leyes lo definen como un recurso terapéutico de carácter restringido, el cual es factible sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables, debiendo promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas. La misma debe ser lo más breve posible, y no puede ser indicada o

prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda (conforme artículo 24 de la ley uruguaya y arts. 14 y 15 de la argentina).

A diferencia de nuestra ley, la uruguaya regula en su artículo 26 tres modalidades de hospitalización: a tiempo completo; parcial diurna o nocturna; y domiciliaria. No obstante, en ambos textos se reconoce a la hospitalización involuntaria y a la voluntaria.

La indicación de hospitalización, conforme el art. 27 de la ley uruguaya, requiere la evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico, mientras que la ley argentina exige 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”. Ambas leyes requieren el consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, agregando la ley argentina como requisito la búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar.

A su vez, en la Ley 19.529 se establece que el director técnico del prestador de salud a cargo deberá comunicar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos las hospitalizaciones voluntarias -y también las involuntarias- que se prolonguen por más de 45 días corridos. En nuestra ley, en las internaciones voluntarias que se prolonguen por más de 60 días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión y al juez, teniendo este último que evaluar si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria.

En el caso de las internaciones involuntarias, en ambas leyes proceden cuando exista riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, agregando la ley uruguaya el supuesto de que esté afectada la capacidad de juicio de la persona, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo pueda aplicarse mediante la hospitalización.

Asimismo, la Ley 19.529 menciona que el Poder Ejecutivo establecerá cuáles son las situaciones de riesgo inminente de vida para el usuario y para terceros, lo que en nuestro ordenamiento jurídico se encuentra en el Decreto Reglamentario N° 603/2013 de la Ley de Salud Mental.

Para esta hospitalización involuntaria, la ley uruguaya requiere el dictamen profesional del servicio de salud que realice la internación, determinando la existencia de alguno de los dos supuestos mencionados, firmado por dos profesionales médicos, uno de los cuales deberá ser especialista en psiquiatría. Esto es similar a nuestra ley, con la salvedad de que, de esos dos profesionales, uno puede ser

psicólogo o médico psiquiatra. Ambas regulaciones requieren informe acerca de las instancias previas implementadas, si las hubiera. La ley 26.657 establece como requisito la ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento, lo cual no especifica la ley uruguaya.

En otro sentido, la Ley 19.529 agrega a los requisitos mencionados la posibilidad de que la hospitalización involuntaria proceda ante una declaración firmada por el familiar más cercano, allegado o representante legal si lo hubiera, solicitando su hospitalización y expresando su conformidad con la misma. Esto difiere de nuestra ley, en la cual en caso de que un familiar solicite la internación involuntaria de una persona, debe solicitarlo al juez competente, iniciando el correspondiente expediente judicial. Pese a esto, existe en la ley uruguaya la posibilidad de que el juez competente disponga de una hospitalización involuntaria cuando cuente con informe médico que la justifique.

El artículo 32 de la Ley 19.529 establece que toda hospitalización involuntaria deberá ser notificada por el director técnico del prestador a cargo, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, la institución Nacional de Derechos Humanos y al juez competente dentro de las veinticuatro horas siguientes, con los fundamentos que sustenten la misma. En nuestro país, este tipo de internación debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de diez horas al juez competente y al órgano de revisión.

La hospitalización de niñas, niños y adolescentes, en ambas leyes, se considera como involuntaria. Comparten el mismo criterio con relación al alta, externación o permisos de salida en cuanto a que son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez.

El artículo 38 de la Ley 19.529 prohíbe la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados desde la entrada en vigencia de la ley, debiéndose adaptar el funcionamiento de los ya existentes a las prescripciones de la misma, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, de acuerdo a los que establezca la reglamentación. Este mismo principio de desmanicomialización se encuentra reflejado en el art. 27 de la ley argentina.

Por último, la ley uruguaya establece como órgano de contralor a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, mientras que la Ley 26.657 le asigna tal función al Órgano de Revisión, creado en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa.

A modo de conclusión, se observa la gran semejanza que tienen ambas leyes, tanto desde la óptica a partir de la cual se regula a la salud mental, como en el procedimiento relativo a las internaciones, que en ambos casos pueden ser voluntarias o involuntarias, habiendo pequeñas diferencias en cada país.

Ambas leyes propician la desmanicomialización, originándose la necesidad de atención en centros de salud polivalentes en los cuales se dispongan espacios de internación. En Uruguay, sucede que los hospitales generales, por su estructura arquitectónica, tienen salas de internación grandes y compartidas, lo cual dificulta la aplicación de la ley, especialmente en la privacidad, intimidad o posibilidad de discriminación.

En Argentina también sucede que desde los hospitales generales refieren que no cuentan con personal y/o infraestructura suficiente para cumplir con la regulación vigente y, por este motivo, ante una internación por salud mental constantemente solicitan la derivación de la persona a un hospital monovalente. Sin embargo, para el cumplimiento eficaz de ambas regulaciones, se requieren recursos suficientes tanto financieros, materiales y humanos, los cuales generalmente no existen.

## Brasil

En el año 2001 se sanciona en Brasil la Ley Federal 10.216<sup>5</sup>, también conocida como “Ley Paulo Delgado”, después de 12 años de debates en el Congreso Nacional. El proceso de reforma psiquiátrica en Brasil se remonta a la década de 1970 e incluyó el surgimiento del Movimiento de los Trabajadores de Salud Mental (MTSM) en 1978, que agrupaba trabajadores de la salud, asociaciones de familiares, sindicalistas, miembros de asociaciones profesionales y pacientes con larga historia de hospitalizaciones psiquiátricas. Un hecho que precipitó el cambio de normativa y que derivó en la condena al Estado brasileño por parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos<sup>6</sup> fue el fallecimiento de Damião Ximenes Lopes, ocurrido el 4 de octubre de 1999, que se produjo tres días después de quedar internado por motivos de salud mental tras ser víctima de tratos crueles, inhumanos y degradantes.

El nuevo instrumento legal redirecciona la asistencia en salud mental y privilegia los servicios de base comunitaria, al tiempo que salvaguarda los derechos de las personas con trastornos mentales. Esto significó, en términos de legislación, el pase de un modelo higienista y disciplinador de las personas etiquetadas como desviadas de la norma establecida por la sociedad a un modelo psicosocial, enfocado en la subjetividad y la sociabilidad, con la mira puesta

5 [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)

6 Corte IDH, “Ximenes Lopez vs Brasil”, 4/6/2006, ([https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_esp.pdf))

en prácticas sociales para la inclusión de personas en desventaja social, dentro de una perspectiva de desinstitucionalización.

Las leyes vigentes en materia de salud mental de Argentina y Brasil tienen como influencia la Declaración de Caracas de 1990, que tiene entre sus principales objetivos la reestructuración de la asistencia psiquiátrica (ligada a los cuidados de salud primaria), la promoción de cuidados alternativos y garantizar a través de la legislación el respeto por los derechos humanos y civiles. Es decir: los cambios en las legislaciones representan la concreción de una parte de los objetivos allí planteados.

Al introducirnos en el análisis comparado de las leyes argentina y brasilera, observamos que tienen muchos puntos de contacto y algunas diferencias. Mientras que la ley argentina define en su artículo tercero 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”, la brasilera no cuenta con un concepto de salud mental. No obstante, ambas normas comparten una filosofía con relación a la salud mental y su tratamiento, como se observará en el desarrollo del presente análisis. En tal sentido, contienen en forma taxativa el principio de no discriminación desde una perspectiva de derechos humanos al mencionar que no se puede discriminar por raza, religión, pertenencia a un grupo cultural, elección o identidad sexual, familia, recursos económicos, antecedentes de tratamiento, gravedad de la afección, etc. En la redacción argentina este principio está orientado al diagnóstico (art. 3, tercer párrafo), en tanto el texto brasilero lo plantea desde la perspectiva de protección de derechos (art. 1).

Otro punto de contacto se verifica al comparar las consideraciones que tienen las leyes en cuestión con respecto a la internación por motivos de salud mental. De nuevo observamos que, a pesar de contar con redacciones distintas, el concepto de fondo tiene grandes similitudes. En tal sentido, el art. 14 de la Ley 26.657 establece que:

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.

Por su parte, la Ley 10.126, de acuerdo a su artículo 4, plantea que la internación en cualquiera de sus modalidades solo será indicada cuando los recursos extrahospitalarios y demás opciones terapéuticas disponibles en la red asistencial fueran insuficientes y el tratamiento tenga como finalidad permanente la reinserción social del paciente en su medio. Resulta claro que ambas normas comparten una concepción en el sentido de limitar las internaciones, al considerarlas un recurso de carácter restringido, de última instancia. Se propone la interacción del paciente en la sociedad como parte del tratamiento, por lo que su segregación en el medio social, profesional y familiar solamente es admitida en situaciones extremas. Las dos normas destacan, además, que la duración de la internación deberá ser lo más breve posible y que no debe prolongarse motivos sociales.

Con relación a las modalidades de internación existen algunas diferencias entre la normativa argentina y brasilera. En nuestro país existen, según la Ley de Salud Mental, dos tipos de internación: la voluntaria y la involuntaria. No obstante, el tipo de internación puede transformarse de voluntario a involuntario y viceversa. En cambio, de acuerdo a la legislación brasilera hay cuatro clases de internación: la voluntaria, la involuntaria, la voluntaria que se torna involuntaria y la compulsoria u obligatoria. En Argentina, 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 (art. 20), mientras que en Brasil la internación psiquiátrica involuntaria es aquella que se da sin el consentimiento del usuario y a pedido de un tercero (art. 8). La internación voluntaria que deviene involuntaria es una modalidad de internación que surge de la reglamentación de la Ley 10.126, mediante la Portería GM N° 2.391, que fue promulgada por el Ministerio de Salud de Brasil. Por último, la internación compulsoria u obligatoria es aquella determinada por la justicia y que no fue reglamentada. Este supuesto no está contemplado en la norma de nuestro país.

En lo que respecta a la motivación de las internaciones en ambos países, se requieren informes médicos que las justifiquen. El artículo 6° de la Ley 10.126 dispone que la internación psiquiátrica solamente será realizada mediante informe médico circunstanciado que determine sus motivos. En el caso de la ley argentina, el art. 16 indica que el dictamen médico que dispone una internación debe incluir una “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”.

En lo atinente al procedimiento de comunicación y control de la internación, los modelos implementados por ambos países también cuentan con algunas diferencias. En nuestro país se debe notificar obligatoriamente en el plazo de 10 horas al juez competente y al órgano de revisión. La persona internada tiene derecho a designar un abogado; en su defecto, el Estado debe proporcionarlo. El juez debe solicitar informes cada treinta días para evaluar si no se modificaron las razones para que persista esa medida y podrá pedir en cualquier momento su externación. A los noventa días, luego del tercer informe, el juez debe pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario para obtener una nueva evaluación. La ley brasilera y su reglamentación, por su lado, determinan que las internaciones involuntarias deben notificarse en un plazo de 72 horas al Ministerio Público Estatal y a una Comisión Revisora de las internaciones, que está compuesta de manera interdisciplinaria. El Ministerio Público Estatal podrá solicitar informaciones complementarias al autor del laudo y a la dirección del establecimiento, realizar entrevistas con los internados, sus familiares y autorizar a otros especialistas para examinar al internado. La Comisión Revisora efectuará, hasta el séptimo día de la internación, la revisión de cada internación involuntaria, emitiendo un laudo de confirmación o suspensión del régimen de tratamiento adoptado. El director del establecimiento enviará mensualmente un informe al gestor estadual del Sistema Único de Salud. Es decir que, a diferencia del ejemplo argentino, en Brasil no se ejerce un control judicial de la internación. Son el Ministerio Público Estatal, la Comisión Revisora y el director del establecimiento donde se realiza la internación los que podrán ejercer según la legislación brasilera algún tipo de control.

Ambas leyes cuentan, además, con su respectiva cláusula de desmanicomialización. Mediante su ley de salud mental, Brasil prohibió la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y la contratación de camas privadas para uso público, considerando el ingreso a unidades psiquiátricas solo cuando los recursos extrahospitalarios resulten insuficientes. En este sentido, contó con una política efectiva en esa dirección ya que hubo una reducción del 50% en las camas psiquiátricas públicas y privadas entre 2005 y 2020.

## Italia

En este apartado puntual nos remitiremos a la normativa italiana y su proceso de desmanicomialización, el cual le ha significado un reconocimiento internacional, oportunamente declarado por la Organización Mundial de la Salud, sobre lo que ahondaremos más adelante.

Como ha sido dicho, en Argentina contamos desde 2010 con la Ley 26.657. Se trata de una norma que, si bien ha sido muy innovadora respecto de los derechos que salvaguarda y los propósitos que enuncia, no se ha podido concretar en la realidad fáctica -al día de la fecha- uno de sus ejes más importantes. Nos referimos a la mora en la que se encuentra la República Argentina desde el año 2020<sup>7</sup> respecto de la sustitución de las instituciones psiquiátricas monovalentes por un sistema que propone tratamientos ambulatorios y hospital de día, aminorando la estigmatización que cargan las personas con un padecimiento de salud mental y evitando internaciones prolongadas, que no necesariamente aseguran una mayor efectividad y evolución favorable en los tratamientos. El Art. 27 del Decreto Reglamentario 603/2013<sup>8</sup> dispone que:

La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020.

Esta situación, que no ha podido resolverse en la actualidad, aun habiendo transcurrido 10 años, nos lleva a repensar y analizar cómo, en contraste, han actuado otros países. En ese sentido, nos interesa analizar, particularmente, el caso de Italia y la manera en que fue forjando su largo proceso de desinstitucionalización. Si bien cada Estado Nación funciona de manera diferente a los demás y responde a necesidades diversas (que involucran variados y característicos factores económicos, sociales, culturales, etc.), estudiar este caso nos podría ayudar a poner de relieve nuestras falencias como sociedad y dilucidar qué puntos podríamos “copiar” para lograr un proceso similar adecuado a nuestras condiciones y necesidades.

En 1978, Italia aprobó la ley de reforma de la psiquiatría, la llamada “Ley 180”, que fue la primera ley en el mundo en poner de manifiesto la necesidad de eliminar de manera progresiva los hospitales e instituciones psiquiátricas. La norma proponía, a su vez, la creación de centros de salud territoriales a los que pudieran acceder fácilmente las personas con algún padecimiento, permitiéndoles

---

7 Ver al respecto esta nota publicada por el Centro de Estudios Legales y Sociales el 3 de noviembre de 2020 en <https://www.cels.org.ar/web/2020/11/a-10-anos-de-la-ley-nacional-de-salud-mental-propuestas-para-saldar-una-deuda-historica/>.

8 <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>

tener una vida más inclusiva y derribando las barreras que la misma sociedad puede presentar.

Siete años antes, en 1971, el director del Hospital provincial psiquiátrico de Trieste, el Dr. Franco Basaglia, ya había comenzado a elaborar las posibles y mejores alternativas a la internación, con la ayuda de un equipo técnico especializado, gobiernos locales, voluntarios y asociaciones de todo el mundo.

Tal vez lo más novedoso de aquel proceso se vio reflejado en los Centros de Salud Mental de Trieste los cuales funcionan<sup>9</sup> las 24 horas del día, brindando atención médica, rehabilitación y tratamiento terapéuticos y psicopatológicos. Además, para las personas que requieren un tratamiento más extendido en el tiempo crearon apartamentos con camas que pueden albergarlos. Por otro lado, cuentan con el Servicio de habilitación y residencia, que coordina estos apartamentos encargándose de organizar las actividades y talleres a disposición.

Por último, el Servicio psiquiátrico de diagnóstico y tratamiento, donde se instalaron 6 camas, sirve como una respuesta a la emergencia o descompensación psiquiátrica que puedan tener las personas que se acerquen allí y -lo más importante- funciona como un filtro o paso previo a una derivación hacia un servicio territorial, siempre valorizando esta premisa de la desinstitucionalización.

Es necesario la puesta en valor de las palabras del Dr. Basaglia respecto de este proceso<sup>10</sup>:

Desde el momento de cruzar el muro del internamiento, el paciente entra en una nueva dimensión de vacío emocional, es introducido en un espacio que, originalmente creado para volverlo inofensivo y al mismo tiempo asistirlo, en la práctica aparece como un lugar paradójicamente construido para aniquilar completamente su personalidad, como un lugar que lo vuelve un objeto. Si la enfermedad mental es, en su origen, la pérdida de la individualidad, de la libertad, en el manicomio el enfermo no encuentra nada más que el lugar en donde estará completamente perdido, vuelto un objeto por la enfermedad y por el ritmo de internado. La ausencia de cualquier proyecto, la pérdida del futuro, estar constantemente a merced de otros sin el menor

---

9 Remitimos a la conferencia “La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia” del psiquiatra Pasquale Evaristo (Departamento Salud Mental de Trieste) en [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SO211-57352011000200011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO211-57352011000200011)

10 Para más información ver [https://www.academia.edu/25878882/SALUD\\_MENTAL\\_ITALIA](https://www.academia.edu/25878882/SALUD_MENTAL_ITALIA)

estímulo personal, el tener definido y organizado el día en base a tiempos dictados únicamente por exigencias institucionales que - por sí mismas - no pueden tener en cuenta al individuo y las circunstancias particulares de cada uno: este es el esquema institucionalizante que conforma la vida del manicomio.

Entre los resultados más destacables a los que apuntaba este modelo se logró:

- Eliminar la terapia de shock y todos los sistemas de contención física.
- Suprimir la división entre hombres y mujeres, creando espacios mixtos.
- Multiplicar las salidas de los pacientes en la ciudad.
- Organizar en el hospital eventos recreativos y talleres a los que podían acceder todas las personas que así lo deseen.

Así las cosas, y luego del camino recorrido, llega la respuesta de la Organización Mundial de la Salud en reconocimiento a este proceso innovador: en 2010 designa al Departamento de Salud Mental de la Agencia de Servicios de Salud de Trieste como Centro colaborador para la investigación y la formación en salud mental, convirtiéndose en un punto de referencia internacional y una de las experiencias más avanzadas de Europa de este tipo.

De esta manera, nos permitimos acercarles muy brevemente una pequeña introducción a lo que fue un proceso complejo, pero que culminó con un favorable resultado para la comunidad de Trieste.

## Conclusión

En virtud de todo lo expuesto, cabe concluir con la importancia de que existan en todo el mundo leyes que garanticen y protejan la salud mental y que aseguren derechos a las personas con padecimientos mentales.

Sin embargo, estas leyes deben ir acompañadas de políticas gubernamentales, lo cual requiere de presupuestos y recursos favorables a fin de cumplir los objetivos. El tema económico es un limitante a la hora de cumplir con los fines de las leyes, convirtiéndose éstas en un mero enunciado de normas.

Los problemas de salud mental son una realidad. Es necesario ponerlos en la orden del día de la agenda política, a fin de lograr el pleno goce y ejercicio de los derechos de las personas que padecen este tipo de trastornos.

## Bibliografía

Agrest, M.; mascayano, F.; Teodoro De Assis, R.; Molina-Bulla, C.; Ardila-Gomez, S. “Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación” en Vertex - Revista Argentina de Psiquiatría 2018, Vol. XXIX: 334-345. En: <https://www.revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/280/224>

Dotti Ríos, M. G., Otarola Acosta, M.A. “Salud mental y seguridad de pacientes de acuerdo a Ley 19.529 que plantea la desmanicomialización” Revista Uruguaya de Enfermería Vol.18 N° 1, Montevideo 2023. En: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2301-03712023000101506#B9](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-03712023000101506#B9)

López C.S. “¿Cómo está la salud mental de los brasileños? La importancia de las cohortes de nacimiento para una mejor comprensión del problema”, CSP, 2020. En: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WwQjPXP47HByZVtpHvvZXBh/?lang=es&format=pdf>

Puccio, S. “La internación involuntaria en la legislación Argentina y Brasilera desde la perspectiva de los Derechos Humanos”, Cad. Ibero Am. Direito Sanit. V. 4 N. 4, 2015 [citado 18 de marzo de 2024] En: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/230/377>

Sade R.M.S., Sashidharan S.P., Silva M.NR.M.O. “Caminos y desvíos en la trayectoria de la reforma psiquiátrica brasileña. Salud Colectiva.” En Revista Salud Colectiva 2021;17. En doi: 10.18294/sc.2021.3563

## El consentimiento informado de niños, niñas y adolescentes en el marco de internaciones por motivo de salud mental

### Martin Leandro García

Abogado (UBA). Integrante del Ministerio Público de la Defensa con funciones en la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657

### Andrés Turcot

Abogado (UBA). Integrante del Ministerio Público de la Defensa con funciones en la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657

## Definición del consentimiento informado. El concepto de competencia

El consentimiento informado (en adelante CI) es un modelo de relación clínica fruto del resultado de la introducción de la idea de autonomía psicológica y moral de las personas en el modelo clásico de relación médico-paciente, basado hasta entonces, exclusivamente, en la idea de beneficencia (Drane et al, 2008; 39).

Históricamente, la regla de que el médico debe obtener el consentimiento de su paciente antes de estar legalmente legitimado para concretar el tratamiento se remonta a un caso inglés del siglo XVIII, “Slater v. Baker & Stapleton” (año 1767). Allí se efectuaron algunas observaciones sobre el juego de las comunicaciones, que pueden tomarse como un rudimentario antecedente de la justificación del CI. No solo se observó que era costumbre de los cirujanos obtener el consentimiento de los pacientes, sino que la Corte “aceptó que era ciertamente razonable que se le dijera al paciente qué era lo que iba a hacersele para que pudiera tomar coraje y se preparara a sobrellevar la operación”. En los Estados Unidos, el primer esbozo de la teoría aparece en un caso resuelto por la Corte de Apelaciones de Nueva York en el año 1878. Según este fallo, la falta de revelación de peligros inminentes derivados de un procedimiento

médico constituía una conducta negligente del profesional. Desde el tratamiento de la cuestión del CI en el leading case “Schloendorff v. Society of New York Hospital”, resuelto por la misma Corte de Nueva York en abril de 1914, el concepto no ha dejado de evolucionar. En una sentencia de 1957, se reconoció concretamente que los médicos tenían un deber positivo de revelación para permitir a los pacientes dar un consentimiento “informado”. Aunque la Corte no explicitó con mayores detalles qué clase de información comprendía este deber, el fallo marca un hito, pues se trata del primer caso en que se menciona el término consentimiento informado<sup>1</sup>.

Más cerca en el tiempo, se ha definido al CI como una declaración de voluntad efectuada por una persona que luego de recibir información suficiente referida al procedimiento o intervención que se le propone como médicamente aconsejable, decide prestar su conformidad y someterse a él (Hooft y Picardi, 2006; 1-58).

Como se ha señalado, el concepto del CI ha presentado una evolución constante y esto se ha reflejado en la normativa y jurisprudencia argentina.

Nuestra Ley 26.529<sup>2</sup> de Derechos de los Pacientes normativa plantea sus propias definiciones:

Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporciona-

---

1 Véase cita de Appelbaum, Lidz y Meizel en Highton y Wierzba (1991; 35-40).

2 Sancionada el 19 de noviembre de 2009 (Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado). Fue modificada por la Ley N° 26.742 el 24 de mayo de 2012.

dos en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable; h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

El art. 5 del decreto N° 1089/2012, reglamentario de la precitada ley, profundiza el concepto del siguiente modo:

Entiéndase como parte del consentimiento informado al proceso cuya materialización consiste en la declaración de voluntad a la que se refiere el art. 5º de la ley 26.529 modificada por la ley 26.742, a través de la cual luego de haberse considerado las circunstancias de autonomía, evaluada la competencia y comprensión de la información suministrada referida al plan de diagnóstico, terapéutico, quirúrgico o investigación científica o paliativa, el paciente o los autorizados legalmente otorgan su consentimiento para la ejecución o no del procedimiento (el subrayado es nuestro).

El Código Civil y Comercial de la Nación (en adelante “CCyCN”) plantea una nueva definición en su art. 59 que, en gran medida, recoge el espíritu de la Ley de los Derechos del Paciente a la par que introduce los lineamientos de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD). Transcribimos su contenido a continuación:

El consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, respecto a: a) su estado de salud; b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) los beneficios esperados del procedimiento; d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; g) en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese

estadio terminal irreversible e incurable; h) el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

Por su parte, la Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental 26.657 dispone que toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada (art. 6, titulado “consentimiento”). Por su parte, el decreto reglamentario de la Ley 26.657 brinda una nueva definición de consentimiento informado bajo el rotulo de “consentimiento fehaciente”:

Entiéndase por “consentimiento fehaciente” a la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del equipo interdisciplinario interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados (reglamentación del inc. “M” del art. 7º).

La falta de consentimiento informado puede generar una serie de problemas tanto éticos como legales en la atención médica, incluyendo:

- Violación de los derechos del paciente, incluyendo su derecho a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y a dar su consentimiento o rechazo a cualquier intervención terapéutica.
- Riesgos para la salud: Si un paciente no está debidamente informado sobre los riesgos y beneficios asociados con un tratamiento, puede estar en riesgo de sufrir daños o efectos secundarios no deseados.
- Mala praxis médica: Si un médico no obtiene el CI del paciente, puede estar violando los estándares éticos y legales de la atención médica y estar sujeto a acciones legales por mala praxis médica.
- Falta de confianza del paciente en el profesional de la salud y en el sistema de atención médica en general.
- Problemas de comunicación: Si el paciente no entiende com-

pletamente el tratamiento propuesto o los riesgos y beneficios asociados, puede haber problemas de comunicación entre el paciente y el profesional de la salud, lo que puede afectar la calidad de la atención médica y la toma de decisiones.

En orden a lo anterior, es importante que los profesionales de la salud obtengan el CI de los pacientes de manera adecuada y respeten su derecho a tomar decisiones informadas sobre su atención médica.

La falta de CI puede ser considerada como una violación a los derechos humanos, ya que es un derecho humano fundamental reconocido por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y por la legislación nacional e internacional.

El derecho al CI se deriva del derecho a la autonomía personal y la dignidad humana. Cuando se lo niega, se priva a la persona de su capacidad para tomar decisiones libres e informadas sobre su propia salud y bienestar, lo que puede afectar su autonomía y su dignidad como ser humano.

Además, la falta de consentimiento informado puede ser una violación de otros derechos humanos, como el derecho a la información, el derecho a la privacidad y el derecho a la no discriminación.

Por lo tanto, es importante que los profesionales de la salud respeten el derecho al CI de sus pacientes y trabajen para garantizar que se les proporcione información adecuada y comprensible para que puedan tomar decisiones informadas sobre su atención médica.

## El consentimiento informado en internaciones de niños, niñas y adolescentes

La sanción del CCyCN afianzó el camino legislativo y jurisprudencial que persigue abandonar la idea del binomio capacidad-incapacidad. Ello, tanto en lo que respecta a personas con discapacidad como en lo que atañe a niños, niñas y adolescentes (en adelante NNyA) al incorporar la capacidad progresiva como principio. Dicho concepto se encuentra presente en la Convención sobre los Derechos del Niño cuando establece que el niño “debe estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad” (preámbulo) y que el niño tiene el derecho “de expresar su opinión libremente” en todos los asuntos que lo afectan teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones en función de su edad y madurez” (art. 12).

En efecto, el art. 26 establece un esquema gradual que establece lo siguiente:

Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos

que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

De este modo, la normativa implementa una serie de presunciones respecto a la capacidad de NNyA. El acierto normativo se encuentra en analizar la autonomía desde la noción de la competencia y no desde el concepto rígido de la capacidad. En tal sentido, la doctrina tiene dicho que:

Todo lo relacionado con el ejercicio y toma de decisión en materia de salud se estructura a la luz del concepto bioético de competencia y no desde la regla de capacidad civil. En efecto, a diferencia de esta última noción genérica y estática, la competencia observa la concreta aptitud de la persona para recibir información, comprender, evaluar opciones, riesgos y beneficios y adoptar una decisión informada. La competencia bioética no se alcanza en un momento determinado, sino que se va formando, evoluciona con la adquisición paulatina de madurez. Introducir esta noción como pauta hábil para determinar la aptitud en el ejercicio del derecho posibilita mayores márgenes al despliegue de la autonomía de la persona menor de edad.

## El consentimiento informado de NNyA en el marco de internaciones por salud mental

Sentado el esquema que establece la normativa de fondo en materia de CI de NNyA, veamos su incidencia en el ámbito de las internaciones de salud mental.

Preliminarmente advertimos que la Ley 26.657, sancionada cinco años antes que el CCyCN, no contempla en su redacción el concepto de capacidad progresiva y hace referencia, sin matices, a personas mayores o menores de edad. Lo anterior exige un análisis armónico entre la normativa especial y la de fondo.

Como punto de partida, debemos considerar que el art. 7° de la Ley 26.657 establece que toda persona tiene 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 (el resaltado es propio).

El art. 10, por su parte, establece que por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Asimismo, el Decreto 603/13 establece que en caso de niños, niñas y adolescentes el equipo tratante debe “poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado”. Seguidamente, exige que “deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso”. Adviértase que la norma no hace distinción entre franjas etarias y alude solo a la persona menor de edad.

La hermenéutica de la Ley de Salud Mental indica que, como principio, el consentimiento informado debe ser suscripto por los NNYA salvo en caso de que estos no comprendan la información sanitaria brindada. En efecto, el art. 26 del CCyCN, como vimos anteriormente, plantea presunciones en base a la franja etaria del NNYA. Tratándose de niños de hasta 13 años, indica que se presume que ejercen sus derechos a través de sus representantes legales.

En materia de internaciones de adolescentes, debemos determinar primero si dicha práctica terapéutica constituye un tratamiento invasivo o no invasivo. Al respecto de esta clasificación, la doctrina (Etcheverry, 2015) ha observado que el tratamiento no invasivo

[...] se puede entender que no perfora la piel, que no tiene efectos colaterales, que no deja secuelas. Pero, además, para que el supuesto jurídico se presente, debe evaluarse el segundo aspecto, el de la inexistencia de un riesgo grave para la salud, la integridad física o la vida del menor [...].

Por el contrario, el tratamiento invasivo es aquel que “compromete su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida.

A su vez, resulta enriquecedora la perspectiva de que introdujo la Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación que estableció, dentro de sus reglas de interpretación normativa, que:

[...] el criterio de ‘invasividad’ utilizado por el artículo 26 Cód. Civ. y Com. debe leerse como tratamientos de ‘gravedad que impliquen riesgo para la vida o riesgo grave para la salud’. Esto se colige a partir de su ubicación en un listado que no solo califica el término como ‘invasivo que comprometa el estado de salud’, sino que además se lo asocia a tratamientos que ‘provocan un riesgo grave en su vida o integridad física’. Por tanto, es de comprensión de este Ministerio que ampliar el tipo de tratamientos

contemplados en la excepción a la presunción de la capacidad es restrictivo del derecho a la salud integral e injustificado.

Sentadas estas posiciones, concluimos que si bien la internación por salud mental presenta como plataforma fáctica una situación de “riesgo cierto e inminente” la práctica terapéutica en análisis no resulta un elemento que comprometa el estado de salud y debe, por ende, calificarse como un tratamiento no invasivo. Concluir lo contrario implicaría una restricción para los jóvenes adolescentes que desean prestar consentimiento de su internación, lectura contraria a los principios fundamentales de capacidad progresiva y de autonomía.

Sin perjuicio de lo anterior, cuadra señalar que el art. 26 del Decreto 603/2013 establece que en el caso de “menores de edad” (tal la terminología que emplea la normativa citada) se deberá dejar constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso. Este recaudo, a nuestro entender, no debe interpretarse como un impedimento para que el adolescente con competencia emita libremente su consentimiento. Dicho de otro modo, el adolescente no precisa del asentimiento de sus representantes para consentir su internación por salud mental.

A partir de lo expuesto, podemos colegir lo siguiente: a) los adolescentes de 16 a 18 se encuentran en condiciones de consentir sus internaciones por salud mental puesto que son considerados adultos para adoptar decisiones relativas a su salud; 2) los adolescentes de 13 a 16 años también pueden consentir su propia internación por salud mental en el entendimiento que dicha práctica no constituye un tratamiento invasivo; 3) en el caso de los niños menores a 13 años, en cambio, el CI debe ser suscripto por sus representantes legales o las personas enumeradas en el art. 59 del CCyCN.

Claro está que las enunciaciones anteriores constituyen presunciones. Antes de los 13 años, como regla general, los niños carecen de autonomía, pero podrían decidir de manera autónoma si demuestran un grado suficiente de madurez, debiendo acreditarse en cada caso. Inversamente, la competencia de los adolescentes se presume salvo que exista prueba en contrario que cuestione dicho extremo.

En línea con lo anterior, la Ley 26.657 establece que:

[...] 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 (art. 16 inc. “C”).

Lo anterior nos lleva a una serie de interrogantes: ¿Qué criterio debe utilizar el equipo tratante para determinar si el NNyA cuenta

con competencia para emitir el CI? ¿Cuál es el grado de comprensión y lucidez que debe exigirse?

Los métodos que los profesionales de la salud implementan exceden el ámbito de este trabajo. Preferimos sugerir la lectura de literatura de las ciencias médicas (Beauchamp y Childress, 1999; Palmer y Harmell, 2016; entre otros) antes que adentrarnos en un campo tan vasto y ajeno.

En términos generales, estos métodos deben verificar que el paciente haya comprendido los beneficios y riesgos del tratamiento o intervención sugerida.

Beauchamp y Childress (1999, 129 y sgtes.) señalaron los diferentes criterios que solos o en conjunto se utilizan para determinar la incompetencia de una persona para tomar una decisión: 1) Incompetencia para expresar o comunicar una preferencia o elección; 2) Incapacidad para comprender una situación y sus consecuencias; 3) Incapacidad para entender información relevante; 4) Incapacidad para dar razones; 5) Incapacidad para ofrecer una razón racional (aun habiendo expuestos otras razones; 6) Incapacidad para ofrecer razones de riesgo/beneficio (aun habiendo expuesto motivos racionales); 7) Incapacidad para tomar una decisión razonable.

Otros autores han señalado que se requieren cuatro criterios: a) comprender, b) apreciar, c) razonar y d) expresar una elección. La comprensión es la habilidad para entender la información brindada sobre su estado de salud, así como los riesgos y beneficios de los tratamientos y las alternativas propuestas, incluyendo el no realizar un tratamiento. La apreciación, por su parte, es el componente de la toma de decisiones que implica la habilidad para aplicar la información relevante sobre su situación personal de salud. El razonamiento en la toma de decisiones en salud implica que la persona realiza un proceso de razonamiento, por ejemplo, la habilidad para realizar un razonamiento consecuente y comparativo y manipular información racionalmente. La capacidad para expresar una elección, finalmente, se refiere no solo a la habilidad para comunicar una decisión, sino que la misma debe ser clara y consistente a lo largo del tiempo, ya que algunos pacientes pueden hablar, pero no implica que necesariamente estén brindando una decisión (Palmer y Harmell, 2016; 530-540).

La idoneidad de estos test resulta siempre controvertible pues:

[...] la medicina medicaliza la realidad, crea un mundo peculiar y traduce conjuntos de problemas a su propia terminología. Además, es muy difícil definir la enfermedad mental por el hecho de que los criterios cambian de una época a otra y de un lugar u otro. Cabe la pregunta acerca de si las decisiones de

los sujetos competentes reflejan realmente una escala personal de valores o si estos valores están profundamente influidos por la propia medicina, que a su vez está dominada por intereses económicos (Highton y Wierzba, 2003; 141).

Es que el concepto de competencia evidentemente refleja modelos sociales medicalizados y depende del grado de penetración que el poder médico tenga en distintos contextos sociales y culturales (Vidal, 1999; 58-68).

Conforme explica Famá (2015):

[...]la madurez suficiente a la que alude la ley será discernida por la autoridad competente (judicial o administrativa) para resolver el conflicto a partir de la realización de una evaluación interdisciplinaria donde intervengan no sólo profesionales de la psicología, sino también otros especialistas tales como trabajadores sociales, médicos, etc., pues la mentada madurez no debe ser ponderada exclusivamente desde un criterio subjetivo psicológico, sino también desde una vara objetiva relacionada con el entorno familiar, cultural y social, y con la magnitud y complejidad del derecho cuyo ejercicio esté en juego.

Sentado lo anterior, es de hacer notar que en la normativa nacional no hay mención específica a las formas o criterios que deben regirse para evaluar la idoneidad del paciente. Nos permitimos entonces transpolar los principios generales que prevé el art. 31 del CCyCN en materia de capacidad para el concreto caso que analizamos aquí. Diremos entonces que la competencia para emitir CI se presume, aun cuando el paciente se encuentre internado en un establecimiento asistencial (inc. a); su limitación de carácter excepcional siempre en beneficio del paciente (inc. b); la intervención, en caso de restricción del CI, debe ser interdisciplinaria (inc. c); el paciente tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión (inc. d); el paciente tiene derecho a cuestionar la decisión del médico con debida asistencia letrada (inc. e) y deben priorizarse las alternativas terapéuticas menos restrictivas de sus derechos y libertades (inc. f).

Finalmente, resulta ilustrativo lo expuesto por James Drane (2008) en cuanto a que:

[...] la determinación de la competencia de un paciente no es más que una metáfora de la competencia del propio médico. La determinación de la competencia en situaciones sutiles y complejas pone a prueba la sofisticación académica y la talla moral de un facultativo.

Ahora bien, si el equipo interdisciplinario concluyera que el niño o adolescente no se encuentra en condiciones de emitir su consenti-

miento, consideramos que resultará aplicable el art. 26 en cuanto a que la persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. Asimismo, entendemos que por analogía podrá ser aplicado el art. 59 del CCYCN que indica:

[s]i la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente.

En caso de que el NNYA no cuente con red socioafectiva, corresponderá la intervención principal de la Defensoría de Menores (art. 103 del CCyCN) o, en su caso, la designación de un tutor bajo los alcances del art. 109 del CCYCN.

Sin perjuicio de ello, cabe considerar que muchas veces el inicio de una internación por salud mental se encuentra marcado por situaciones de crisis, desregulaciones conductuales o episodios de suma angustia por lo que, en esa instancia, la persona no se encuentra en condiciones de emitir el CI. Aquel escenario inicial no debe implicar un impedimento para que el transcurso de la internación se retome la posibilidad de que el NNoA pueda emitir su consentimiento informado (sea aceptando o rechazando la internación). En tal sentido, cabe considerar que el consentimiento informado

es un proceso que inicia desde el comienzo de la atención y se prolonga durante toda la relación sanitaria (...) No se trata de un momento, sino de un proceso de expresión de voluntad que se va dando a través de la consulta y durante toda la relación sanitaria.<sup>3</sup>

## Instrumentación del consentimiento informado. La importancia de la información

La Ley 26.529 consagra la regla general de la verbalidad con ciertas excepciones en que se requiere el documento escrito firmado. Estos son: a) Internación; b) Intervención quirúrgica; c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos; d) Procedimientos

<sup>3</sup> Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de la Nación, publicada en el Boletín Oficial de fecha 8/01/2016.

que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley; e) Revocación.

Es decir que el consentimiento informado respecto a una práctica de internación por salud mental debe ser por escrito. En esta misma línea, el art. 26 del Decreto 603/2013 establece que el equipo tratante debe poner a disposición del NNYA la suscripción del CI.

Si bien la norma establece que en caso de NNYA, deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso (art. 26 del Decreto 603/2023), vale aclarar que la firma de ellos no es suficiente y se debe exigir la firma del NNYA. Este recaudo, si consideramos la perspectiva del CCYCN, cobra mayor relevancia aún si hablamos de personas mayores de 13 años.

Independientemente de aquel CI inicial, lo cierto es que la práctica de la internación conlleva múltiples actos médicos tales como la modificación de un plan farmacológico, la inclusión del interesado en espacios psicoterapéuticos, prácticas clínicas etc. Todas estas prácticas también deben contar con el CI del paciente, aunque en dichos casos se podrá instrumentar verbalmente. Sobre este punto, vale aclarar que el decreto reglamentario de la Ley 26.529 establece que cuando el consentimiento informado fuera otorgado en forma verbal el profesional deberá asentar en la historia clínica la fecha y alcance de cómo y sobre qué práctica operó el mismo.

En el proceso que conlleva la emisión del CI resulta fundamental información sanitaria que debe recibir el paciente para arribar a una decisión informada. La Ley 26.529 expresa que debe entenderse por información sanitaria:

[...] de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos” (art. 3º).

La información, conforme la normativa, debe ser “clara, precisa y adecuada” (art. 5º Ley 26.529 y art. 59 CCyCN). Según la doctrina esto implica que 1) debe ser clara en cuanto a que debe ser sencilla y no revestir ornamentos técnicos; 2) tiene que ser precisa, en el sentido de que debe ajustarse a su finalidad (dar a conocer el estado de salud-enfermedad, conseguir la colaboración activa, obtener el CI); y 3) debe ser adecuada a la cultura de quien la recibe y a las circunstancias personales del paciente (Garay, 2017).

En cuanto al contenido que debe reunir el CI, la Corte Interamericana considera que:

Los prestadores de salud deberán informar al menos, sobre: i)

la evaluación de diagnóstico; ii) el objetivo, método, duración probable, beneficios y riesgos esperados del tratamiento propuesto; iii) los posibles efectos desfavorables del tratamiento propuesto; iv) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos, beneficios y efectos secundarios del tratamiento alternativo propuesto; v) las consecuencias de los tratamientos, y vi) lo que se estima ocurrirá antes, durante y después del tratamiento.<sup>4</sup>

En la normativa local, el contenido de la información se encuentra regulado en el art. 5 de la Ley 26.529. En particular, destacamos que la información a dar por el profesional para obtener el consentimiento informado por parte del paciente debe versar sobre: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

En lo que atañe a la información resulta fundamental que el profesional de la salud adecúe su discurso a las particularidades de su paciente y promueva su participación puesto que “la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación”<sup>5</sup>.

En caso de tratarse de niños con discapacidad

no debemos olvidar que la información brindada debe ser adaptada a las características y capacidades del paciente. En caso de que este no pueda comprender el lenguaje oral, debe proporcionarse la información, por ejemplo, a través de material gráfico, con fotografías o dibujos que muestren el procedimiento médico que se va a seguir. Incluso, a través de señas o solicitando un apoyo que oficie de intérprete (Rosenthal y Pildayn, 2018).

En este sentido, la doctrina advierte que uno de los mayores problemas con el CI es que siempre se pone el acento sobre la “condición” o “capacidad” de la persona en comprender la implicancia

---

4 Caso I.V. vs. Bolivia (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas). Sentencia del 30-11-2016. En [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_329\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf).

5 Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO del año 2005 en su art. 7º, inc. “a”.

médica, cuando en verdad lo que merece modificarse es el otro componente del consentimiento informado, cuál es la información brindada y la forma en que se explica (Frias, 2020).

## El control judicial de las internaciones de NNYA. Internaciones consentidas pero involuntarias

Recordemos que las internaciones involuntarias proceden en aquellos casos en que la persona involucrada se niega a prestar consentimiento para su internación en casos de riesgo cierto e inminente (conforme al esquema establecido por Ley 26.657). Lo anterior activa una serie de mecanismos y garantías entre los cuales se destacan el control judicial de aquella internación y la designación de un letrado para que ejerza su defensa en el ámbito de la internación.

Ahora bien, cuando la normativa propicia que las internaciones de NNYA se consideren como involuntarias ello no implica menoscabar el derecho del paciente a emitir su consentimiento, cuyo requerimiento debe primar como principio en todas las internaciones (art. 10 de Ley 26.657). Lo que la norma pretende es que se activen las protecciones que están previstas para las internaciones involuntarias, en el entendimiento que un NNYA presenta un grado de vulnerabilidad que requiere dicho recaudo. En esta línea, la doctrina ha aclarado recientemente que “puede haber internaciones consentidas pero que son involuntarias, como ser justamente las internaciones de personas menores de edad a pesar de contar con el consentimiento del propio interesado” (Robles, 2023).

Es decir que, por ejemplo, la internación de un joven de 16 años que, según el CCYCN, resulta adulto para cuestiones relativas a su salud, será controlada judicialmente a pesar de contar con su consentimiento informado. La internación consentida será considerada involuntaria sólo a dichos fines.

Lo anterior no se encuentra exento de polémica puesto que si bien el control judicial implica una medida tuitiva también significa una intromisión del estado en la vida privada del paciente.

Respecto a esto último, corresponde señalar que la intimidad goza de amparo constitucional (cfr. arts. 18, 19 y 75, inc. 22, CN; art. 12 de la DUDH; art. 11, incs. 2º y 3º, y 14 del CADH). En lo que concierne a niños, niñas y adolescentes, resulta aplicable el art. 16 de la Convención sobre los Derechos del Niño, que establece:

1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o correspondencia”, dis-

poniendo seguidamente que “El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

Al reputarse involuntaria una internación, ello implica que deberá ser informada a diferentes operadores del Sistema de Protección de Niñez. La judicialización del caso implicará que los profesionales de la salud informen periódicamente los avances del paciente al expediente. Por otra parte, significará la comparecencia de un letrado al establecimiento de salud para entrevistar a la persona.

Sin perjuicio de todo lo anterior, consideramos que, tratándose de un grupo vulnerable en los términos de las Reglas de Brasilia, la aplicación de tales garantías resulta la respuesta que mejor atiende al superior interés de los NNYA. Se trata de una medida de acción positiva que tiende a considerar a los NNYA como sujetos de derechos y que su voz cobre protagonismo. Dicha perspectiva resulta una derivación de los principios constitucionales de la tutela judicial efectiva y del debido proceso.

Al respecto, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, establece que “[t]odo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”. Este imperativo, según destacada doctrina (Fernández, 2015):

[...] traduce la exigencia de medidas positivas y específicas fundadas en la condición especial de aquéllos y dirigidas a dar efectividad a los derechos reconocidos en su favor [...] De este modo, entonces, la doctrina internacional de los derechos humanos exige a los Estados contemplar la especial o particular situación de los niños y niñas como participantes en los procesos y brindar herramientas diferenciadas y efectivas para asegurar una tutela especial, que tenga en cuenta su particular condición.

En este escenario, y a riesgo de ser redundantes, reiteramos que el control judicial y la reputación de internaciones de NNYA como involuntarias no implica privar a los usuarios de emitir su consentimiento en caso de presentar la madurez suficiente para actuar. Lejos de ello, los operadores judiciales deberemos prestar máxima atención a que se agoten los medios tendientes a que el NNYA forme parte del proceso de consentimiento informado cuya materialización consiste en la declaración de voluntad. En otras palabras, “es imprescindible facilitar el escenario jurídico para propiciar a los niños y adolescentes de los medios necesarios para su protección integral, materializándose el salto de la titularidad de derechos al posible ejercicio de ellos”(Zabalza, 2015).

Por lo demás, resulta dable señalar que en la práctica se verifica que la presencia de profesionales ajenos a la institución y a la obra

social resulta bienvenida por los usuarios y usuarias de salud mental y por sus familias, y es entendido como una forma de acompañamiento externo. Las entrevistas realizadas por el equipo de la Unidad de Letrados tienden a preservar a los defendidos/as y respetar su espacio. Asimismo, es importante señalar que el expediente judicial resulta reservado por lo que su acceso es limitado a las partes (art. 708 del CNYCN).

Por todas estas razones, la doctrina es contundente en sostener que, a pesar de las nuevas perspectivas que introdujo el art. 26 del CCyCN, las internaciones de NNYA deben ser reputada como involuntarias a los fines de garantizar su debida protección<sup>6</sup>. En suma, “esta calificación jurídica tiene por objetivo reforzar el control del tratamiento —que involucra privación de libertad—, pero no exime a los profesionales de recabar el consentimiento de la persona menor de edad” (Fernández, 2016).

De igual modo, resulta pacífica la jurisprudencia nacional respecto a someter a control judicial las internaciones de NNYA con independencia a que se trate o no de internaciones consentidas.

Sobre este punto, resulta ilustrativo un antecedente en el que se había cuestionado la pertinencia del control judicial de la internación de una adolescente de 13 años de edad que prestó conformidad con su tratamiento de internación. La defensora interviniente interpuso revocatoria y apelación en subsidio respecto a su designación considerando que esa internación era voluntaria y por lo tanto no se encuadraría en los casos previstos por el art. 22 de la Ley de Salud Mental. La Alzada resolvió en este caso que:

Contrariamente a lo que propone la Defensora Oficial, ya tiene resuelto esta Sala que la genérica invocación de la autonomía progresiva de la persona menor de edad que cursa una internación por motivos de salud mental, no alcanza para derrotar las cruciales razones protectorias que subyacen en el contralor obligatorio que la ley especial exige, aun cuando el paciente preste conformidad con el ingreso al medio institucional (art. 26 Ley 26.657; cfr. P., M. A. s/ internación TG-3179-2020 RI 336/20; de esta Sala II en su actual integración). II.- Como allí se dijo, la doctrina mayoritaria ya se ha inclinado por sostener que la contradicción entre la norma especial anterior (Ley Nacional de Salud Mental) y la general posterior (art. 26 CCyC) es solo aparente. La hermenéutica que se impone es de integración entre ambos preceptos y no de derogación de uno por otro, sobre

---

6 Véase: Laufer Cabrera (2011; 191-202); Iglesias (2015; 2960-2980); Olmo y Menossi (2015; 67); Famá (2015); entre otros.

todo porque es la que consulta en mayor medida el interés del adolescente, que queda abarcado por la protección calificada que acuerda el art. 3 de la CDNNA.<sup>7</sup>

## La experiencia práctica de la Unidad de Letrados

Parte fundamental del desarrollo de la Unidad de Letrados resulta ser que la voz de los NNyA que cursan una internación por problemática de salud mental sea escuchada. La normativa especial pone de relieve la importancia de que en la internación se recabe la voluntad de los NNyA (art. 26 del Decreto 603/2023) y encomienda a los letrados que ejercen su defensa respetar su voluntad y sus preferencias (art. 22 del Decreto 603/2023).

En ocasiones, los NNyA manifiestan su negativa por permanecer internados. En tal caso, se puede considerar que la internación es involuntaria por dos vías: 1) por lo estipulado en el art. 26 de la Ley 26.657 o 2) por que la internación no cuenta con el consentimiento informado de la persona. La voz del adolescente, en estos casos, debe llegar al juez a fin que se extremen los recaudos que rodean a una internación no consentida.

Considérese que aquí no solo se encuentra en juego el derecho a la salud, sino también el derecho a la libertad ambulatoria.

En la práctica, se verifica que los/as profesionales explican a los NNyA los motivos de la internación y se sostiene un diálogo a lo largo de la internación. Lamentablemente, muchas veces este diálogo no se refleja en los formularios de CI que muchas veces aparentan ser más un formulario de adhesión que una declaración de voluntad.

Otro inconveniente que se presenta se vincula con la suscripción del CI, puesto que en no pocas oportunidades el documento es suscripto solo por los progenitores. Siendo una práctica habitual que los Juzgados, las Defensorías de Menores, el Órgano de Revisión de Salud Mental y la Unidad de Letrados exijan en estos casos que la suscripción del mismo además sea por parte del NNyA involucrado.

También es importante la adecuación del discurso médico a la situación particular del niño con el objeto de que el CI cumpla sus propósitos. En tal sentido, resulta ilustrativo la situación presenta-

---

7 Excma. Cámara de Apelaciones Sala II de San Isidro “E. C. H/ internación” PL-3387-2022 JDO 2 PILAR. Ver cita en Yanina E. Palacio y Alicia Cerminaro. 2023. “Internaciones voluntarias e involuntarias: Cuestiones de la práctica judicial”. EIDial.com, DC3123.

da en el marco de los autos “T., A. s. Evaluación Art. 42 del CCCN” (69.382/2023) de trámite por ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N°106, ocasión en la que esta Unidad de Letrados ejerció la defensa técnica del niño A. mientras estuvo internado por cuestiones de salud mental en un Hospital General. El caso presentaba una barrera idiomática puesto que el niño, de nacionalidad rusa, no hablaba español. Para lograr el efectivo abordaje terapéutico y llevar a cabo un debido proceso de consentimiento informado, se debió solicitar a la Defensoría General de la Nación el apoyo de un intérprete ruso, que participó en dos oportunidades: por un lado, en las entrevistas mantenidas entre el niño y el equipo tratante dependiente del Hospital; y, por otro lado, en las entrevistas mantenidas entre el niño, su madre, el abogado y el psiquiatra infanto juvenil de esta Unidad de Letrados. A partir de tal intervención, tanto el niño como su madre lograron dimensionar la importancia de cumplir con el tratamiento indicado por los profesionales, pudiendo formalizar un debido proceso de consentimiento informado, lo que se tradujo en una pronta evolución en el estado de salud del paciente que concluyó con su alta de internación.

## Conclusiones

En el contexto de la normativa argentina sobre capacidad e internaciones de salud mental de niños, niñas y adolescentes, se evidencia la complejidad de armonizar la Ley 26.657 y el Código Civil y Comercial de la Nación. La ausencia de un reconocimiento explícito de la capacidad progresiva en la Ley 26.657 y las presunciones establecidas por el CCyCN basadas en la franja etaria de los NNA generan un escenario que demanda un enfoque interdisciplinario. Es esencial, entonces, propiciar la colaboración entre profesionales de la salud mental, juristas y expertos en derechos humanos para desarrollar enfoques coherentes y respetuosos de los derechos de los NNA, considerando su evolución cognitiva y emocional. La aplicación efectiva de los principios de la Ley 26.657 requiere un diálogo constante entre distintas disciplinas para garantizar la protección integral de los NNA en situaciones de internación por salud mental.

## Bibliografía

- Beauchamp, T. y Childress, J. 1999. “Principios de ética biomédica”. Barcelona; Masson.
- Drane, J., Simón, P., y Altimir, S. 2008. Aproximación al problema de la competencia del enfermo. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 1.

Etcheverry, Alejandra M. 2015. "Régimen de capacidad de los menores en el Código Civil y Comercial de la Nación". LA LEY. Cita: TR LALEY AR/DOC/5037/2015.

Famá, María Victoria, "Capacidad progresiva de niñas, niños y adolescentes en el Código Civil y Comercial". TR LALEY. Cita online: AR/DOC/3698/2015.

Fernández, Silvia E. 2015. "El derecho al recurso y la tutela judicial efectiva: algunas reflexiones en torno a los principios de protección especial y justicia especializada en cuestiones de familia". Cita online: AR/5363/2015.

Frías, Javier. 2020. "Pautas para la determinación de sistemas de apoyo en juicios de capacidad jurídica. Primera parte: Actos". Publicado en: RDF 94, 08/05/2020, 61, Cita Online: AR/DOC/884/2020.

Garay, Oscar E. 2017. "El consentimiento informado en el Código Civil y Comercial y en la ley de derechos de los pacientes", LA LEY, Cita: TR LALEY AR/DOC/1690/2017.

Highton, Elena, Wierzba, Sandra M. 2003. La relación médico-paciente: El consentimiento informado. Ad-Hoc, primera edición. Buenos Aires.

Hooft, Pedro Federico, Picardi, Geraldina J. 2006. "Bioética y derecho. El consentimiento informado en la Jurisprudencia Argentina". En Revista Latinoamericana de Bioética N° 10. 1-58.

Iglesias, María Graciela. 2015. "Tutela judicial efectiva en la internación de niños y niñas. 'Para muestra, basta un botón'". En Fernández, Silvia Eugenia (dir.) Tratado de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Abeledo Perrot, Buenos Aires. t. III, 2960-2980.

Laufer Cabrera, Mariano. 2011. "Reflexiones sobre la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: su impacto sobre la administración de justicia, la Defensa Pública y el ámbito de la infancia". En Acceso a la Justicia de Niñas, Niños y Adolescentes Estrategias y Buenas Prácticas de la Defensa Pública. Buenos Aires. Defensoría General de la Nación y Unicef.

Olmo, Juan P. y Menossi, María P. 2015. "Capacidad jurídica y salud mental: aplicación del nuevo Código Civil y Comercial con relación al tiempo". En Alegría, Héctor (dir.), Revista Código Civil y Comercial, La Ley, Bs. As., 2015, p. 67);

Palmer, B. W., & Harmell, A. L. 2016. "Assessment of healthcare decision-making capacity". Archives of Clinical Neuropsychology, 31(6), 530-540.

Robles, Gabriela Leticia. 2023. “La internación de niños y adolescentes por padecimientos mentales a la luz de los modelos de intervención estatal” Cita online: TR LALEY AR/DOC/1013/2023.

Rosenthal, M. M. S., y Pildayn, N. 2018. “Consentimiento informado de las personas con discapacidad en tratamientos médicos”. En Revista El Derecho. Buenos Aires.

Vidal, S. 1999. “Competencia para la toma de decisiones en la práctica clínica”. Jurisprudencia Argentina, 6166, 58-68.

Zabalza, Guillermina. 2015. “Niños, niñas y adolescentes: complejidades que abren nuevos horizontes”. Cita online: TR LALEY AR/DOC/5143/2015.

## Una mirada integral para el abordaje de los derechos sexuales y (no) reproductivos de las adolescentes con discapacidad

### María Victoria Azpitarte

Abogada (UCA). Defensora Pública Coadyuvante de la Defensoría General de Nación. Integrante de la Unidad de Letrados de Personas Mayores de Edad art. 22 Ley 26657. Ex integrante de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657 durante los períodos 2013 –2016 y 2018-2022.

### María Belén Pascuali

Abogada (UBA). Especialista en derecho de familia (UBA) trabajo final pendiente. Defensora pública coadyuvante. Integrante de la Comisión sobre temáticas de género de la Defensoría General de la Nación. Ex integrante de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657 durante el período 2016-2021.

## Introducción

La denegación de educación sexual integral accesible y apoyos necesarios para el ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos de las adolescentes con discapacidad psicosocial implica una restricción arbitraria a sus derechos y es discriminatoria por motivos de discapacidad y de género dado el impacto desproporcionado que tiene para las mujeres adolescentes. En primer lugar, debido a su desarrollo biológico durante la adolescencia y su capacidad de cursar un embarazo y parto. En segundo lugar, por el mayor riesgo que presentan -en comparación a otras adolescentes- a sufrir situaciones de violencia, abuso sexual, explotación o de otros riesgos también de mucha gravedad como, por ejemplo, enfermedades de transmisión sexual<sup>1</sup>. En tercer lugar, porque la anticoncepción y la esterilización forzadas también pueden dar lugar a la violencia sexual sin la consecuencia del embarazo, espe-

1 CDPD, [Observación general N° 3, sobre las mujeres y las niñas con discapacidad](#), párr. 33, 35 y 41.

cialmente en el caso de las mujeres internadas en centros psiquiátricos y otras instituciones y de las mujeres privadas de libertad<sup>2</sup>.

A la luz de los instrumentos internacionales jurídicamente vinculantes -la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW)- las niñas y adolescentes con discapacidad al interactuar con diversas barreras ven impedida su participación plena y efectiva en la sociedad. Sumado a esta condición de niñez y discapacidad, se agrega un tercer aspecto relevante que es la cuestión de su género<sup>3</sup>.

En tal perspectiva, nuestro objetivo es describir brevemente los estándares normativos nacionales e internacionales de derechos humanos aplicables a la materia y su interpretación por los órganos creados a tal efecto. Asimismo, desarrollaremos el impacto positivo de algunas políticas públicas actuales y su adecuación a personas jóvenes con discapacidad.

Posteriormente, desarrollaremos en qué consiste la discriminación interseccional en el contexto de la salud sexual y reproductiva que afecta de forma desproporcionada a las mujeres adolescentes. Para ello, indagaremos sobre la intersección entre salud mental, niñez y adolescencia y los diversos prejuicios y estereotipos que se evidencian en la práctica.

Por último, aportaremos algunas buenas prácticas para el ejercicio de la defensa pública de mujeres adolescentes con discapacidad psicosocial en términos de disfrute efectivo de sus derechos sexuales y (no) reproductivos. A tal efecto, nos proponemos abordar la temática en base a las experiencias que recogimos como integrantes de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 de la Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación<sup>4</sup>.

---

2 Ibid, párr. 45.

3 CEDAW, [Recomendación general núm. 36 \(2017\) sobre el derecho de las niñas y las mujeres a la educación](#), párr. 66.

4 La función de la Unidad de Letrados de Personas menores de edad art. 22, Ley 26.657 es ejercer la defensa técnica y especializada prevista en los arts. 22 y 26 de la Ley 26.657 de los niños, niñas y adolescentes que en su calidad de usuarios/as del servicio de salud mental atraviesan una internación (por salud mental o consumo problemático de sustancias) en instituciones públicas y/o privadas (v. gr. hospitales monovalente, generales, clínicas, sanatorios o comunidades terapéuticas) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para mayor información respecto a la labor de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22, Ley 26.657. Consultar "[Acceso a la justicia de Niños, Niñas y Adolescentes internados por salud mental o Adicciones. Testimonio](#)

## Sobre los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres con discapacidad. La educación sexual integral y la necesidad de ajustes razonables

La salud sexual y reproductiva constituye un componente del derecho a la salud que tiene particulares implicancias para las mujeres debido a su capacidad biológica de embarazo y parto. Se relaciona, por una parte, con la autonomía y la libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación. Por el otro lado, se refiere al acceso tanto a servicios de salud reproductiva como a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer su derecho a decidir de forma libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo de nacimientos<sup>5</sup>.

Si bien las definiciones mayormente han apuntado a los derechos sexuales y reproductivos incluyendo a los no reproductivos como subconjunto, los aportes feministas han consolidado el establecimiento de una diferencia entre ellos como dos campos diferentes.

A los fines de este artículo, aclaramos que al referirnos a los derechos sexuales y (no) reproductivos -en adelante DSyNoR- aludimos a los aspectos negativos o la contracara de la reproducción. Estos derechos se fundamentan en los principios de igualdad, autodeterminación y dignidad; comprenden el derecho a la autonomía reproductiva, a decidir la anticoncepción, a contar con información y medios para ejercer esta autonomía, a acceder a servicios de salud no reproductiva sin discriminación, así como a educación sexual integral, a métodos anticonceptivos, al aborto seguro, a la contracepción quirúrgica voluntaria y a estar libre de injerencias indebidas en la salud sexual y reproductiva -por ejemplo, las esterilizaciones forzadas o sin consentimiento (Fernández, 2023, 223).

En el ámbito internacional, la CDPD reconoce el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable del número de hijos que quieren tener. También contempla que se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos<sup>6</sup>, por lo que inferimos que refiere a la salud sexual y

---

[2012-2014](#)”.

5 Corte IDH, Opinión Consultiva 29/22 (2022), párr. 148.

6 CDPD, art. 23 inc. b).

reproductiva y a la utilización de anticonceptivos<sup>7</sup> por las personas con discapacidad.

Incluso, la CDPD prevé que las personas con discapacidad incluidos los niños y las niñas<sup>8</sup>, mantengan su fertilidad en igualdad de condiciones con las demás personas<sup>9</sup> (esto debe ser leído como un expreso reconocimiento a que este colectivo ha sido históricamente víctima de la eugenesia). En ambos casos implica un expreso y debido reconocimiento de la sexualidad de las personas con discapacidad<sup>10</sup>.

En Argentina, algunas de las leyes nacionales que abordan estos derechos son:

- \* La Ley Nacional de Sida (Nº 23.798) que garantiza el acceso gratuito al test de VIH con asesoramiento previo y posterior, de manera voluntaria, y el acceso gratuito a preservativos. En relación a las personas que viven con VIH garantiza el cuidado integral gratuito de la salud (controles médicos, medicación antirretroviral, estudios y apoyo psicológico), la confidencialidad del diagnóstico y la no discriminación.
- \* La Ley y Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Nº 25.673) que garantiza el acceso a la información sobre sexualidad, métodos anticonceptivos e información sobre prevención del aborto, así como la disponibilidad en todos los servicios de salud de los siguientes métodos: pastillas anticonceptivas, anticoncepción inyectable, anticoncepción de emergencia, DiU, preservativo masculino y esterilización (ligadura de trompas y vasectomía).
- \* La Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia hacia las mujeres en los ámbitos en que desarrollan sus relaciones interpersonales (Nº 26.485), que

---

7 El artículo 25 a) referido a salud dice: “[Los Estados] proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población”.

8 Recordemos que, según la Convención sobre los Derechos del Niño, lo son hasta los 18 años.

9 CDPD, art. 23, inc. c).

10 Las personas con discapacidad, de acuerdo a su situación, son titulares de los derechos que surgen de la ley 25.673 de salud reproductiva y procreación responsable de Argentina. El artículo 23, pto. 2, establece una limitación: “Los Estados Partes garantizarán los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad en lo que respecta a la custodia, la tutela, la guarda, la adopción de niños o instituciones similares, cuando esos conceptos se recojan en la legislación nacional”.

garantiza el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, entre cuyas modalidades se establece la vinculada a la libertad reproductiva (cuando limita los derechos de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable) y obstétrica (ejercida por el personal de salud en los procesos reproductivos).

- \* La Ley de Educación Sexual Integral (Nº 26.150) que garantiza el derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos y privados, nacionales, provinciales y municipales, en el nivel inicial, primario, secundario y de formación docente. Los conocimientos abordados deben ser pertinentes, precisos, confiables y actualizados, articulando aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.

La Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud estableció que las prácticas de salud sexual y reproductiva, en general, y todos los métodos anticonceptivos transitorios, no se califican como prácticas invasivas que comprometan el estado de salud de una persona.

Esto implica que a partir de los 13 años de edad las y los adolescentes pueden acceder solas/os a la consulta médica y elegir el método anticonceptivo que mejor se adapte a sus necesidades y creencias. Por ello, se infiere que pueden brindar su consentimiento informado de forma autónoma sin requerir asistencia de sus representantes legales para acceder a dichos tratamientos<sup>11</sup>.

Como resultado, solicitar la presencia de un/a progenitor/a para la entrega de métodos anticonceptivos constituye una solución que atenta contra el reconocimiento del o la adolescente como sujeto/a de derecho, contra la satisfacción de su derecho a la salud y, a la par, configura una clara violación al principio de autonomía progresiva de raigambre constitucional y convencional.

En la misma resolución se remarca que es el sistema de Salud el que debe realizar los ajustes razonables tendientes a facilitar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos de manera autónoma y recibir la atención sanitaria en los términos que les resulten más accesibles, aceptables y con la mejor calidad disponible y en igualdad de condiciones que las otras personas.

En esa línea, es oportuno señalar que el artículo 43 del CCyCN establece que las medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de

---

11 Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires, "Liga de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios de la República Argentina y otros c/ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires", 14/10/2003.

sus derechos. La Resolución 65/2015 indica que la persona que brinda el apoyo o acompaña a la persona nunca puede sustituir su decisión o consentimiento.

A pesar de encontrarse consagrados estos derechos, el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad advirtió que las mujeres y niñas con discapacidad afrontan obstáculos en la mayor parte de los ámbitos de la vida<sup>12</sup>. Según el Comité, esto genera situaciones de discriminación interseccional en términos de igualdad de acceso a la educación, a oportunidades económicas, a la interacción social y a la justicia; también al igual reconocimiento como persona ante la ley y la capacidad de ejercer control sobre sus propias vidas en diversos contextos (por ejemplo, respecto de la atención de la salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva<sup>13</sup>).

De acuerdo con el Comité sobre Derechos económicos, sociales y culturales, la información disponible sobre DSyNoR debe proporcionarse de manera compatible con las necesidades de la persona tomando en consideración, por ejemplo y entre otras variables, la discapacidad. La accesibilidad de la información comprende, a criterio del comité, el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a cuestiones de salud sexual y reproductiva en general, y también el derecho de las personas a recibir información específica sobre su estado de salud.

Por ello, concluye que todas las personas y grupos, incluidos los adolescentes y jóvenes, tienen el derecho a recibir información con base empírica sobre todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva, entre ellos la salud materna, los anticonceptivos, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual, la prevención del VIH, el aborto sin riesgo y la asistencia posterior en casos de aborto, la infertilidad y las opciones de fecundidad, y el cáncer del sistema reproductor<sup>14</sup>.

En efecto, una respuesta adecuada a la magnitud de este problema consiste en implantar en todos los niveles de la enseñanza planes de estudios obligatorios y adaptados a la edad sobre educación sexual integral en que se aborden la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el comportamiento sexual responsable,

---

12 CDPD, [Observación general Nº 3, sobre las mujeres y las niñas con discapacidad](#), pto.2.

13 CDPD, [Observación general Nº 3, sobre las mujeres y las niñas con discapacidad](#), pto.2.

14 Comité DESC, [Observación general núm. 22 \(2016\) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva \(artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales\)](#), 2016, párr. 18 y 19..

la prevención del embarazo precoz y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual<sup>15</sup>.

En consonancia, el Comité CEDAW recomendó a los Estados que garanticen que las escuelas proporcionen información apropiada para cada edad sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, entre otros temas, con respecto a las relaciones de género y el comportamiento sexual responsable, la prevención del VIH, la nutrición y la protección contra la violencia y las prácticas nocivas; así como al acceso a servicios adecuados y confidenciales<sup>16</sup>.

Sumamos a esto, el acceso a consejerías adecuadas en salud sexual y reproductiva en los hospitales y centros de salud (incluyendo la interrupción legal del embarazo en las situaciones previstas en el marco normativo); y el acceso a métodos anticonceptivos gratuitos y probadamente efectivos.

En el caso de las personas con discapacidad no solo es necesario el acceso irrestricto a servicios de salud sexual y reproductiva de la misma variedad y calidad sino también de los servicios específicos que necesiten a causa de sus discapacidades. Además, se deben hacer los ajustes razonables para que las personas con discapacidad puedan acceder plenamente a los servicios de salud sexual y reproductiva en igualdad de condiciones, como establecimientos físicamente accesibles, información en formatos accesibles y apoyo para la adopción de decisiones, y los Estados deben velar por que la atención se preste de una forma respetuosa y digna que no exacerbe la marginación<sup>17</sup>.

En nuestro país, la Ley de Educación Sexual Integral (ESI) establece el derecho de niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada. Sin embargo, la normativa no fue elaborada de modo que respete los derechos de las personas con discapacidad, palabra que ni siquiera es mencionada en su texto. No se prevé tampoco ajustes razonables para su implementación<sup>18</sup>.

---

15 De conformidad con los artículos 10 h) y 12 de la CEDAW y las recomendaciones generales del Comité núm. 24 (1999), sobre la mujer y la salud, y núm. 35 (2017), sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualizó la recomendación general núm. 19.

16 CEDAW, [Recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño \(2019\) sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta](#), párr. 68.

17 Comité DESC, *ibidem*, párr. 24.

18 La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad define, en su art. 2, los ajustes razonables como las modificaciones y adaptaciones

Esta privación de información deriva en segregación educativa pues la obligación legal de dar educación sexual integral con frecuencia no aplica para instituciones segregadas o “escuelas especiales”. Como consecuencia, las personas con discapacidad son privadas de la educación sexual, lo que las coloca en más riesgo de ser sujetas a violencia sexual al desconocer la información que les permite tomar decisiones informadas y denunciar abusos.

Vale la pena mencionar algunas políticas públicas diseñadas por nuestro país con el objetivo de potenciar las decisiones informadas de los y las adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Nos referimos al Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) creado a fines del año 2017 con el objetivo de intervenir de manera integral sobre el problema del embarazo no intencional en la adolescencia<sup>19</sup>. Esta política pública se implementó en sus comienzos en 12 provincias y en agosto del 2023 se amplió al resto de las provincias del país y a la Ciudad de Buenos Aires.

Estudios especializados evidenciaron una profunda disminución de la tasa de embarazo adolescente en todo el país con el consiguiente beneficio en la salud y bienestar integral de los adolescentes y la prevención de embarazos prematuros y nacimientos con bajo peso.

Según cifras del INDEC del último censo, el promedio de hijas e hijos por mujer adolescente de entre 15 y 19 años manifiesta un descenso muy pronunciado respecto de los resultados que presentaba el Censo 2010<sup>20</sup>. Concretamente, los datos arrojan que el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años en viviendas particulares con hijas e hijos nacidos vivos en el 2010 era de un 13,1 % mientras que en el año 2022 descendió a un 6,4%<sup>21</sup>.

---

necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

19 Este plan tiene como objetivos estratégicos: I) sensibilizar a la población en general y a los y las adolescentes en particular sobre la importancia de prevenir y disminuir el embarazo no intencional en la adolescencia; II) mejorar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva en relación con la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones; III) potenciar las decisiones informadas de los y las adolescentes para el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos; y IV) fortalecer políticas para la prevención del abuso y la violencia sexual y para el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) según el marco normativo vigente.

20 INDEC, [Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 : resultados definitivos : fecundidad](#), 2024, pág. 13.

21 INDEC, *ibidem*, véase gráfico 5, pág. 13.

Por último, en el año 2022 el por aquel entonces Ministerio de Salud de la Nación a través de la Secretaría de salud sexual y reproductiva brindó cursos y capacitaciones para la promoción de derechos sexuales y reproductivos de personas con discapacidad. Concretamente, se sumó la versión en lengua de señas en dos materiales de anticoncepción quirúrgica y, en el mismo año, los equipos provinciales del Plan ENIA incorporaron proyectos relacionados con los derechos de las personas con discapacidad en sus planes operativos anuales<sup>22</sup>. Consideramos positivos estos ajustes razonables en pos de garantizar que las campañas de difusión sobre educación sexual no excluyan la perspectiva de las personas con discapacidad, lo cual resulta en su menor posibilidad de conocer sus derechos y la manera de ejercerlos.

## Intersección entre niñez, género y discapacidad. Estereotipos y prejuicios que recaen sobre las adolescentes con discapacidad

Se define a la interseccionalidad como “un método crítico y una herramienta epistemológica hábil para desnudar y revelar diferentes niveles de opresión que se nuclean y articulan, ensamblan y disciplinan” (Crenshaw, 1989, 139-167). Ello nos refleja un modo en que varias formas de discriminación relacionadas con distintas capas de identidad pueden confluír para crear nuevas formas de discriminación que son únicas. Bajo este enfoque interseccional, se nuclean tres marcos teóricos que involucran a las adolescentes con discapacidad: los derechos de NNYA; derechos de las personas con discapacidad y la perspectiva de género.

Tal como señala Silvia Fernández (2023, 52) “no se trata de una visibilización semántica de la cuestión de género en la niñez, ni el género en la discapacidad, ni la discapacidad en la niñez, sino una articulación entre núcleos protectorios de derechos humanos reconocidos a estos tres grupos vulnerados”.

En la complejidad de los casos de discriminación y violencia interseccional por género y discapacidad es preciso analizar la normativa aplicable referida a la temática de discapacidad con perspectiva de género y las normas que se refieren concretamente a género con perspectiva de discapacidad. Este enfoque en paralelo y armónico

<sup>22</sup> Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, [Informe de gestión anual 2023](#), 2023, pág. 69-72.

del marco normativo permitirá al o la operador/a de justicia contar con más elementos de manera que tanto la perspectiva de género como la de discapacidad permitan arrojar luces sobre cuáles son los remedios efectivos para la situación particular.

En este sentido, la Corte IDH sostuvo recientemente que las mujeres siguen siendo vulnerables a sufrir violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos en el marco de la atención médica y el acceso a los servicios de salud y que en la mayoría de los casos sucede a través de prácticas discriminatorias que son consecuencia de la aplicación de estereotipos en su perjuicio<sup>23</sup>.

En específico, el comité CEDAW evidenció que millones de niñas y mujeres con discapacidad se ven privadas del derecho a la educación a causa de formas interrelacionadas de discriminación, basadas en el género y la discapacidad<sup>24</sup>.

Los estereotipos nocivos respecto de las jóvenes con discapacidad consisten en creer que ellas son incapaces, irracionales, carecen de control y/o son sexualmente hiperactivas. Frecuentemente, se niega a las mujeres con discapacidad el acceso a la información y a la educación, incluida la educación sexual integral sobre la base de estos estereotipos que suponen que son asexuadas e inmaduras y, por tanto, no requieren dicha información en igualdad de condiciones que las demás adolescentes. Sumado a ello, la mayoría de las veces esta información no se encuentra disponible en formatos accesibles.

Muchos de estos preconceptos se traslucen habitualmente en prácticas de varios servicios de salud públicos y privados. Muchas de estas se realizan sin ningún cuestionamiento ni conciencia de los perjuicios que ellas generan y las marcas que dejan estas vivencias en la vida de estas jóvenes. Las palabras, silencios, actitudes y omisiones causan profundos efectos cuando están dirigidas a personas en situaciones de extrema y múltiple vulnerabilidad.

Por otro lado, existen barreras y obstáculos relacionados con la actitud prejuiciosa por parte del personal de salud que impide el acceso efectivo a servicios y profesionales de atención a la salud a las personas con discapacidad, en especial, adolescentes. En efecto, las decisiones vinculadas al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos suelen ser las más cuestionadas al punto de ser

---

23 Caso Rodríguez Pacheco y otra Vs. Venezuela, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, sentencia del 1 de septiembre del 2023, párr. 107.

24 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, [Recomendación general núm. 36 \(2017\) sobre el derecho de las niñas y las mujeres a la educación](#), párr. 43.

sustituidas por terceros, mayoritariamente por sus representantes legales y/o referentes afectivos mayores de edad.

Por esta razón, las adolescentes con discapacidad psicosocial presentan dificultades en el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, especialmente las mujeres sordas y sordociegas, en cuyos casos puede aumentar el riesgo que sean víctimas de violencia sexual por estos motivos.

Desde nuestra visión, este proceso de toma de decisiones soslaya el principio de igualdad y no discriminación y desoye su opinión consagrada por el art. 12 de la CDN y el principio legal que consagra la autonomía progresiva en la toma de decisiones de NNYA.

Según el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad los prejuicios antes señalados tienen efectos negativos en el ámbito de la Educación (art. 24 de la Obs. 3). En este sentido, observó que:

Los estereotipos nocivos de género y discapacidad se combinan para fomentar actitudes, políticas y prácticas discriminatorias, por ejemplo: dar mayor valor a la educación de los niños en detrimento de las niñas, utilizar material educativo que perpetúe estereotipos nocivos de género y discapacidad, alentar el matrimonio infantil de las niñas con discapacidad, realizar actividades familiares basadas en el género, asignar funciones de cuidadores a las mujeres y las niñas, y no proporcionar instalaciones de saneamiento accesibles en las escuelas para asegurar la gestión de la higiene menstrual. A su vez, esto redundará en tasas más elevadas de analfabetismo, fracaso escolar, tasas irregulares de asistencia diaria, absentismo y en el abandono total de los estudios.<sup>25</sup>

Consecuentemente, la CDPD compromete a los Estados a adoptar medidas efectivas e inmediatas para “b) luchar contra los estereotipos, prejuicios y prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o en la edad, en todos los ámbitos de la vida (...)”<sup>26</sup>.

Otro aspecto de gravitante importancia a analizar son los prejuicios que, sumado al género y a la discapacidad, pesan sobre las adolescentes en torno a su edad. La CDN hace un reconocimiento inequívoco de las niñas, niños y adolescentes como titulares de

25 Observación general N° 3 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016), sobre las mujeres y las niñas con discapacidad, punto 56.

26 Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (2008), artículo N° 8.

derechos y enfatiza su dignidad como personas. En este sentido, el Comité de los Derechos del Niño resaltó que los NNA están en una etapa vital de gran importancia por el proceso de evolución de sus capacidades y desarrollo progresivo físico, psicológico, emocional, mental, moral, cognitivo y social<sup>27</sup>.

Asimismo, la CIDH reconoce que durante las diversas etapas de la infancia y posteriormente en la adolescencia, los NNA desarrollan progresivamente su autonomía personal, social y jurídica, que se da en consonancia con su crecimiento y el desarrollo de sus facultades.

Si bien el art. 3 de la CDN no define al interés superior del niño, se expresa que “debe dársele una consideración primordial y atención y atención especial”. A su turno, el art. 3 de la ley N° 26.061 lo define como “la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidas en esta ley” y brinda asimismo algunas pautas de interpretación, como el grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales de niños o adolescentes.

Sin embargo, en múltiples ocasiones sucede que el interés superior de las niñas y adolescentes con discapacidad es definido desde la mirada del adulto/a. Por ello, el Comité de los Derechos del Niño aclara aún más esta definición y establece el interés superior del niño como un concepto triple: un derecho, un principio jurídico interpretativo y una norma de procedimiento<sup>28</sup>. Además, pone en resalto que el concepto de interés superior del niño es complejo y su contenido debe determinarse caso por caso.

Por consiguiente, frente a las conductas que traslucen prejuicios y estereotipos en el ámbito de la salud y la educación, así como por parte profesionales de organismos administrativos y actores judiciales, el interés superior de NNA debe construirse bajo las premisas de la Observación General 14 y la CDN, intersectando con los estándares normativos de derechos de discapacidad y género (CDPD y CEDAW).

A tal efecto, es necesario articular este concepto general del interés superior del niño con las disposiciones de la CDPD, la cual en su art. 8 relacionado a la “toma de conciencia” establece que:

Los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para: b) Luchar contra los este-

---

27 Observación General N° 20 del Comité de los Derechos del Niño sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia (2016).

28 Observación General N° 14 del Comité de los Derechos del Niño sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (año 2013).

reotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida.

También la CEDAW en su artículo 5 estipula que:

Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para: a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

A su vez, este interés superior de la joven con discapacidad (art. 3 CDN) debe contemplar su derecho a ser oída (art. 12 CDN), a evaluar conforme a su edad y madurez sin discriminación por su discapacidad y por su género, en igual condiciones que con los y las demás adolescentes. Dentro del marco del art. 12 CDN y Observación General N° 12<sup>29</sup>, se especifica el derecho a expresar su opinión libremente y a participar en los asuntos que le afecten, los cuales integran, como se ha visto, el interés superior del niño.

Más en concreto, en cuanto a los NNYA con discapacidad, la Observación General N° 9<sup>30</sup> pone en relieve el respeto a la opinión del niño y advierte que:

Con bastante frecuencia, los adultos con o sin discapacidad formulan políticas y decisiones relacionadas con los niños con discapacidad mientras que los propios niños se quedan fuera del proceso. Es fundamental que los niños con discapacidad sean escuchados en todos los procedimientos que los afecten y que sus opiniones se respeten de acuerdo con su capacidad en evolución [...] Hay que proporcionar a los niños el modo de comunicación que necesiten para facilitar la expresión de sus opiniones. Además, los Estados partes deben apoyar la formación para las familias y los profesionales en cuanto a la promoción y el respeto de las capacidades en evolución de los niños para asumir responsabilidades crecientes por la adopción de decisiones en sus propias vidas.

Como resultado, cuando las adolescentes con discapacidad están en condiciones de expresar su opinión y prestar consentimiento informado, tomarán su decisión en función de su autonomía pro-

29 Observación General N° 12 del Comité de los Derechos del Niño.

30 Observación General N° 9 del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

gresiva, conforme a su edad y grado de madurez. La autonomía progresiva sólo podrá valorarse en función de la evolución de sus facultades y su edad en igualdad de condiciones que otras adolescentes sin discapacidad y no podrá limitarse por el solo motivo de su discapacidad.

## Algunas buenas prácticas en el ejercicio de la defensa de mujeres adolescentes internadas por salud mental para garantizar sus derechos sexuales y no reproductivos

Quienes ejercimos la defensa técnica prevista en el art. 22 de la Ley 26.657 de NNyA trabajamos, en varias oportunidades, no sólo en pos de garantizar los derechos que le asisten como usuarios/as del servicio de salud sino al acceso en condiciones de igualdad a la salud sexual y no reproductiva. A continuación, aportaremos algunas buenas prácticas que nos resultaron útiles para tal fin<sup>31</sup>.

En primer lugar, es crucial que la escucha al NNyA sea en un lenguaje claro, libre de tecnicismos, es decir, accesible para explicar acabadamente cuál es nuestro trabajo y en qué consiste el expediente (o puede decirse carpeta) en el que intervenimos. En la entrevista, nuestra labor será indagar sobre la voluntad, los deseos y las preferencias durante la internación y externación.

Esta tarea es prudente efectuarla en espacios adecuados para que dicha expresión pueda llevarse a cabo. Es usual preguntar a los equipos tratantes si existe un espacio donde se sientan con mayor comodidad para conversar los/as NNyA. También puede suceder que quieren estar solo/as o acompañados/as con amistades que construyen durante las internaciones con quienes sienten confianza. En hospitales generales y monovalentes que cuentan con jardines o parques suele ser un momento propicio para aprovechar a salir un rato al aire libre.

En caso que no exista y sea necesario, se requiere a las instituciones un espacio privado de modo que se garantice la confidencialidad

---

31 Cabe señalar que en este punto hemos tomado como punto de referencia el manual elaborado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) de México en 2021 titulado "[Manual sobre justicia y personas con discapacidad. Hacia una justicia inclusiva y accesible](#)". Este documento tiene como objetivo proporcionar directrices para garantizar que el sistema de justicia sea inclusivo y accesible para personas con discapacidad.

y la intimidad de la conversación. Generalmente, la conversación comienza en torno al estado de ánimo, gustos, rutinas cotidianas durante la internación, visitas, amistades. Luego, más en confianza, suelen animarse a consultar sobre dudas, miedos o sobre situaciones vinculadas a sus derechos sexuales y no reproductivos que han vivido o que incluso se encuentran atravesando en su contexto de internación. En ciertos casos, estos temas surgen a partir de intervenciones del propio equipo tratante que requieren de ellos/as algún tipo de decisión y/o consentimiento informado.

En este sentido, es útil la elaboración de actas donde se plasme lo conversado con ellos/as ya que en numerosas ocasiones lo que se requiere, derivará en gestiones administrativas y/o pedidos judiciales. El contenido del acta se lee en voz alta y luego se firma. Esto no significa que no se pueda ni se deba consultar sobre lo conversado con sus progenitores/as y/o principales referentes afectivos. Claramente, en muchos casos, ellos/as podrán brindar información clave para el proceso en cuestión o ayudar a interpretar los deseos y preferencias de la persona. No obstante, no debe confundirse su voluntad o sus intereses con los de la persona cuyos derechos están involucrados.

Por último, en todo momento de la entrevista es fundamental no adoptar un enfoque cisnormativo o heteronormativo. Es decir, no asumir ni privilegiar una determinada orientación sexual o identidad de género ante ninguna persona con la que interactuemos.

En segundo lugar, en muchos casos la vulnerabilidad por motivos de discapacidad o de género puede no ser evidente y requerir un accionar activo e interdisciplinario. En este sentido, una intervención interdisciplinaria (psicología, trabajo social y/o psiquiatría, entre otros) es prioritaria dada la complejidad que a veces puede surgir en la expresión de sus deseos y preferencias o en la posibilidad de recabar su voluntad. Se destaca en estos casos el accionar activo de los/as operadores/as judiciales en la efectiva articulación con los profesionales intervinientes del sistema de salud, educativo y de organismos del sistema de protección integral de NNyA.

En tercer lugar, consideramos que una práctica útil es ofrecer y garantizar los apoyos correspondientes para el pleno ejercicio de los DSynR por parte de las adolescentes con discapacidad. Aquí cabe aclarar que, en caso que se necesite implementar apoyos sean formales o informales, estos son una garantía para la persona prevista por la CDPD y el CCyCN, pero de ninguna manera constituyen una obligación o un obstáculo para el ejercicio de tales derechos<sup>32</sup>.

---

32 Cabe señalar que no es frecuente en la práctica que se inicien determinaciones de la capacidad jurídica a adolescentes entre 13 y 18 años, a pesar de

El Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad no especifica como deber ser el apoyo del art. 12 de la CPDP<sup>33</sup>. Sin embargo, consideramos que el Estado debe garantizar la disponibilidad y accesibilidad de estos apoyos para todas las personas con discapacidad, por ejemplo, durante el proceso de construcción de un consentimiento informado mediante profesionales adecuados y capacitados (por ejemplo, intérpretes de lenguaje de señas, asistentes personales, facilitadores, sistemas y tecnologías de la información, etc.).

En esta línea, para el ejercicio de DSyNoR de los/as NNyA se han creado consejerías especializadas en el marco del Plan ENIA<sup>34</sup>. Estos espacios de encuentro, escucha e información en los centros de salud podrían constituirse como apoyos informales al brindar asesoramiento personalizado a las y los adolescentes con discapacidad psico social para que puedan tomar decisiones autónomas e informadas sobre su sexualidad, el cuidado de su cuerpo y su función reproductiva.

No obstante, será necesario que los/as profesionales de salud mental cuenten con capacitación sobre las barreras que presentan estas adolescentes de modo de tener una escucha adecuada y brindar la información con los ajustes razonables que se requieran por su condición. Viceversa, los/as profesionales integrantes de las consejerías especializadas deben contar con información actualizada al momento de recibir consultas de adolescentes con discapacidad psicosocial para evacuar dudas bajo un enfoque que respete el modelo social de la discapacidad establecido en la CDPD.

Por cuarto y último lugar, en los casos que lo amerite, contar con la opinión experta de personas con discapacidad o de organizaciones representativas ofrece una alternativa respetuosa de derechos que puede proponer soluciones creativas a problemas complejos. En un caso que llevamos adelante en la Unidad de Letrados de personas menores de edad se articuló con la Fundación Huésped para una adolescente internada por salud mental en el Hospital Gutiérrez de

---

estar previsto en el art. 32 del CCyCN. Esto obedece en la realidad a que los/as adolescentes ejercen sus derechos a través de sus representantes legales (progenitores en su mayoría).

33 Aunque la CDPD no utiliza el término “apoyos informales” explícitamente, los principios y derechos establecidos en la convención sugieren que el apoyo informal es fundamental para garantizar que las personas con discapacidad puedan ejercer plenamente sus derechos, vivir de manera independiente y participar en la comunidad. Estos pueden consistir en ayuda de familiares y amigos, redes comunitarias y/o asistencia social.

34 Para más información puede consultarse: <https://www.argentina.gob.ar/planenia/consejeria>.

17 años en tratamiento por HIV. Nuestra asistida presentaba dudas y reticencia a continuar su tratamiento en la modalidad que le ofrecía el hospital. En este caso, se articuló con la Fundación quienes tomaron contacto con su equipo tratante y ofrecieron encuentros mensuales para ella post alta médica para compartir experiencias, debatir y reflexionar sobre VIH y salud sexual y reproductiva<sup>35</sup>.

## Palabras finales

Concluimos que la denegación de educación sexual integral accesible y de apoyos (formales o informales) necesarios para el ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos de las adolescentes con discapacidad configura una restricción arbitraria a sus derechos y es discriminatoria por motivos de discapacidad y de género.

Por tal motivo, las niñas y adolescentes con discapacidad se encuentran expuestas a mayores riesgos en el ejercicio de sus derechos sexuales y (no) reproductivos que las adolescentes sin discapacidad.

A la luz de lo hasta aquí desarrollado, se evidencian dificultades en el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva por la presencia de diferentes estereotipos y prejuicios sobre estas adolescentes que acrecientan las barreras para el efectivo disfrute de sus derechos. Aquí queremos resaltar el método de la intersección como herramienta útil para descubrir las diferentes formas de discriminación basadas en el género, discapacidad y edad.

Desde nuestra experiencia sugerimos algunas buenas prácticas en el ejercicio de la defensa pública de mujeres adolescentes en contextos de internación por salud mental. Es relevante mencionar que las prácticas enunciadas no son taxativas y pueden expandirse a cualquier tipo de interacción con el sistema de justicia, organismos administrativos de protección de NNyA, salud y/o educación.

Finalmente, resulta evidente la importancia del sostenimiento a largo plazo del Plan ENIA como garantía de las prestaciones anticonceptivas y la difusión de la Ley de educación sexual integral en todos los niveles y con ajustes razonables para adolescentes con discapacidad psicosocial. La implementación de esta política pública evidenció de forma categórica la reducción las tasas de embarazo adolescente y las consecuencias de éste en el desarrollo psicosocial de la niñas y adolescentes, así como su derecho a la salud, educación y bienestar.

<sup>35</sup> Para mayor información puede consultarse: <https://huesped.org.ar/servicios/atencion-directa/>.

## Bibliografía

Crenshaw, Kimberlé. 1989. "Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. University of Chicago Legal Forum, 1989" (1):139-167.

Fernández, Silvia. 2023. Niñez, género y discapacidad. Un enfoque interseccional en el ejercicio de los derechos sexuales y no reproductivos. Buenos Aires: Editores del Sur.

Palacios, Agustina, Fernández Silvia Eugenia, Iglesias María Graciela. 2020. Situaciones de discapacidad y derechos humanos. Buenos Aires: Editorial La Ley.

# CAPÍTULO II

---

*Intervenciones interdisciplinarias  
en materia de salud mental de  
niños, niñas y adolescentes*



## Reflexiones en torno a las internaciones de niños, niñas y adolescentes por razones de salud mental y adicciones en la Ciudad de Buenos Aires

### Hernán Crespo Kaul

Médico (U.N.Cuyo). Especialista en Psiquiatría infanto-juvenil (Ministerio de Salud de la Nación). Integrante del equipo técnico de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad de la CABA. Doctorando en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace más de una década, la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) comenzó a ejercer su rol en la defensa de los derechos de niños, niñas y adolescentes (NNyA) internados por razones de salud mental y adicciones en la CABA. El trabajo grupal -desde una mirada interdisciplinaria- entre letradas, letrados y profesionales del equipo técnico ha permitido una inserción e integración de su accionar como verdaderos agentes de cambio en el campo de la salud mental.

Las internaciones de NNyA por razones de salud mental y adicciones representan una ventana para vislumbrar mucho más. Desde este particular prisma se pueden analizar relaciones institucionales, vínculos con organismos nacionales y locales, instituciones, programas y dispositivos comunitarios, como así también las situaciones de una población con múltiples vulnerabilidades.

En ese sentido, es menester mencionar que en 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM), que recogió numerosos antecedentes nacionales e internacionales a los que nuestro país había suscripto, con el objetivo de promover cambios paradigmáticos en la atención de la salud mental.

Entre esos cambios se han ubicado cuatro grandes transformaciones que tienen íntima relación con la realidad de los NNyA.

En primer lugar, el paso de un modelo de tutela de la infancia a otro que ubica a NNyA como sujetos de derechos. Esta transformación

precede en muchos años y procesos a la LNSM, aunque a partir de ella se evidencia un importante avance. La posibilidad de que cada NNyA con padecimiento mental o adicciones que se encuentra internado haya podido contar con un abogado defensor facilitó la expresión de sus deseos e intereses, garantizando así sus derechos. De este modo, se pudo escuchar la voz de cada NNyA, tanto dentro de las instituciones como por fuera de ella, llegando a estar presentes en los expedientes judiciales de manera contundente (Folgar et al., 2019; Folgar y Muñoz Genestaux, 2023).

Este primer eje paradigmático tiene relación con otro cambio de definición, conceptualización y ejercicio de la práctica en relación a la capacidad de las personas: el cambio hacia un modelo social de la discapacidad, que se encuentra en pleno ejercicio. Sin embargo, los sistemas de apoyo todavía carecen de una consolidación plena, del mismo modo que las estrategias de abordaje social y comunitario.

El otro cambio paradigmático relevante que la LNSM propone es el paso de un modelo institucional a otro basado en la integración en la comunidad, con el objetivo de establecer una progresiva desinstitucionalización mediante la consolidación de una red de servicios, una atención territorial, accesible, descentralizada, participativa e integral, que sostenga valores de solidaridad y equidad. Este ideal o norte al cual apunta la legislación en sus intenciones ha quedado muy postergado, e incluso parece haber retrocedido en algunos aspectos en comparación a la situación previa.

El último cambio paradigmático propuesto se da en materia de adicciones, dado que la legislación no solo sostiene que estas deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental, sino que concibe a la “adicta” o el “adicto” como sujeto de derecho y favorece abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, de base comunitaria, que permitan un mayor acceso a las instituciones desde una perspectiva integral. La LNSM plantea que el eje de los abordajes en esta temática debe priorizar la estrategia de reducción de riesgos y daños. Sin embargo, el avance en estos aspectos es una gran deuda en materia de cumplimiento e implementación. El paradigma de reducción de riesgos y daños casi no tiene desarrollo en nuestro medio y la atención de NNyA con consumo de sustancias en instituciones de salud presenta aún grandes resistencias.

La LNSM en su artículo 14 plantea que “la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social”. De este modo, ubica su carácter de excepcional y restrictivo. Sin embargo, en nuestro medio la inter-

nación de NNyA se ha convertido, en la mayor parte, de los casos en la puerta de entrada del sistema de salud mental (Crespo Kaul, Folgar y Muñoz Genestaux, 2019).

La internación de NNyA es entendida como involuntaria, por lo que todas las prácticas y acciones que se dan en ese marco deben responder a los estándares previstos por la legislación. Esto supone un ejercicio estricto de los derechos de NNyA y cada vulneración de estos debe ser denunciada y por lo tanto sancionada.

Analizar estos aspectos de la internación de NNyA tanto en su devenir histórico, en su relación con los cambios paradigmáticos y legislativos, como en su dimensión simbólica y vivencial nos permitirá observar el grado de acercamiento que existe hacia los postulados de la LNSM.

## **Internaciones por salud mental: de ayer a hoy, de allá y de acá**

El manicomio, como estructura de control social, tuvo sus comienzos en las llamadas “naves de los locos”, que aparecieron en el Renacimiento como una de las formas de segregación de los “insensatos”. Se los expulsaba de las ciudades y se los entregaba a los marineros para que los llevaran en sus barcos lo más lejos posible. La finalidad de este aislamiento masivo no era su tratamiento sino proteger a la sociedad de quienes infringían las normas sociales (Foucault, 1967; Sampayo, 2005).

El origen de las internaciones en salud mental, como abordaje institucional, se remonta al siglo XV y es importante destacar que el asilo o manicomio como institución total de control social es más antigua que la prisión como pena (Zaffaroni, 2011).

A partir del siglo XVIII comenzó una transformación, centrada en la caracterización del loco como una figura de riesgo y peligrosidad, que dio inicio a la institucionalización de la locura por la psiquiatría y el ordenamiento del espacio hospitalario por los profesionales de esa disciplina. Desde ese momento, se asoció a la locura con el concepto de enfermedad mental, formulado por la medicina, que propiciaba una estructura de castigo y tratamiento (Amarante, 2009). El movimiento fundador del campo psiquiátrico establecía una población diferenciada a la cual se estudió en gran profundidad y originó diversas corrientes teóricas. Esta población era recluida en lugares especializados, más tarde nombrados como “hospitales”, cuya herencia llega a nuestros días. Finalmente se estableció que esa población, recluida en esos lugares, debía estar bajo el control de especialistas diferenciados, lo cual daría lugar a

la psiquiatría como especialidad médica, que fue la última en ser reconocida como tal.

El modelo asilar, de clausura, comenzó a ser cuestionado a fines de la década de 1950. Las reformas psiquiátricas en el escenario de la posguerra dieron lugar a distintas maneras alternativas de abordar el padecimiento mental. Como respuesta a la crítica al modelo asilar se desarrollaron la Comunidad Terapéutica y la Psicoterapia Institucional en Inglaterra, la Psicoterapia institucional y la Psiquiatría de Sector en Francia, la Psiquiatría Comunitaria/Preventiva en los Estados Unidos y la Psiquiatría Democrática en Italia. El modelo asilar de grandes hospitales comenzó una declinación que llevó a que los manicomios se achicaran o cerraran.

Argentina incorporó versiones vernáculas de algunas de estas propuestas alternativas al manicomio. Enrique Pichón Rivière, José Bleger, Mauricio Goldenberg y Valentín Barenblit fueron algunos exponentes de un movimiento que revisó la misión del hospital psiquiátrico y logró incorporar otras prácticas (Ottaviano, 2011). Pero estas propuestas locales detuvieron su avance promediando la década de 1970 cuando los enfoques comunitarios fueron interrumpidos brutalmente durante la dictadura militar y se retomaron tibiamente con el retorno de la democracia, aunque sin lograr transicionar hacia reformas más profundas, como sí pasó en otras partes del mundo (Agrest et al., 2018).

En 1990, la Declaración de Caracas estableció una serie de pilares y fundamentos para orientar los procesos de reforma psiquiátrica en la región de las Américas. En este consenso se promovió la idea de que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el hospital psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención y por acciones de salvaguarda de los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales, al mismo tiempo que se producía un fortalecimiento de la atención primaria. Sus ideas, casi treinta años después, pueden parecer tan simples como difíciles de refutar. Sin embargo, cambios en tal sentido solo tuvieron impactos desiguales en los países que firmaron la declaración y sus aspiraciones se encuentran todavía algo lejanas en muchos de ellos, entre los que cabe contar a la Argentina (Agrest et al., 2018).

En la década de 1990 se reinauguró un período filantrópico en nuestro país. La implantación de un modelo neoliberal permitió la consolidación de un Estado con injerencias mínimas de intervención en lo social. La atención de la salud mental en el ámbito de lo público fue deteriorándose progresivamente. En el año 2000 se sancionó en la CABA la Ley de Salud Mental N° 448 con una impronta progresista en materia de readecuación de los servicios de

salud mental. Pese a ello, lejos de crear y fortalecer dispositivos de salud mental comunitaria, los recursos fueron invertidos predominantemente en hospitales psiquiátricos. La ausencia de abordajes y dispositivos comunitarios y de fortalecimiento del primer nivel de atención para el tratamiento de NNyA con trastornos mentales graves, así como la falta de capacitación de recursos humanos hacia aquel modelo determinó, en frecuentes ocasiones, que el único recurso con el que contaba el sistema de salud frente al intenso sufrimiento psíquico de NNyA fuera la internación, una respuesta que favorecía las prácticas asilares disciplinarias (Barcala, 2019).

Una de las problemáticas de mayor complejidad es la de dimensionar con precisión la magnitud de la situación de NNyA en contextos de encierro dada la ausencia de sistemas de información (Vommaro, Barcala y Rangel, 2018). Hasta 2010, cuando se promulgó la Ley 26.657, los datos epidemiológicos en salud mental en la niñez y adolescencia mostraban inconsistencia y poca confiabilidad, y solamente se consignaba el número de egresos hospitalarios: con ellos es posible advertir que entre 1993 y 2005 se duplicaron los egresos del Hospital Psiquiátrico Infantojuvenil Tobar García, la institución pública con sede en la CABA, ya que pasaron de ser 193 anuales a 355 (Barcala, 2011; Torricelli y Barcala, 2004). Del mismo modo, en el Hospital de Urgencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, donde se interna a adolescentes desde los 16 años, se verificaba una tendencia en aumento del promedio correspondiente a salud mental; esto se atribuye, entre otras causas, a la ausencia de dispositivos alternativos o disponibilidad de recursos en los efectores existentes (AGT, 2014).

La dimensión de la internación de NNyA en situación de vulnerabilidad social se constató de una manera empírica a partir de la creación de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad de la Defensoría General de la Nación. Un importante trabajo de sistematización realizado por ella arrojó que las y los NNyA eran internados en 28 instituciones (12 de ellas eran públicas y reunían al 72% de las y los NNyA, en tanto que las 16 instituciones restantes eran privadas). También se informó que desde el 1 de julio de 2012 hasta el 31 de mayo de 2014 la Unidad de Letrados ejerció la defensa técnica en 1.718 casos de NNyA, es decir que en esos dos años hubo un promedio de 71 casos mensuales nuevos. El informe precisó que el 8,71% tenía entre 5 y 12 años y el 91,29% restante, entre 13 a 17 años; que había un número similar de mujeres y hombres; que 140 provenían de instituciones y 130 de situación de calle; que el 37% era tratado por adicciones y casi el 10% por patología dual (consumo problemático y padecimiento mental). Asimismo, las cifras pusieron en evidencia la ausencia e inadecuación de dispositivos de cuidados alternativos a la internación, ya

que el 45% había tenido internaciones anteriores y uno de cada tres casos había abandonado el tratamiento (MPD, 2015).

En los años subsiguientes este número aumentó. Durante 2014 se recibieron 1.015 nuevas comunicaciones y en 2015 ejercieron la defensa técnica de 1.200 NNyA internados en instituciones de salud mental (MPD, 2016). Desde su creación, en un período de más de 10 años (30/05/2012 - 31/12/22), la Unidad de Letrados intervino en 11.303 internaciones de NNyA.

## Análisis del sistema de salud mental en la CABA

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 supone un norte, un plan sobre la cual edificar las instituciones, las prácticas, y sostener los enunciados que cada persona articula cuando se trata de hablar de salud mental. La trama de coordenadas, campos y miradas se relacionan, se gestan en los imaginarios sociales de nuestra generación e incluso se nutren de aquellas que la precedieron para construir y sostener el escenario actual.

El sistema de salud mental ha experimentado, en términos generales, escasos cambios estructurales en los últimos 10 años y la falta de abordajes integrales de los padecimientos de NNyA han llevado a la sobrecarga de las internaciones como modalidad de respuesta, en especial en las instituciones monovalentes.

La falta de voluntad política en la creación de políticas públicas integrales y la designación de recursos parecieran exceder la resistencia ideológica. En este sentido, en más de una década de vigencia de la LNSM han pasado varios gobiernos en la administración nacional con perfiles ideológicos distintos y en la CABA hubo muchos cambios a nivel de cargos jerárquicos en distintas áreas relacionadas y no se ha evidenciado un cambio trascendente del sistema de atención de la salud mental.

Por otro lado, la relación que existe entre las representaciones sociales de los padecimientos de salud mental y los dispositivos de atención que requiere continúa casi invariable en el sector de la salud. Esto determina que la respuesta habitual en NNyA, ante la necesidad de abordaje de un trastorno por salud mental, sea la de consultar a un dispositivo especializado y, si requiere de internación, debe concurrir habitualmente a una institución monovalente.

Cuando mayor es la complejidad de la situación, al agregar a la problemática de salud mental una grave vulneración de derechos, consumo de sustancias y/o situación de calle, el pedido, la sugerencia o la indicación de profesionales, familiares y otros organismos que intervienen, es la de alojar a esa persona en un lugar “cerrado”. Este

escenario, frecuente en nuestro medio, se relaciona con el modelo asilar y la idea de peligrosidad que tanto las normativas nacionales como internacionales proponen erradicar. Desde esta mirada sobre el abordaje de la salud mental, las ideas centrales de la LNSM quedan por fuera de las prácticas habituales como, por ejemplo, que el abordaje de la salud mental sea predominantemente comunitario y que las internaciones se produzcan en los hospitales generales. Por este motivo, la intención de que los hospitales monovalentes cerraran definitivamente en el año 2020 o bien se refuncionalizaran bajo una modalidad polivalente o general ha quedado obsoleta.

Las representaciones y discursos como “no son para acá” y “son para el Tobar”, reflejados en las prácticas, visibilizan circuitos de rechazo y exclusión de los servicios de salud. Esta situación es más grave y más frecuente cuando se trata de NNYA con grave vulnerabilidad social y trastornos por consumo de sustancias. Una investigación señala que este tipo de expresiones, al mismo tiempo, connota una suerte de exclusión inclusiva: inclusión en una institución psiquiátrica, en un “no lugar” (Barcala, 2019).

A menudo, las y los profesionales de las guardias hospitalarias se muestran reticentes a ingresar NNYA con trastornos por consumo de sustancias y una vez que lo hacen se muestran insistentes en la necesidad imperiosa de su pronta derivación. En esta instancia, con frecuencia se produce otro conflicto, dado que dicha derivación puede demorar excesivamente por distintos motivos. En numerosas ocasiones, los NNYA no aceptan realizar tratamiento en comunidades terapéuticas y la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones de la CABA solo ofrece vacantes en instituciones de ese tipo, que requieren voluntad de tratamiento de la persona para su internación. Un tercer escenario es cuando se define una estrategia de derivación a un hogar terapéutico y abordaje terapéutico ambulatorio en adicciones. La limitante para la prolongación de la internación en este caso suele ser el recurso de hogar terapéutico, dependiente de la Dirección de Salud Mental de dicha localidad.

Por último, hay que considerar que los NNYA con consumo problemático de sustancias y alta vulnerabilidad social tienen escasa adherencia terapéutica a los abordajes terapéuticos habitualmente propuestos. Por este motivo, se suelen retirar de las comunidades terapéuticas a las que son derivadas y derivados y no sostienen tampoco las estrategias de tipo ambulatorio. De este modo, se suele producir un fenómeno de deriva institucional (Barcala, 2011), a modo de puerta giratoria en la que entran y salen de distintas comunidades terapéuticas, guardias y otros dispositivos sin realizar un tratamiento efectivo.

Otro escenario complejo y problemático es que una cantidad im-

portante de NNyA no tienen quien los espere y aloje cuando salen de una internación por salud mental. Si bien la LNSM exige que ninguna internación se prolongue innecesariamente cuando ya no exista un riesgo cierto e inminente que la justifique, en NNyA que esperan ser derivados a un hogar esta espera suele ser prolongada y, en ocasiones, dramática, provocando en ellas y ellos efectos iatrogénicos muy difíciles de dimensionar. El promedio de días que permanecen internados, que esperan su derivación a un hogar, es sensiblemente mayor que quienes vuelven con sus referentes afectivos a su domicilio.

De este modo, se establece una relación muy estrecha entre los dispositivos de internación de NNyA por motivos de salud mental y los dispositivos de alojamiento como un tránsito continuo de institucionalización, transinstitucionalización, medicalización y cronicación del sufrimiento psíquico (Barcala et al., 2019). Por último, en relación a NNyA en conflicto con la ley penal, se ha demostrado que gran parte de quienes antes eran institucionalizados en el sistema penal juvenil han migrado a las internaciones por salud mental (Guemureman, 2018). Este hecho abre la puerta a muchos interrogantes sobre las respuestas punitivistas y su lugar actual, como así también la relevancia que adquiere la mirada científica o médica que convierte en rótulos, muchas veces, situaciones que no puede abordar en su real complejidad y, por lo tanto, las reduce inexorablemente a sujetos pasibles de ser medicados con la esperanza no tan oculta de cierta normatización.

Casi no parece haber dudas en que la internación, como dispositivo ante una situación grave o de urgencia, sirve o ayuda a NNyA a superar el momento agudo. Sin embargo, si el contexto socio comunitario no tiene transformaciones y los recursos de atención ambulatoria no se desarrollan y crecen, el dispositivo de internación se convierte, frecuentemente, en un parche persistente del sistema o una manera de segregar, por algún tiempo, lo que se resulta problemático.

## ¿Qué significa estar internado?

Esta pregunta es la médula espinal de las vivencias de NNyA internados. No tiene, como podrán adivinar, una sola respuesta posible. Cada NNyA reconoce, expresa o relata una vivencia diferente cuando se le pregunta por la internación.

A veces tenemos la sensación de que la realidad que observamos desde nuestra ventana no es más que la punta de un ovillo de lana muy grande cuya dimensión total y consecuencias más cercanas y directas son muy graves.

La internación por razones de salud mental y adicciones representa quizás el momento más crítico y atemorizante de la vida de una persona. Esto adquiere una trascendencia mayor al entender que ocurre en un momento de la vida de cada NNYA en que transita su desarrollo psicofísico, por lo que tiene la potencialidad de dejar marcas imborrables, cicatrices inocultables. Y si bien en la gran mayoría de los casos puede ser un evento circunstancial o único, para muchos esta situación se multiplica en varias oportunidades e incluso en innumerables días, meses y años de internación. Existen además algunos agravantes dado que para varios NNYA de los que hablamos, esa situación no es lo más grave que les ocurre. La marginalidad, la situación de calle, el abandono, la violencia, el consumo de sustancias y la ilegalidad son algunos de los escenarios de los cuales vienen y que les esperan, muchas veces, fuera de un hospital. Sin embargo, volviendo al punto inicial, si tomamos la punta del ovillo, podemos entender que suelen ser un eslabón de tramas familiares igual de vulnerables y desgranadas.

La internación puede ser vivenciada o resignificada de variadas formas. En sí misma puede ser una intervención terapéutica. Es decir, el hecho de aislar a una persona de su entorno o introducirla en una institución puede convertirse en una pausa o un momento reflexivo diferenciado donde tramitar conflictos de un modo diferente. A su vez, la internación puede ser un paréntesis necesario en un entorno familiar muy conflictivo. Sin embargo, también es vivido muchas veces como un encierro injusto, como un castigo o, incluso, como una señal de fracaso. Cada una de estas significaciones o simbolizaciones se exponen de forma cotidiana en los diálogos mantenidos con las niñas, niños y adolescentes, cuya percepción de sus vivencias, a veces, cambia a lo largo de la internación.

Es frecuente encontrar NNYA que verbalizan prejuicios y miedos que tenían antes de la internación y que reconocen la necesidad e, incluso, la utilidad de haber pasado por esa experiencia. En el otro extremo encontramos a quienes sienten estar perdiendo el tiempo y que el encierro solo empeora su situación. En el medio existe un espectro muy variado de situaciones en las que se combinan de diversas formas la conciencia de situación y enfermedad con los síntomas psicopatológicos, las reflexiones y percepciones propias de cada uno, haciendo de cada vivencia un universo distinto y único.

El sentido de la tarea de las y los profesionales de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad es darle un espacio de escucha a cada NNYA donde pueda expresar lo que siente y piensa, para que su voz sea tenida en cuenta y sus derechos sean respetados. La experiencia de trabajo y el camino recorrido han demostrado que detrás del padecimiento mental, los síntomas y diagnósticos,

existe siempre alguien cuyas necesidades y demandas deben ser escuchadas. Muchas veces requieren una explicación, un apoyo o una solución. En el contrato de medios que aceptamos, debemos hacer todo lo posible por intentar ayudar a esas y esos NNyA. Muchas veces resulta ingrato entender que no está en nuestras manos la posibilidad de resolver ciertas demandas, pero intentar encontrar puentes de diálogo, reconstruir redes socio-comunitarias, conseguir recursos terapéuticos e incluso ofrecernos para jugar un rato son acciones que pueden cambiar su situación y vivencia.

Algo similar ocurre con los padres, familiares y referentes afectivos. La vivencia que tienen de lo que le pasa a su hija o hijo, sobrina o sobrino, nieta o nieto, o cualquiera sea el vínculo que tengan, puede ser muy disímil. Entablar un diálogo con esas personas pone inevitablemente a las y los profesionales en un lugar de tensión y emocionalidad muy elevada. Familiares y referentes afectivos se suelen enfrentar a un sistema de salud mental disgregado, complejo y con numerosos organismos y programas que intervienen, situación que les causa angustia, frustración y enojo, entre tantas emociones comprensibles. A ello se debe sumar que el padecimiento de salud mental de NNyA tiene relación directa con el funcionamiento familiar o su ausencia. El hecho de convertirnos en interlocutores de estas personas con el objetivo implícito y explícito de ayudarlas tiene consecuencias notables: desarmar prejuicios, ofrecer información certera e incluso explicar el sentido de una internación y la función del equipo de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad suele ofrecer tranquilidad y calma. Del mismo modo, el vínculo que se establece busca encontrar, de modos bastante pragmáticos, posibles soluciones a conflictos, falencias de todo tipo y necesidades concretas.

En lo personal, además de la vivencia propia de la internación, del padecimiento concreto, el tratamiento instaurado y las condiciones de alojamiento en la institución donde se encuentra, suelo buscar en cada NNyA aquello que lo conecta con su salud mental. Con esto quiero expresar que lo que resulta saludable poco tiene que ver con lo que suelen decir los informes médicos, las hojas de admisión o los expedientes judiciales. En numerosas entrevistas indago acerca de los intereses que tiene cada NNyA a través de preguntas como “¿A qué te gusta jugar?” “¿Qué es lo que más extrañas de estar en tu casa o afuera de la internación?” “¿Qué comida te gusta más?” “¿Cuál es tu película, serie o programa favorito?”; entre otras. Lejos de ser inocente, esta forma de dialogar busca un sentido más allá de los muros de la institución y de la enfermedad, incluso más allá también de los muros de la medicación. Un niño que extraña a su perro, una adolescente a la que le gusta el trap o un chico que por las tardes juega al fútbol son escenas cotidianas y cercanas que

también existen en las y los NNyA internadas o internados. Sin embargo, también existen muchos que no juegan, que no desean, que no extrañan. Allí hay un síntoma grave, un padecimiento agudo que puede ser evidenciado a partir de esas preguntas.

El juego, incluso desde una perspectiva terapéutica, debe ser parte también de los abordajes institucionales de NNyA internados por salud mental y/o adicciones. En más de una década de trabajo en la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad hemos planteado innumerables veces la necesidad de incorporar en hospitales, clínicas y comunidades terapéuticas actividades lúdicas, recreativas y artísticas como parte integral del dispositivo de internación. Es frecuente que se olvide o se deje de lado el hecho de que las personas con padecimiento mental no deben estar cercenadas a una habitación, ni esperando solamente al próximo espacio terapéutico con su psiquiatra, psicóloga o psicólogo, sino que por el contrario deben estar integradas en variadas y frecuentes actividades, incorporando incluso una perspectiva grupal.

Intentar conectar con las vivencias de cada NNyA internado nos acerca y nos ubica en un lugar empático desde el cual nuestro trabajo es considerablemente mejor. Si entendemos lo que sienten, piensan y desean; si realmente conectamos con sus necesidades, sus recursos y potencialidades es más fácil defender sus derechos y luchar por los recursos y adecuaciones de un sistema que aún tiene mucho por mejorar.

## Detrás de las palabras

Los fundamentos e ideologías que subyacen a toda ley dan cuenta también de un recorrido por la significación de las palabras, por su implicancia e impregnación en los modos de concebir la realidad que rodea a un lugar y época particular. Sin embargo, como es habitual en el lenguaje, las palabras aparentemente sencillas de entender suelen esconder una realidad muy difícil de definir y acotar (Romanach Cabrero, 2009). Las palabras libertad, igualdad, dignidad y derechos no solamente son bellas en sí mismas, sino que también abren el horizonte situando nuestras acciones en la búsqueda de una utopía, en el sentido de aquel lugar ideal al que quizás nunca llegaremos, pero al que nunca debemos dejar de intentar llegar. Como dice el escritor Eduardo Galeano (1998): “La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. Entonces ¿para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar”.

Sobre la libertad mucho se ha hablado, escrito y expresado desde ámbitos muy diferentes. Visto desde el lugar que me ocupa hoy en

día, es quizás el concepto más significativo. Por un lado, pensando que el padecimiento psíquico, por sí mismo, restringe la libertad de las personas y, por otro lado, dado que quienes son internados por razones de salud mental o adicciones son privados de su libertad. Se da de este modo una doble restricción en la libertad: la primera, por su padecimiento; la segunda, por su tratamiento. Pero analizando el término a la luz de las garantías que un Estado debe ofrecer a sus ciudadanos, resulta esclarecedor pensar que la libertad no consiste ya en la ausencia de leyes, sino en la presencia de leyes íntimamente queridas e internamente asumidas. (Bobbio, 1991).

Claramente, la igualdad es otra de las utopías más perseguidas en la historia de nuestra humanidad y como principio rector de leyes y convenciones ha sido un eje paradigmático de casi todos los consensos que hoy nos rigen. Pese a ello, Luis Ferrajoli (Ciuro Caldani, Novelli y Pezzeta, 2007) afirmó que “en el plano jurídico los hombres son incomparablemente más iguales que en cualquier otra época, en virtud de tantas cartas y declaraciones de derechos. Pero también son incomparablemente más desiguales en los hechos”. Hablar de igualdad, sin embargo, no implica desconocer la singularidad de los seres humanos, sino que exista un respeto por la diferencia o bien, por la diversidad (Romanach Cabrero, 2009).

Esto se encuentra presente en todos los artículos que se manifiestan en contra de la discriminación. Tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos como la Convención sobre los Derechos del Niño en su artículo 2 hablan de que “toda persona tiene los derechos y libertades, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (Federación Mundial de la Salud, 1989; Unicef, 2006). La ley N° 26.657, por su parte, lo lleva al plano de la salud mental aclarando que:

[...] en ningún caso puede hacerse diagnóstico 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 prevalentes en la comunidad donde vive la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

La igualdad entre todos los seres humanos respecto a los derechos fundamentales es el resultado de un proceso de gradual eliminación de discriminaciones y, por consiguiente, de unificaciones de aquello que se venía reconociendo como idéntico: una naturaleza común del hombre por encima de toda diferencia de sexo, raza, religión, etc. (Bobbio, 1991).

Sin embargo, nuestra sociedad aún se encuentra atravesada por los prejuicios y discriminaciones que producen marginados del sistema. Estos NNyA son verdaderos “expulsados del sistema”, en palabras de Duschatzky y Corea (2002), que remiten directamente a la idea de peligrosidad que todas las regulaciones intentan despegar de la salud mental. Esta situación es aún más dramática en los bordes con la adicción que, si bien en la letra de la LNSM forma parte de la salud mental (LNSM, art. 4), pareciera no estar integrada aún. Quienes tienen extrema vulnerabilidad social, consumo problemático de sustancias y se ven envueltos en situaciones de conflicto con la ley penal son ubicados en un lugar especial, un espacio diferente en el cual persiste la marca de “peligroso”. Esto conlleva un enorme costo social porque son NNyA que no solo pierden su trato en igualdad, sino que además quedan aislados, expulsados, más allá de la posibilidad de un entramado social que los contenga. Si el problema que se enfoca es la sustancia adictiva, la persona y su subjetividad se borran.

De esta manera, debemos ir eliminando discriminaciones sobre la base de un proceso gradual. Pero, paradójicamente, cuando ingresamos en dispositivos de internación, hemos observado que se tiende a igualar las diferencias desde un lugar que invisibiliza lo particular, lo más genuino de la persona. Tratar con un ser humano es reconocerlo como un otro, por lo que el hecho de utilizar construcciones teóricas (diagnósticos) para orientar prácticas o poder sostener un lenguaje en común no autoriza a borrar la esencia de las personas. Porque además puede dejar afuera aquello que realmente afecta a cada uno y que poco tiene que ver con su “diagnóstico”. Podríamos decir que reconocer la igualdad de las personas no implica homogeneizarlas, normatizarlas: somos iguales en cuanto a derechos y libertades, no en cuanto a características, particularidades, gustos y elecciones. Esto que se plantea no implica que debamos prescindir de la enfermedad, sino que, para entrar en relación con una persona, consideramos necesario no tener en cuenta la etiqueta que la define:

Yo entro en relación con un hombre o una mujer por lo que es y no por la etiqueta que lleva. Es necesario aproximarse a la enferma o el enfermo poniendo la enfermedad entre paréntesis, porque la definición del síndrome ha alcanzado ya el peso de un juicio de valor, de una etiqueta que sobrepasa la significación real de la enfermedad en sí misma. El diagnóstico tiene el valor de un juicio discriminatorio, sin que por ello se niegue que la o el paciente esté, de algún modo, enfermo. Entonces, lo esencial es tomar conciencia de lo que representa este individuo para mí, cuál es la realidad social en que vive y cuál es la relación con esta realidad (Basaglia, 1972).

Si nos permitimos ver como lo hace quien busca más allá de las etiquetas y más allá de los diagnósticos, se introduce en esa relación una dimensión muy importante, que es la dignidad. No solamente las personas deben ser tratadas sin discriminación, sino que deben recibir un trato digno. Los grandes valores de libertad, de igualdad, de solidaridad o de seguridad y los derechos fundamentales de todas las generaciones existen precisamente porque el objetivo último es el desarrollo de la dignidad de la persona humana (Bobbio, 1991).

Desde hace varios siglos, al menos, el mundo intenta avanzar en la protección de la vida y en los últimos decenios se ha centrado en la protección de los derechos. Pese a ello, que todas las palabras que se han dicho instituyan un cambio depende que cada una y cada uno. Depende de todos.

Los dispositivos y las instituciones que hoy existen no pueden dar respuestas a muchas injusticias de la sociedad: habrá que reformularlos o crear nuevos dispositivos e instituciones porque la inercia ya no funciona. No es solamente desde adentro de un servicio de internación de un hospital donde debemos transformar las prácticas. Si partimos desde ahí, ya perdimos una oportunidad importante.

El cambio social, personal, en su dimensión más íntima, debe empezar en el barrio, en la casa. Ahí donde el problema del vecino escapa a su posibilidad de contención debe aparecer un abordaje solidario. Y digo “solidario” en un sentido amplio: no como responsabilidad de cada persona sino grupalmente y hasta institucionalmente. Justamente, por eso debemos pensar las instituciones desde el cotidiano devenir de dificultades de los que habitan el espacio por fuera de la salud mental, pero embebidos en la problemática diaria de la crisis social, económica, institucional y familiar. Desde allí debemos pensar a quienes hoy llegan por la puerta grande del hospital, cuando ya todo ocurrió y nada ni nadie alcanzó para evitar el desborde.

Sabemos que existen las herramientas; ya está la legislación (perfectible tal vez) y hay voluntades (perfectibles también). Entonces, ¿de qué manera vamos a cerrar la brecha para que teoría y práctica no sean diferentes?

Importan dos maneras de concebir el mundo.

Una, salvarse solo, arrojar ciegamente los demás de la balsa

y la otra, un destino de salvarse con todos,

comprometer la vida hasta el último náufrago,

no dormir esta noche si hay un niño en la calle.

(Tejada Gómez, 1958)

## Bibliografía

Agrest, M., Mascayano, F., Teodoro de Assis, R., Molina-Bulla, C. y Ardila-Gómez, S. 2018. "Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación". En Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXIX, 334-345.

AGT (2014). Salud Mental. Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad. Documento de trabajo N° 21, febrero. Asesoría General Tutelar. Ministerio Público Tutelar.

Amarante, P. 1995. Loucos pela vida: a trajetória de reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.

Amarante, P. 2009. Superar el manicomio: Salud mental y atención psicosocial. Buenos Aires: Topia.

Barcala, A. 2011. "Dispositivos e intervenciones en salud mental infantil en la Ciudad de Buenos Aires". Premio Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2011. 53-81.

Barcala, A. 2019. "Discursos en salud mental: construcción de subjetividades en la niñez en la ciudad de Buenos Aires". En Interface-Comunicação, Saúde, Educação, (23), 1-17.

Barcala, A., Luciani Conde, L., Wilner, A., Tisera, C. y Prol, G. 2019. "Niñez y violencias institucionales en la internación por salud mental: estudio exploratorio en la Ciudad de Buenos Aires", en A. Barcala y L. Poverene (comps.). Salud mental y derechos humanos en la infancia y adolescencias, 249-260. Remedios de Escalada: De la UNLa.

Basaglia, F. 1972. La institución negada. Turín: Einaudi.

Bobbio, N. 1991. El tiempo de los Derechos. Madrid: Sistema.

Crespo Kaul, H., Folgar, M.L. y Muñoz Genestoux, R. 2019. Todas las rutas llevan a... Descripción trans-institucional de Internaciones de Niños, Niñas y Adolescentes en Hospitales Públicos y Privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Salud Mental y Derechos Humanos en las infancias y adolescencias. Investigaciones actuales en Argentina. Remedios de Escalada: De la UNLa, 223-237.

Ciuro Caldani, M.A., Novelli, M.H. y Pezzeta, S. (comps.) 2007. Dos filosofías del derecho argentino anticipatorias. Homenajes a Werner Goldschmidt y Carlos Cossio. Rosario: Fundación para las Investigaciones Jurídicas.

Duschatzky, S. y Corea, C. 2002. Chicos en banda. Buenos Aires: Paidós.

Federación Mundial de la Salud Mental. 1989. Declaración de los Derechos Humanos y Salud Mental. Luxor, Egipto.

Folgar, L., Menossi, M.P., Muñoz Genestoux, R., Pasquali, M.B., Britos, M.V., Carballo, D., Ruggiero, T., González Duran, P., Bosseti, S., Ossola, S. Pichón, M., Crespo Kaul, H, Olivieri, A. y Almua, S. 2019. El ejercicio efectivo de los derechos de NNyA en contextos de internaciones por salud mental. La experiencia de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad (art. 22 Ley 26.657). Revista del Ministerio Público de la Defensa de la Nación, (13)161-177.

Folgar, M.L. y Muñoz Genestoux, R. 2023. “La intervención de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad como garantía del acceso a la justicia de niños, niñas y adolescentes que se encuentran internados por salud mental en la Ciudad de Buenos Aires”. En REDPO, Revista de las Defensorías Públicas del MERCOSUR, 8-17.

Foucault, M. 1967. Historia de la locura en la época clásica (Vol. 1-2). México: Fondo de Cultura Económica.

Galeano, E. 1998. Patas arriba: la escuela del mundo al revés. Madrid: Siglo XXI.

Guemureman, S.T. 2018. “Control de legalidad en institucionalizaciones involuntarias de NNyA por Ley 26.657: diálogo entre actores y expedientes”. Derecho de Familia Thomson Reuters, 83, 227-238.

MPD. 2015. Acceso a la justicia de niñas, niños y adolescentes internados por salud mental y adicciones: testimonio 2012 - 2014. Ministerio Público de la Defensa. Buenos Aires: Defensoría General de la Nación.

MPD. 2016. “Cap. XV. Unidad de Letrados, art. 22, Ley 26.657 (personas menores de edad)”. En Informe Anual 2015, Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación.

MPD. 2018. “El ejercicio efectivo de los derechos de los NNyA en contextos de internaciones por salud mental. La experiencia de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad (art. 22 Ley 26.657) de la Defensoría General de la Nación”. En Revista del Ministerio Público de la Defensa (13), 159-176.

Ottaviano, M.L. 2011. “La Institución Psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la Salud Mental”. En Revista Electrónica de Psicología Política, 44-52.

Romañach Cabrero, J. 2009. Bioética al otro lado del espejo: la visión de las personas con diversidad funcional y el respeto a los derechos humanos. Coruña: Diversitas.

Sampayo, M. 2005. La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental (Bachelor's thesis). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata.

Tejada Gómez, A. 1958. Antología de Juan. Buenos Aires: Jorge Álvarez.

Torricelli, F. y Barcala A. 2004. "Epidemiología y salud mental: un análisis imposible para la ciudad de Buenos Aires". En Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, 15, (55), 10-19.

Vommaro, P., Barcala, A. y Rangel, L. 2018. Derechos y políticas en infancias y juventudes: diversidades, prácticas y perspectivas. Buenos Aires: CLACSO; Bogotá: Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano CINDE; Manizales: Universidad de Manizales.

Zaffaroni, R. 2011. "Criminología y Psiquiatría: El trauma del primer encuentro". En Revista Salud Mental y Comunidad, 1 (1), 25-38.

Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010).

Convención Internacional de los Derechos del Niño, 1989. Recuperado de <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>.



## Algunas aproximaciones acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y las autolesiones

### Sabrina Natalia Bossetti

Psicóloga. Universidad de Buenos Aires. Integrante del Equipo Técnico Interdisciplinario de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad Art. 22 Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación.

### Silvana Ossola

Psicóloga. Universidad del Salvador. Integrante del Equipo Técnico Interdisciplinario de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad Art. 22 Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación.

## Introducción

El siguiente trabajo intentara brindar alguna aproximación teórico-clínica a las llamadas “patologías del acto” presentes, fundamentalmente, en la adolescencia. Lo haremos desde el marco de nuestro trabajo e intervención profesional dentro del contexto de internaciones por motivos de salud mental y adicciones como parte del equipo técnico de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad, Ley 26.657.

Llamaremos “patologías del acto” a aquellos padecimientos en los cuales hay una imposibilidad de tramitar un conflicto vía la palabra. Específicamente, nos enfocaremos en los llamados Trastornos de la Conducta Alimentaria (anorexia y bulimia) y Conductas Autolesivas (acting out, pasaje al acto) desde algunas viñetas clínicas que surgen de nuestro trabajo y seguimiento de los casos desde la unidad.

Antes de avanzar, consideramos importante ubicar algunas conceptualizaciones teóricas que nos permitirán entender un poco más este tipo de padecimientos, tan actuales y presentes en la adolescencia y en nuestra época.

Las llamadas “patologías del acto”, dentro de las cuales podríamos englobar a las adicciones, anorexia, bulimia, autolesiones, conductas trasgresoras, violencia, intentos de suicidio, en principio no es

un concepto que haya surgido desde el psicoanálisis, pero hay ciertos conceptos psicoanalíticos tales como acto psicoanalítico, acting out y pasaje al acto que nos permitirán esclarecerlos. Tomaremos como referencia para el artículo el libro *Patologías del acto en la adolescencia. Aportes desde el psicoanálisis* de los autores José Barrionuevo y Alicia Cibeira. Según Barrionuevo (2021, 85):

en las patologías del acto, la impulsión o tendencia a pasar al acto es el recurso utilizado en forma prioritaria en tanto si bien el sujeto en estas problemáticas habilita el lenguaje no puede apelar al mismo en ciertas circunstancias en las cuales un pánico sin nombre, sin palabras o una intensa depresión, devastadora, hacen imposible todo procesamiento psíquico con el riesgo consiguiente de quedar a merced del goce del Otro, como objeto.

Es importante destacar que, en este tipo de patologías, aparece el cuerpo como escenario privilegiado y el acto se convierte en el recurso extraordinario para eludir efectos inmanejables, ya sea angustia, duelos, impulsividad, lo cual se observa con frecuencia en la clínica de adolescentes y jóvenes. Es en este momento donde se produce una caída de las figuras de autoridad, ley del padre u orden patriarcal, y de los ideales compartidos. Es el momento de salida a la exogamia y del pasaje de un cuerpo infantil a un cuerpo adulto.

Quisiéramos aclarar que cuando nos referimos al concepto de cuerpo estamos entendiéndolo desde una mirada psicoanalítica, como cuerpo simbólico, es decir, atravesado por el lenguaje. Se trata de un cuerpo diferente al del cuerpo biológico (organismo), que es el resultado de una construcción.

M. ingresó al hospital con bajo peso y conducta autolesiva en miembro superior izquierdo hace 20 días aproximadamente. Refiere ideación de muerte y autolítica desde hace unas semanas debido a la disfuncional vinculación con su madre y la reciente noticia sobre quien era su padre biológico, información que le había sido negada desde siempre. Lo descubre a partir de que el padre se presenta espontáneamente a su domicilio a querer dialogar con ella, pero luego corta el contacto sin explicación y la bloquea de las redes sociales. Esto le genera a M. mucha angustia e ideas de desvalorización que, sumadas al vínculo conflictivo con su madre, la llevan a un episodio autolesivo.

En esta viñeta clínica se puede ubicar cómo -en palabras de Barrionuevo (2021, 87)- las llamadas “patologías del acto”

muestran que algo no tramitado y sin anclaje en la palabra retorna como una búsqueda “loca” de salida ante la angustia o la depresión a través del acto, como acting out o como pasaje al acto, o encarnándose en el cuerpo tal como ocurre en la anore-

xia y bulimia, en procura de encontrar un lugar simbólico propio pero, como este accionar lleva el sello inconfundible de la pulsión de muerte, el fracaso es inevitable quedando el sujeto en un oscuro callejón que solo puede conducir a “nada” de deseo.

Muchas veces, observamos en los adolescentes que las “marcas” en el cuerpo son una forma fallida de calmar la angustia desbordante o de darle consistencia al cuerpo.

Una joven, N., consultada sobre por qué se había tomado varias pastillas y realizado cortes en ambos brazos como motivo de su internación, dice: “yo me sentía mal conmigo misma”; “me cansé de cosas que me dicen y me tomé las pastillas”; “siempre me hacen comentarios (...) que estoy gorda (...) que soy muy sensible”. En esta viñeta clínica se puede observar cómo el sujeto, al no poder apelar al lenguaje para poner en palabras lo que le pasa ante determinadas situaciones que lo exceden emocionalmente, recurre entonces a la acción, en una tendencia al acto. Para Barrionuevo (2021, 85):

En las patologías del acto el sistema protector o entramado de contención constituido por el lenguaje tiene puntos de debilidad o fallas no alcanzando para impedir que el sujeto quede a merced del goce del Otro, no pudiendo hacer uso de la dimensión simbólica que pone límite a dicho goce.

Es dable aclarar y marcar cierta diferencia entre las conductas autolesivas y los intentos de suicidio propiamente dichos. En el caso de las conductas autolesivas, las mismas están más bien destinadas a producir un daño físico en el propio cuerpo sin la intención de provocar la muerte; no es algo accidental, sino todo lo contrario. Son conductas que tienen intencionalidad directa, buscan tener un impacto inmediato sobre el cuerpo, como un modo fallido de calmar la angustia, por ejemplo, ante situaciones o vivencias abrumadoras e intensas. En general, ocurre en la adolescencia y se expresan en un lenguaje de acción destinado a mostrar y a develar algo que no puede discurrir por la vía de la palabra. Es decir, que observamos en la adolescente una fuerte predisposición a la acción en su tendencia al acting out, reemplazando muchas veces el decir en palabras por sobre el sentir o pensar. En palabras de Barrionuevo (2021, 138):

Las autolesiones aparecen como respuesta frente a situaciones conflictivas que pueden presentarse en vínculos familiares y amorosos, lo cual desborda al adolescente y lo lleva a actuar con y en su propio cuerpo. Buscan aliviar la tensión de esos conflictos mediante el dolor que esto le produce, adquiriendo el cortarse diferentes funciones para el sujeto: la conducta autolesiva puede funcionar como anestésico, descarga, castigo, etc. Es un intento para que el dolor de la herida supere a la angustia, la tristeza o la rabia que sienten.

Siguiendo al autor, podemos marcar la diferencia entre el concepto de acting out y pasaje al acto, entendiéndose ambos como modalidades del acto, desde una mirada psicoanalítica. Dice Barriónuevo (2021, 142) que:

En el pasaje al acto hay una descarga pulsional inconsciente que arrasa con el preconscious y se traduce en actos auto y heteroagresivos, no funciona la represión, no hay pensamiento, no hay fantasía como en el acting out. Este último es un concepto enunciado desde el psicoanálisis que hace referencia a la repetición de ciertas conductas en situaciones en las cuales el sujeto no puede expresar en palabras lo que le acontece recurriendo al actuar en un llamado al Otro.

De esta forma, a diferencia del acting out, ubicamos al suicidio logrado como un pasaje al acto del cual el sujeto no tiene retorno.

Si bien no son característicos en la adolescencia, observamos en los últimos años un incremento en niños, niñas y adolescentes, lo cual genera una gran preocupación. Desde la Unidad de Letrados, hemos registrado un aumento en el número de internaciones por motivos de salud mental y adicciones a causa de este motivo.

Con respecto a los intentos de suicidio, desde una lectura psicoanalítica, se podrían diferenciar tres tipos: (2021, 40):

- en algunos casos de intentos de suicidio, con cierta cuota de dramatismo, histrionismo e incluso impacto estético, se puede considerar la existencia de un llamado al Otro, está dirigido;
- hay otros intentos que tienen su base en la desesperanza o gran desilusión, pudiendo pensarse en estos una dificultad importante en el procesamiento de un duelo patológico o bien una melancolía de base.
- y también pueden presentarse intentos que ocurren ante intenso pánico o desesperación desbordante y sin palabras, que hacen recordar la expresión “desesperante desesperanza” de Rolla (1992), como un estado afectivo que desmante la toda posibilidad de controlarse y de recurrir al pensar.

## Acerca de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Siguiendo esta línea, podemos realizar alguna conceptualización sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), tan en auge en la cultura actual. En primer lugar, es necesario aclarar que más allá de la clasificación diagnóstica que intenta dar un orden, precisando síntomas y comportamientos específicos de los dis-

tintos cuadros que se engloban dentro de los TCA, no es posible hablar de “la anorexia o la bulimia” como estancamientos globales, sino que detrás de cada caso, de cada síntoma, debemos suponer un sujeto que sufre, al cual el síntoma representa. Asimismo, este conjunto de comportamientos debe entenderse en relación a la estructura del sujeto y sus criterios diferenciales (neurosis, psicosis, perversión). En esta línea cada situación es singular y particular, por lo cual las intervenciones deberán darse en relación a la singularidad propia de cada sujeto.

Descriptivamente hablando, los Trastornos de Conducta Alimentaria son trastornos psicológicos graves que conllevan alteraciones de la conducta alimentaria. En líneas generales, la persona afectada muestra una fuerte preocupación en relación al peso, la imagen corporal y la alimentación. Debido a estas alteraciones alimentarias, se pueden desencadenar enfermedades físicas importantes y, en casos extremos, pueden llegar a provocar la muerte.

No suelen manifestarse de repente ni aparecen sin dar ningún tipo de aviso. Son trastornos de origen multifactorial (un factor por sí solo nunca es la causa). Existen factores de tipo genético, psicológico, sociocultural, familiar y personal que intervienen en su aparición y desarrollo. Pueden aparecer en cualquier edad, aunque la adolescencia es la etapa de mayor riesgo para presentar estos padecimientos. Los más comunes son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), la Anorexia Nerviosa se caracteriza por: restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física; miedo intenso a engordar o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso; alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual. La persona presenta conductas cuyo objetivo es la pérdida de peso como la restricción en sus ingestas, las porciones comienzan a ser cada vez más pequeñas, se saltea comidas y gradualmente excluye alimentos de su plan alimentario. La insatisfacción persistente con su peso es la que sostiene las prácticas de control, por lo que hacen lo necesario para adelgazar (esconden o tiran comida, escupen la medicación, ocultan información, se pesan con objetos, etc.). Por otro lado, lentamente comienzan a evitar comidas con otras personas, lo que produce conductas de aislamiento con un alto impacto en la vida social. El pensamiento suele ser rígido, inflexible y rumiante. La comida pasa a ser el eje de lo que piensan

y hacen. Al no recibir la ingesta necesaria sufren alteraciones en el sueño (insomnio, sueño fragmentado o hipersomnia) y en el estado de ánimo. Pierden interés por las cosas, se los nota desgana- dos, con poca iniciativa, irritables, reactivos.

La Bulimia Nerviosa, por su parte, se caracteriza por: episodios recurrentes de atracones; comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo; la autoeva- luación se ve indebidamente influida por el peso corporal. El prin- cipal factor de mantenimiento del trastorno es el circuito restric- ción-atracón-purga: el paciente restringe, la restricción alimentaria conduce a un episodio de exceso/atracón, el mismo genera culpa, y esta conduce a conductas compensatorias.

Más allá de esta clasificación y entidad descriptiva es viable pen- sar a la bulimia y la anorexia como los dos extremos de una misma línea. Según Recalcati (2011):

[...] la bulimia y la anorexia no son simples alternativas en an- tagonismo, sino las dos caras de una misma moneda, donde la anorexia indica la realización del ideal del sujeto, mientras la bulimia representa su naufragio asociado a la irrupción de lo real pulsional en la escena del Ideal.

El ideal del cuerpo delgado gobierna tanto en la anorexia como en la bulimia, llevando al sujeto a distintos accionares según se encuen- tre en uno u otro polo del continuo anorexia-bulimia. La anorexia privilegia cualquier método para preservar y obtener la delgadez tan ansiada, en tanto en la bulimia se da un descarrilamiento de este ideal anoréxico llevando a los atracones, el cual luego se intenta re- cubrir a través de las distintas conductas compensatorias.

Silvia Wainsztein, en su artículo “Un tratamiento posible de la ano- rexia” (2003, 2), sitúa a la anorexia “como malestar de esta cultura que nos habita” Y señala: “No podemos dejar de pensar en el post modernismo, especialmente en su variante de apología de la estét- ica cuya práctica es el intercambio de imágenes. Los valores del mercado son regulados por el predominio de la imagen”. Además, la autora refiere que “su aparición habitual es en la adolescencia y en particular en mujeres, por lo cual intuimos su relación con la se- xualidad por un lado y con la feminidad por otro” (2003, 2-3) y que:

La aparición de los caracteres sexuales secundarios\*<sup>1</sup> implica una

---

1 Según Wikipedia: “Las características sexuales secundarias o caracteres se- xuales secundarios son características que aparecen durante la pubertad en

nueva imagen del cuerpo difícil de subjetivar por quien la adolece. Este cambio es vivido en forma traumática por los requerimientos de la sexualidad que se ponen en juego.” (...) “La anorexia es a la depresión lo que la bulimia al estado de manía, por lo tanto lo común es un duelo que no termina de producirse (2003, 5).

Más adelante, la autora hace otra apreciación de la anorexia-bulimia, entendiéndose también como dos caras de una misma moneda:

Otra apreciación posible es que en la anorexia se trata del intento de separación del cuerpo de la madre, en el sentido que Lacan dice en el Seminario Encoré: “los caracteres sexuales secundarios son de la madre. En la bulimia, en el atracón primero y en el vómito después, la voz del padre opera fallidamente transmitiendo la separación (2003, 5).

La joven L., de 15 años, fue internada por presentar un Trastorno de la Conducta Alimentaria severo de más de dos años de evolución, con importante descenso de peso y negativa a la ingesta de alimentos. La joven convivía con sus padres y hermanos. Según los datos recabados, la joven comenzó a presentar conductas asociadas al cuadro en diciembre de 2019. Durante los primeros días de su internación la joven requirió la utilización de una sonda nasogástrica debido a su bajo peso y su negativa a alimentarse. Lentamente, fue subiendo de peso y alcanzando parámetros clínicos estables. Luego, recibió seguimiento y atención de distintas áreas (nutrición, clínica pediátrica, salud mental y servicio social). Desde el hospital realizaron también distintas consultas con otras especialidades, como cardiología y endocrinología, que fueron necesarias por la problemática que presentaba la joven. Se mantuvieron entrevistas con el grupo familiar en forma continua. La evaluación realizada por el equipo tratante de la institución arrojó indicadores de posible violencia en el núcleo familiar y vínculos conflictivos, observándose

---

los humanos y en la madurez sexual en otros animales, aquellos signos físicos y fisiológicos de madurez sexual que se distinguen entre los dos sexos de una especie, pero no son directamente parte del sistema reproductor, por lo que no incluyen los órganos sexuales, siendo distintos de las características sexuales primarias. Los caracteres sexuales secundarios permiten distinguir a los diferentes sexos. Sus diversas etapas de desarrollo varían según las especies, las características sexuales secundarias incluyen, por ejemplo, las melenas de los leones machos. Estos tienen relación con múltiples aspectos anatómicos, funcionales o biológicos de los órganos reproductores que hay cuando se unen los gametos masculinos y femeninos.

La aparición de estos rasgos es estimulada por la producción hormonal (de andrógenos o estrógenos), que está determinada por el código genético y puede ser atrasada a través de bloqueadores de la pubertad”. Consultado en [https://es.wikipedia.org/wiki/Caracteres\\_sexuales\\_secundarios](https://es.wikipedia.org/wiki/Caracteres_sexuales_secundarios)

una dinámica particular de relación, de cierta sumisión de la madre a los lineamientos planteados por el padre. Por esto se le dio intervención al Servicio de Protección de Derechos correspondiente.

L. se presentaba poco comunicativa, por lo que se dificultaba mantener una entrevista, adoptando una posición pasiva y de ensimismamiento. Se la observaba inicialmente abúlica, por lo que cualquier propuesta de actividad era rechazada. No se observaba repercusión afectiva alguna por la complejidad de su cuadro y su pedido constante era el de su externación. Si bien quería conocer acerca de su peso y calorías que la “obligaban a ingerir”, existían datos puntuales de su evolución clínica que no le eran transmitidos (el peso, valores exactos de laboratorio, calorías que se le indicaban para su ingesta). Solía preguntar a quien la entrevistaba cómo la veíamos, y si por casualidad la respuesta del otro a su pregunta rondaba con aspectos saludables (“estás bien”, “te veo mejor”, “te está sirviendo el tratamiento”) hacía todo lo posible para contrarrestar esa situación de posible mejora, con la consecuente involución clínica. Su pensamiento era abarcado en su totalidad por el tema de la comida y todo lo relacionado a ella. Su pensamiento rígido, inquebrantable, no daba lugar a la dialéctica. Cualquier intervención parecía caer en un gran abismo, pues no había posibilidad de abrir el trabajo psíquico. La internación fue prolongada, y fue con el paso del tiempo que algunos aspectos comenzaron a modificarse, permitiendo encontrar algo de la subjetividad de L que la convocara más allá de su deseo persistente por la delgadez.

En este caso se trata de una situación clínica donde subyace una importante fragilidad narcisista que se intenta reequilibrar/controlar a través de la ilusión de una determinada imagen corporal asociada a la delgadez, principalmente. Se observa un vacío de ser, que ningún objeto puede colmar, donde ningún objeto alcanza para subsanar el vacío, la falta, que habita en el sujeto. Sostenere ese “vacío” se convierte en la meta irreductible en la anorexia porque -siguiendo a Recalcati (2011, 38)- “la abolición del vacío significaría la abolición del sujeto mismo. El vacío es entonces la condición para que pueda existir”. Por eso el sujeto con un cuadro clínico de anorexia lo defiende con todo su ser y trabaja en pos de sostener esa condición. En el caso de la bulimia, el sujeto encuentra ese vacío luego de las distintas conductas compensatorias. L. recurría a cualquier método para sostener el vacío que la definía, y evolucionar favorablemente implicaba para el otro (familia, profesionales, entorno) su mejoría, y por ende su posibilidad de vivir, pero para L. eso suponía su aniquilamiento, pues su subjetividad se definía por esa misma condición de vacío.

Otro caso de interés es el de J., de 15 años, internado por pre-

sentar un TCA de gravedad significativa. Desde hacía un año había comenzado con conductas restrictivas en la alimentación que se fueron agudizando con el paso del tiempo, por lo cual llega a la consulta por guardia con un importante descenso de peso. J. necesitaba estar continuamente en movimiento, no podía permanecer sentado o inactivo, y de manera repetitiva y perseverante reclamaba realizar ejercicios físicos. Sin registro de la gravedad de su cuadro, presentaba un pensamiento rumiante y perseverante, con fijeza de sus ideas, las cuales siempre se asociaban a la exigencia de preservar su cuerpo tal cual estaba. No había posibilidad de dialéctica alguna, sus respuestas eran monosilábicas y monotemáticas. Su mirada parecía perdida y él, absorto en sus propios pensamientos. A diferencia de la situación de L., en este caso el desarrollo del cuadro anoréxico se daba sobre una estructura psíquica de tipo psicótico, lo que conllevó a pensar en otras líneas de intervención terapéuticas.

En todos los casos, se observa cómo el cuerpo aparece en primer plano, mostrando el aniquilamiento de este y el severo compromiso del cuerpo biológico. No obstante, el sujeto que habita este cuerpo desconoce ese daño, existe una alteración global de la percepción del cuerpo y sus necesidades. Por esto, a pesar de estar en riesgo su vida, no muestra preocupación alguna y no se angustia. Es por esto que no suelen buscar tratamiento por sí mismas, sino que suelen llegar a la consulta a instancias de un otro (familia, amigos, escuela) que se alertan ante lo observable de la situación. No existe una demanda a partir de la cual instaurar un tratamiento posible, sino que es algo a construir.

Los abordajes terapéuticos de los TCA suponen desafíos importantes, en los cuales deben trabajar de manera articulada distintas disciplinas. La anorexia y la bulimia no son simples desviaciones de un comportamiento natural como es la alimentación, por lo que las intervenciones no pueden conducir a un intento por recuperar la función del apetito. Para Recalcati (2011, 37):

La hipótesis decisiva sobre la cual se sostiene nuestra práctica psicoanalítica con sujetos afectados de los así llamados trastornos alimentarios (anorexia y bulimia), consiste en considerar estos trastornos no como enfermedades del apetito- patologías de la alimentación- sino principalmente como posiciones subjetivas. Hipótesis tan elemental cuanto crucial al orientar la dirección de la cura - aquella precisamente del apetito - hacia la escucha de la palabra del sujeto y de la apertura del inconsciente que tal palabra consiente.

Las intervenciones del área de salud mental no deberían basarse en dispositivos que ubiquen a la comida/calorías, al control de la

ingesta de la persona, al peso/masa corporal en el centro, aspectos estos que podrán quedar reservados al campo de la medicina y la nutrición, trabajando de forma interdisciplinaria los distintos saberes. En cambio, deberían apuntar a construir con el sujeto un relato posible sobre su padecimiento, que posibilite el armado de un entramado simbólico que dé lugar a otras salidas y respuestas para el sufrimiento que se “esconde” tras el trastorno de la alimentación.

Volviendo al artículo de Silvia Wainsztein (2003, 2), la autora hace una reflexión interesante para poder pensar el tratamiento y una cura posible en este tipo de padecimientos:

La oferta de “curación” que ofrece el mercado sanitario intenta una solución general a esta “enfermedad”, que promueve la identidad del ser anoréxico. Lejos de erradicarla estimula su profusión. Los llamados pacientes recuperados pasan a formar parte del tratamiento de los nuevos enfermos, quienes ya pueden anticipar su destino. No habrá un cambio de posición subjetiva, sino una inversión simétrica opuesta de dicho “ser”. Si hablamos de un posible tratamiento de la anorexia, debemos intentarlo desde el discurso psicoanalítico, ya que no podemos olvidar que el término anorexia aunque sea “nerviosa” pertenece al discurso médico. En caso contrario podemos caer en la imprudencia de respuestas urgentes a las apremiantes demandas de lo social.

Es importante destacar que el trabajo clínico con este tipo de padecimientos es diferente al que nos encontramos con pacientes que se presentan con síntomas “tradicionales”. Exige de quien ocupa la posición del terapeuta de otro tipo de intervenciones clínicas, el replanteo del encuadre terapéutico, la dirección del tratamiento y sus tiempos. También, es importante destacar que, en la clínica actual, las patologías del acto son configuraciones clínicas que se presentan o despliegan en cualquier estructura psicopatológica. Es por ello que, hoy en día, no nos encontramos con un trastorno de la conducta alimentaria propiamente dicho sino, más bien, se nos presentan dentro de una estructura psicopatológica de base, sea neurosis, psicosis o las llamadas “estructuras border” al igual que con las autolesiones y los intentos de suicidio.

Se constituye como todo un desafío para el terapeuta el hecho de poder trabajar con este tipo de patologías, apostando a cierta creatividad y flexibilidad con respecto a su posición y la dirección de la cura que, en el mejor de los casos y tratándose del caso de las neurosis, podrá llegar a que el sujeto logre el reconocimiento de cierto sufrimiento y llegar a interrogarse acerca de ello a través de alguna pregunta que le permitirá alguna implicación subjetiva en eso que lo aqueja.

## Algunas consideraciones finales sobre nuestra intervención desde la Unidad de Letrados

Como parte del equipo técnico, nuestro trabajo en la defensa técnica de niños, niñas y adolescentes que están atravesando una internación por salud mental y adicciones consiste en recoger la voluntad de los mismos y “controlar” que sus tratamientos sean adecuados y no se vulneren sus derechos. Esta línea de accionar no depende del diagnóstico o motivo de internación del sujeto sino que es el andamiaje fundamental sobre el cual intervenimos en todos los casos que se nos presentan. Sin embargo, la aproximación a partir de la cual uno entra en contacto con ese NNYA que padece algún sufrimiento asociado a la salud mental cambia de acuerdo a cuál es su situación particular, su edad, su estructura psíquica, su cuadro psicopatológico o su momento particular de la internación.

En el caso particular de NNYA que presentan conductas autolesivas, intentos de suicidio o, más puntualmente, en casos de trastornos de la conducta alimentaria, en más de una oportunidad nuestra entrevista se ve condicionada por el estado físico del sujeto o por sus limitaciones concretas asociadas al cuadro clínico. Las entrevistas giran en torno al goce asociado a la “herida” recientemente realizada, al intento fallido por concretar alguna conducta autolesiva, a las dificultades para ingerir los alimentos que se le exigen o su rechazo a la colocación de una sonda nasogástrica, entre otras cuestiones que hacen al tratamiento y que el sujeto expone como pedidos concretos a la defensa (“no me permiten usar cuchillos para comer”; “es mi derecho no querer la sonda”; “no quiero comer y me deben respetar”; “necesito saber mi peso”). Estos pedidos deben reconstruirse para posibilitar la devolución de una nueva mirada. Para que esta tarea sea posible es fundamental el trabajo interdisciplinario y, más allá de no ser parte del equipo de profesionales del hospital, trabajar articuladamente con ellos. Como profesionales psi intentamos lograr escuchar la “subjetividad” de esos NNYA y, si bien no intervenimos terapéuticamente en sus tratamientos, tratamos de abordar cada caso sin caer en generalidades ni en diagnósticos que nos limiten nuestra mirada y accionar técnico. Intentamos “dejar de lado” nuestros saberes profesionales por un instante y escuchar la singularidad de quien padece, intentando “armar en conjunto” alguna versión posible por la cual cada NNYA ha llegado a esa instancia terapéutica última. En cada internación de un NNYA intentamos no perder de vista nuestra tarea como defensa técnica, pero tampoco nos dejamos “arrasar” por el sistema manicomial o sanitario del “para todos por igual”.

La internación como dispositivo clínico e institucional es un mo-

mento muy delicado para cualquier sujeto, más tratándose de personas menores de edad, de modo que intentamos ofrecer un momento de “pausa” a todo aquel que ha tenido que llegar a esa instancia de tratamiento. Sabemos que, en la clínica y con NNYA, somos muchos los que intervenimos y eso requiere de mucha disponibilidad empática para lograr un trabajo armonioso y que permita dejar alguna marca diferencial en cada internación. Algunas veces, esto es posible y, otras veces, somos parte de muchas reinternaciones hasta que algo, en algún momento, permite llegar a algún giro diferencial para la vida de ese NNYA. De todas formas, siempre y en todos los casos, es nuestra apuesta y nuestra brújula a no perder de vista en nuestro trabajo cotidiano.

## Bibliografía

Asociación Americana de Psiquiatría. 1995. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). España, Editorial Masson.

Barrionuevo, José & Alicia Cibeira (compiladores). 2021. Patologías del acto en la adolescencia. Aportes desde el psicoanálisis, Buenos Aires, Letra Viva.

Recalcati, Massimo. 2011. La última cena: Anorexia y Bulimia. Buenos Aires, Ediciones del Cifrado.

Wainsztein, Silvia. 2003. Tratamiento posible de la anorexia. Escuela Freudiana de Buenos Aires.

## El abordaje interdisciplinario de la defensa técnica en los términos del artículo 22 de la Ley 26.657. La perspectiva del abogado/a

### Daniel Alejandro Guede

Abogado (UBA). Letrado integrante de la Unidad de Letrados para Personas Menores de Edad Artículo 22 Ley 26.657.

### María Cecilia De Luca

Abogada (UBA). Letrada integrante de la Unidad de Letrados para Personas Menores de Edad Artículo 22 Ley 26.657.

## Introducción. La intervención del abogado/a

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657<sup>1</sup> establece en su artículo 22 que “(l)a persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación (...)”. Es por ello que, mediante Resolución DGN N.º 516/2012, se crea la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad –en el ámbito de la Defensoría General de la Nación–, con la finalidad de brindar un servicio de defensa técnica especializada (Regla 5 y 30 de las Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad)<sup>2</sup> en el marco reconocido de la protección integral de niñas, niños y adolescentes, conforme lo norma la Ley 26.061 y la Convención sobre los Dere-

1 La ley N° 26.657 fue promulgada el 2 de diciembre de 2010 y reglamentada por Decreto N° 603/13, el 28 de mayo de 2013.

2 “Se considera niño, niña y adolescente a toda persona menor de dieciocho años de edad, salvo que haya alcanzado antes la mayoría de edad en virtud de la legislación nacional aplicable. Todo niño, niña y adolescente debe ser objeto de una especial tutela por parte de los órganos del sistema de justicia en consideración a su desarrollo evolutivo...” Regla 5, Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad, adoptadas en la Conferencia de Ministros de Justicia de los Países Iberoamericanos (COMJIB), Brasilia, Brasil, 2008.

chos del Niño. Dicha resolución facultó a la Unidad de Letrados a contar con el apoyo profesional de un equipo interdisciplinario en miras de brindar una prestación especializada conforme lo previsto por la regla 41 (“Se destaca la importancia de la actuación de equipos multidisciplinarios, conformados por profesionales de las distintas áreas, para mejorar la respuesta del sistema judicial ante la demanda de justicia de una persona en condición de vulnerabilidad...”) y la regla 64 (“Previa a la celebración del acto. Se procurará la prestación de asistencia por personal especializado (profesionales en Psicología, Trabajo Social, intérpretes, traductores u otros que se consideren necesarios) destinada a afrontar las preocupaciones y temores ligados a la celebración de la vista judicial”), ambas contenidas en las mencionadas Reglas de Brasilia. En ese entendimiento, una vez comunicada o habiendo tomado conocimiento de la internación del niño, niña o adolescente -en adelante NNyA- comienza el ejercicio de la defensa del/a abogado/a<sup>3</sup>.

Dicho ejercicio implica que el/la abogado/a en su calidad de defensor técnico de los NNyA debe velar por el respeto de sus derechos en el contexto de internación y asegurar el efectivo acceso a la justicia garantizando que su voluntad y voz sea conocida y valorada por el juez y demás operadores intervinientes.

Es importante comprender que las internaciones involuntarias por salud mental se inician por una evaluación llevada a cabo por un equipo interdisciplinario de la institución correspondiente, quien evidencia una situación de riesgo cierto inminente<sup>4</sup> para el NNyA o para terceros y, por ello, deciden su internación en un establecimiento público o privado<sup>5</sup>. Una vez que el equipo inter-

---

3 Artículo 22, Ley 26.657: “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”.

4 La reglamentación del art. 20 de la LNSM dispone que debe entenderse como riesgo cierto e inminente a “aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o a la integridad física de la persona o de terceros”.

5 Artículo 20, Ley 26.657. “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 pri-

disciplinario dispone la internación, el art. 26 de la Ley 26.657 remite al procedimiento establecido en los arts. 20, 21, 22, 23, 24 y 25 del mismo cuerpo normativo.

Así las cosas, la internación de una persona menor de edad se debe notificar al juez al órgano de revisión en un plazo de 10 horas. Dentro de las 48 horas, se debe remitir el informe que refiere el art. 20 de la LNSM.

Dentro del plazo de tres días corridos desde la notificación, previa evaluación de la situación y constancias agregadas, el juez debe expedirse en relación a si autoriza o deniega la internación. No obstante ello, en algunos casos solemos tomar conocimiento de las internaciones mediante la comunicación efectuada por parte de los establecimientos de salud, durante las visitas que hacemos a las mismas instituciones, a través de la comunicación efectuada por algún familiar o mediante la consulta con algún expediente judicial en el que sea parte el NNyA. Cabe destacar que, en estos casos, debemos tomar contacto con la situación y asumir la defensa técnica del niño, niña o adolescente

Sentado todo ello, debemos concurrir a la institución a fin de tomar contacto con nuestro defendido a quien, como primera medida, debemos comunicarle los derechos que lo asisten en el marco de la internación, informarle acerca de la necesaria intervención de la justicia en el control de la internación y el alcance de nuestra intervención en los términos del artículo 22 de la Ley 26.657. Asimismo, se toma contacto con los progenitores y/o representantes legales de los NNyA y con los diversos equipos tratantes. En dichas ocasiones, solemos ir acompañados del equipo técnico de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad, compuesto por un psiquiatra, dos psicólogas y dos trabajadoras sociales. Ello habilita un abordaje integral al cuadro de salud del NNyA.

## Abordaje interdisciplinario. El rol del equipo técnico

Es crucial vislumbrar que la salud mental no puede ser compren-

---

mer 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.

Cabe aclarar, que tratándose de personas menores de edad las internaciones siempre tienen carácter de involuntarias”.

da únicamente desde un punto de vista médico y que tampoco puede abordarse de manera aislada o exclusiva desde la perspectiva legal. La interacción entre el sistema legal y la salud mental es compleja y multifacética.

De más está decir que el abogado o la abogada carece de conocimientos técnicos para poder comprender en plenitud los conceptos, diagnósticos y toda la información que establecen los equipos tratantes y que surge de la lectura de las historias clínicas. Por ello, para lograr una defensa técnica efectiva se requiere contar con el apoyo de diversas disciplinas, por lo que se trabaja en conjunto con trabajadores/as sociales, licenciados/as en psicología y médicos/as psiquiatras, entre otras especialidades. De tal forma se permite al abogado comprender términos específicos de la medicina, llevar adelante un trabajo colectivo e interdisciplinario para lo cual debe necesariamente valerse de los conocimientos que ofrecen dichas disciplinas (Bermejo & Pauletti, en Kemelmajer de Carlucci et al, 2018; 673).

Desde un primer momento, es importante trabajar de manera conjunta con nuestro equipo interdisciplinario y mantener un canal de comunicación fluido a efectos de lograr un abordaje adecuado y efectivo. Dichos profesionales acompañan al abogado a las diversas instituciones, a fin de llevar adelante entrevistas con los NNYA allí internados, con sus familias y con sus equipos tratantes. De las entrevistas conjuntas, el abogado obtiene mayor información respecto de la situación de su defendido/a, de su historia, de su familia y de las causas que dieron lugar a la internación. A su vez, se conversa con los equipos tratantes sobre el cuadro de salud, el tratamiento que debe llevar a cabo el NNYA, la medicación prescrita, su evolución y, oportunamente, se analizan las diversas estrategias de externación.

Estas intervenciones, entre el equipo técnico de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad y los/las abogados/as que ejercemos la defensa técnica de NNYA, en los términos del art. 22 de la Ley 26.657, brinda mayores precisiones respecto de la problemática de salud de cada NNYA. Ello dota a los/las letrados/as de herramientas a la hora de mantener contacto personal con el NNYA, su familia o referente afectivo y con su equipo tratante. Por otra parte, permite establecer criterios en miras de conseguir prestaciones que requiera el NNYA durante su internación, como así también arbitrar los medios necesarios para lograr el tratamiento ambulatorio acorde su cuadro de salud una vez obtenida su alta.

Cabe destacar que, para el caso en que el NNYA no contare con prestaciones adecuadas, el rol del abogado es esencial a fines de realizar las peticiones judiciales y extrajudiciales ante el organismo que corresponda (nosocomio, obra social, administración pública, expediente judicial donde tramita la internación).

## Beneficios del trabajo interdisciplinario. Argumentos.

El trabajo interdisciplinario entre abogados/as y profesionales de la salud mental en el marco del artículo 22 de la Ley 26.657 puede ser altamente beneficioso para todas las partes involucradas. A continuación, ampliaremos este punto de vista con argumentos adicionales:

- 1) **Garantía de derechos humanos:** El ejercicio del artículo 22 de la Ley 26.657 tiene como objetivo principal proteger los derechos humanos de las personas menores de edad, especialmente aquellos relacionados con la salud mental. Los/as abogados/as, al trabajar con profesionales de salud mental, pueden desempeñar un papel fundamental en la defensa y garantía de estos derechos. Esto incluye asegurar que los NNyA con padecimientos mentales reciban un trato justo en el sistema legal, en el que puedan ser escuchados, evitando la estigmatización y la discriminación. Cabe agregar que, mediante la intervención del abogado, se le garantiza al NNyA el acceso a la justicia en miras de velar por la exigibilidad de sus derechos. Todo ello, en pos de garantizar la operatividad de los derechos fundamentales para niños, niñas y adolescentes que establece la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>6</sup>.
- 2) **Resolución de conflictos:** La internación involuntaria debe ser un último recurso terapéutico en situaciones críticas de salud mental. El trabajo en conjunto con profesionales de salud mental puede ayudar a comprender mejor las circunstancias y necesidades de la persona menor de edad y buscar alternativas menos restrictivas cuando sea posible. A su vez, en muchos casos nos encontramos con NNyA usuarios del sistema tanto público como privado de salud o víctimas de abusos, negligencias y omisiones tanto de entes públicos como por particulares. En muchas situaciones, evidenciamos falta de recursos del sistema de salud. En cumplimiento con nuestro rol debemos solicitar las medidas que impliquen mejoras en la situación de la internación del NNyA y el cese de irregularidades durante las mismas<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Artículos 3, 4, 12, 19, 23, 24, 27, 28 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

<sup>7</sup> En muchos casos debemos solicitar equipo interdisciplinario fijo durante el tratamiento, que el NNyA permanezca internado en una sala adecuada separada de los adultos, mejoras en la alimentación, higiene, preservación de lazos

Por otra parte, nos vemos acorralados en un sistema de salud donde los NNyA próximos a estar de alta no cuentan con dispositivos acordes para poder llevar a cabo un tratamiento ambulatorio. Es por ello que, a requerimiento de los equipos interdisciplinarios, efectuamos peticiones a entes públicos/privados a fines de lograr que el NNyA pueda continuar el tratamiento adecuado fuera del contexto de la internación.

- 3) Protección legal y procedimientos adecuados: Los/as abogados/as pueden garantizar que se sigan los procedimientos legales en casos de internación involuntaria de NNyA, protegiendo así los derechos y la dignidad de las personas menores de edad involucradas. Esto incluye la revisión de informes médicos y la toma de decisiones velando por el interés superior de la persona menor de edad. Todo ello requiere del trabajo coordinado con el equipo técnico interdisciplinario de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad Artículo 22 de la Ley 26.657.
- 4) Legislación y políticas públicas: La colaboración entre distintas disciplinas puede influir en la formulación de leyes y políticas públicas relacionadas con la salud mental. Los/as abogados/as pueden abogar por legislación que promueva un acceso equitativo a los servicios de salud mental, la financiación adecuada y la eliminación de barreras legales que puedan obstaculizar la atención adecuada.
- 5) Educación y concientización: Los/as abogados/as, al trabajar en conjunto con profesionales de salud mental en casos de internaciones involuntarias de NNyA, pueden desempeñar un papel importante en la educación y concientización pública sobre temas relacionados con la salud mental infantil. Esto incluye la difusión de información precisa sobre sus derechos y la importancia de abordar sus necesidades de manera adecuada y respetuosa.

Todo lo hasta aquí desarrollado nos habilita a considerar que el trabajo interdisciplinario resulta más que esencial para garantizar el respeto de los derechos humanos, la justicia en el sistema legal y la promoción de la salud mental en la sociedad. En nuestro caso, ello se traduce mediante el trabajo interdisciplinario entre los profesionales que integran el equipo técnico de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad y los/as letrados/as que llevamos adelante la defensa técnica que prevé el artículo 22 de la Ley 26.657.

---

afectivos, personal de enfermería, acompañantes terapéuticos, etc.

## Ejemplo de intervención interdisciplinaria en internación de NNyA. El caso del joven M.

Para graficar lo hasta aquí señalado, podemos mencionar el caso del adolescente M. La labor que desarrollamos en esa ocasión se llevó a cabo con el valioso aporte del equipo técnico de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad, conforme al Artículo 22 de la Ley 26.657.

Previo a su internación, M. recibía tratamiento ambulatorio en los consultorios externos del Tobar García desde los 7 años (2016), debido a conductas opositoras y desafiantes, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, agresividad hacia sí mismo y hacia otros, tendencia a la fuga y rigidez del pensamiento. Asistía a un establecimiento educativo en Quilmes dos veces por semana, aunque con dificultades para cumplir con la asistencia, y participaba en un comedor comunitario donde realizaba actividades recreativas con sus pares.

En enero de 2023, su equipo tratante recomendó su internación debido a crisis de excitación psicomotriz, agresividad hacia otros y agitación. Durante su internación se llevaron a cabo distintas entrevistas con sus hermanas y referentes afectivos y se le otorgaron permisos de salida para evaluar la permanencia de M. en el seno familiar. Dado el fracaso de esas estrategias de externación, producto de la imposibilidad del grupo familiar y referentes afectivos de llevar adelante los cuidados, cumplir con las indicaciones médicas y tratamientos que requería M., se decidió la suspensión de dichos permisos.

Posteriormente, y habiendo observado su equipo tratante una evolución favorable en la situación de M., dichos profesionales consideraron adecuado su ingreso a un hogar.

Es importante destacar que, durante todo el proceso, el enfoque interdisciplinario permitió tanto cuestionar con argumentos sólidos los tratamientos y la medicación suministrada como sugerir las diversas estrategias de externación. En un principio, se instó al equipo tratante a que agoten todas las instancias a fin de que M. permaneciera en el grupo familiar; posteriormente, se solicitaron recursos (como acompañantes terapéuticos) que beneficiaron su situación. Finalmente, encontrándose en condiciones de alta y tras el fracaso de todas las estrategias intentadas, se acompañó el pedido de vacante en un hogar. Aquí es donde la labor interdisciplinaria del abogado o abogada y el equipo técnico de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad fue crucial.

Inicialmente, el PAMI -a donde M. estaba afiliado- ofreció dos instituciones, las cuales evaluaron al joven y determinaron que no cumplía

con el perfil para ser admitido en ninguna de ellas. Esto llevó a que M. fuera evaluado por una tercera institución que aceptó su ingreso. A tal fin se llevaron adelante innumerable cantidad de gestiones en forma interdisciplinaria. Se efectuaron entrevistas -tanto presenciales como por medios remotos- con los familiares y referentes afectivos de M., con el órgano administrativo de protección de los derechos de NNyA interviniente y con los representantes del PAMI. Se determinó, entre otras cuestiones, que la institución se encontraba cerca del domicilio de los familiares y referentes afectivos del joven.

Mediante la celebración de una audiencia en el marco del proceso “M. S/ s/EVALUACIÓN ART. 42 CCCN”, se logró que el PAMI aceptara cubrir la vacante de M. y se procedió a su derivación. En esa instancia la labor interdisciplinaria fue de suma importancia, ya que desde cada área de especialización (abogados/as, trabajadoras sociales, psicólogas y psiquiatras) se pudo establecer un marco en el cual tanto el responsable del PAMI como el juez de la causa pudieron comprender cabalmente las necesidades del adolescente y la estrategia sugerida por su equipo tratante.

En la actualidad, el adolescente sostiene exitosamente su estadía en el dispositivo, participa de diversos talleres, entre ellos uno de dibujo y pintura, actividad que desarrollaba durante su internación y que era de su preferencia.

## Breves palabras finales.

En este texto se ha querido señalar la importancia del trabajo interdisciplinario entre el equipo técnico de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad y los/as letrados/as que ejercen la defensa técnica prevista en los términos del art 22 y 26 de la LSNM. Se destacó que la labor de los y las que ejercemos el mandato que nos confieren los citados artículos en forma interdisciplinaria junto con los profesionales del mencionado equipo técnico ha resultado enriquecedora, colaborativa y orientada a garantizar el pleno ejercicio de los derechos de los NNyA, promoviendo al mismo tiempo la protección de la salud mental y el bienestar de la sociedad en su conjunto.

La posibilidad de contar con un equipo interdisciplinario en la Unidad enriquece la labor diaria, favorece la interrelación con los equipos tratantes de los diversos establecimientos de salud y facilita las intervenciones tanto con los NNyA como con sus grupos familiares o referentes afectivos. Ello frente a las situaciones y realidades con las que nos enfrentamos diariamente en nuestra labor, las cuales conllevan múltiples dimensiones que requieren una pluralidad de perspectivas en el abordaje.

Por eso, podemos concluir que el trabajo en equipo y en interdisciplina, nutriéndonos de diversos saberes y funciones, permite potenciar nuestra capacidad de actuación y nuestros esfuerzos en el correcto ejercicio del mandato que nos confiere la Ley Nacional de Salud Mental.

## Bibliografía

Bermejo, P., A. C. Pauletti. 2018. “Procesos de Familia”. En Kermelmajer de Carlucci, A., M. Herrera, N. Lloveras (dirs.). Tratado de derecho de Familia. t. V-B, p. 673. Rubinzal Culzoni, Santa Fe,

de Irureta, Alejo. 2022. “El rol del abogado que ejerce la defensa técnica de los niños, niñas y adolescentes internados por salud mental”. En Derecho de Familia, Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia, Número 2022 (106 sep), p. 214-217.

Unidad de Letrados de Personas Menores de edad Art. 22 Ley 26657 de la Defensoría General de la Nación. 2018. “El ejercicio efectivo de los derechos de los NNyA en contextos de internaciones por salud mental. La experiencia de la Unidad de Letrados de Personas Menores de edad” (art. 22 Ley 26.657)”. En Revista N° 13. Defensoría General de la Nación.

Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad, adoptadas en la Conferencia de Ministros de Justicia de los Países Iberoamericanos (COM-JIB), Brasilia, Brasil, 2008, <https://www.mpd.gov.ar/index.php/marconormativo-diversidad-cultural/instrumentos-internacionales/3158-las-100-reglas-de-brasilia-sobre-el-acceso-a-la-justicia-de-las-personas-en-condicion-de-vulnerabilidad>

Ley N° 26.657, promulgada el 2 de diciembre de 2010, <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Decreto N° 603/13, el 28 de mayo de 2013, <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>

Convención sobre los Derechos del Niño, promulgada el 16 de octubre de 1990, <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>



## No soy de aquí, no soy de allá. Relatos de un transitar incierto

### Mariela Pichon

Lic. en Trabajo Social (UBA). Integrante del Equipo Técnico Interdisciplinario de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación.

### Alejandra Parrotta

Lic. en Trabajo Social (UNLAM). Integrante del Equipo Técnico Interdisciplinario de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación.

### María Victoria Pacheco

Lic. en Trabajo Social (UMSA). Integrante del Equipo Técnico Interdisciplinario de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación.

- Tía háblame, tengo miedo-.
- ¿Pero de qué te sirve si no puedes verme? -.
- Hay más luz cuando alguien habla-.
- Sigmund Freud, Obras completas, Tomo VII

## Introducción

Como trabajadoras sociales del Equipo Técnico Interdisciplinario de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad de la Defensoría General de la Nación, nos encontramos trabajando diariamente con niños, niñas y adolescentes (NNyA) que transitan internaciones por motivos de salud mental, muchas veces vinculadas al consumo problemático de sustancias, algunas veces también asociadas a otros padecimientos de salud mental. Lejos de concluir en alguna certeza, nos interesa detenernos, preguntarnos y reconsiderar conceptos y prácticas sociales cotidianas que nos confrontan día a día en nuestro quehacer profesional, invitando a reflexionar acerca de esta problemática.

En esta línea proponemos: en primer lugar, realizar una breve introducción a la temática, donde brindaremos algunas definiciones pertinentes, un panorama del marco normativo y de algunos paradigmas respecto del consumo problemático de sustancias, y los abordajes que se implementan en la actualidad. En segundo lugar, intentaremos problematizar las respuestas que, fundamentalmente desde los organismos públicos del sector salud, se ofrecen para aquellos/as NNYA que transitan un consumo problemático y que, en muchos casos, requieren estar internados/as, ya que se configura una situación que los/as expone a un alto riesgo de vida. Finalmente, nos vamos a preguntar en qué medida las respuestas institucionales refuerzan o representan un nuevo problema para ese/a NNYA; qué es “lo problemático” en sus vidas (¿el consumo, sus condiciones de vida, su soledad, su entorno, todo eso junto?); qué cambios podrían implementarse en pos de generar nuevas y más asertivas respuestas; y si podemos pensar una ética del cuidado basada en los Derechos Humanos y que ello no resulte sólo una entelequia.

## Algunas definiciones previas

¿De qué hablamos cuando hablamos de consumos problemáticos? Según el Instituto Nacional de Juventudes:

Los consumos problemáticos se definen como los que afectan negativamente y en forma ocasional o crónica, aspectos de nuestra vida, como ser: nuestra relación con amigos, pareja o familia, nuestra salud psíquica o física, o nuestro desempeño en el trabajo o los estudios.<sup>1</sup>

Las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento<sup>2</sup>. Estas se pueden clasificar según distintos criterios. Desde el punto de vista de su origen, las hay naturales y producidas artificialmente. Desde el punto de vista farmacológico y del efecto que tienen a nivel del sistema nervioso central, se las clasifica en:

- Estimulantes: estimulan la actividad mental y nerviosa (anfetaminas y metanfetaminas como el éxtasis, cocaína -clorhidrato de cocaína-, pasta base, paco, crack, nicotina, cafeína).
- Depresores: producen relajación y depresión de la actividad

1 Ver <https://www.hablemosdetodo.gob.ar/consumos-info/>

2 OPS, Abuso de sustancias. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

mental (derivados naturales y sintéticos del opio, barbitúricos, benzodiacepinas, disolventes, volátiles -como los pegamentos- y el alcohol).

- Alucinógenos: producen alteraciones de la sensorio percepción, del humor y de la conciencia (LSD, ayahuasca, mezcalina, hongos alucinógenos).
- Cannabinoides: tienen una capacidad estimulante, depresora y alucinógena según la dosis y la vía de administración; incluyen la marihuana y el hachís.

Desde el punto de vista legal, diferenciamos entre sustancias lícitas e ilícitas. Las lícitas o legales, como el alcohol, el tabaco y los medicamentos, son sustancias permitidas y socialmente aceptadas, lo que no quiere decir que sus efectos sean menos nocivos. Por su parte, las sustancias ilícitas o ilegales están prohibidas de acuerdo con la legislación actual. Entre ellas se encuentra el cannabis<sup>3</sup>, la cocaína, el MDMA o éxtasis, la pasta base de cocaína y el LSD, entre otras.

Nos parece necesario partir de algunas premisas que consideramos importante señalar. El consumo de sustancias psicoactivas, como decíamos, incluye sustancias legales e ilegales, y esta diferencia resulta más que importante teniendo en cuenta que ello define a los/as usuarios/as de una u otra manera y también los/as ubica en lugares “más o menos problemáticos” a nivel social. El alcohol es una sustancia psicoactiva que tiene una incidencia muy alta de consumo social, como así también se relaciona con múltiples problemas asociados (por ejemplo, los accidentes de tránsito, donde el grupo etario en el que más incidencia tiene es el de personas de 15 a 34 años<sup>4</sup>); sin embargo, culturalmente se encuentran velados los prejuicios respecto de su consumo. Sin ir más lejos, podemos observar cotidianamente publicidades que asocian su consumo al placer y al festejo, y que distan mucho de plantearlo como un posible problema de salud pública. En esta línea, Argentina es el segundo país con mayor consumo de alcohol de América del Sur.

---

3 Cabe destacar que la Ley 27.669 (sancionada en 2022) establece el marco regulatorio para el desarrollo de la industria del cannabis medicinal y el cáñamo industrial. Si bien se encuentran en curso diversas investigaciones respecto de los beneficios del cannabis para la salud, se ha observado, hasta el momento, efectividad en tratamientos para el dolor, ansiedad, epilepsia, glaucoma, entre otros.

4 “El alcohol al volante ocasiona uno de cada cuatro accidentes en Argentina”, *Ámbito Financiero*. 13 de febrero de 2022. Disponible en <https://www.ambito.com/informacion-general/accidentes-viales/el-alcohol-al-volante-ocasiona-uno-cada-cuatro-accidentes-argentina-n5371673>

Sabemos que los niveles de consumo varían: hay usuarios/as experimentales, ocasionales, habituales y consumidores/as con mayor dependencia o adicción. Esta distinción resulta interesante y necesaria, entendiendo que, cuando hablamos de consumo de sustancias, se expande un abanico de matices posibles respecto de la singularidad de ese consumo y el nivel de dependencia que puedan experimentar los sujetos.

Históricamente, tanto las representaciones sociales respecto del consumo de sustancias como de las personas que consumen fueron variando a lo largo del tiempo, estigmatizando a unos/as y aceptando a otros/as. El discurso estigmatizante, que por lo general sostiene el objetivo de apartar a las personas con consumos problemáticos, genera en ellas una reacción de aislamiento, que suele impactar en los vínculos con instituciones de salud y redes sociales e invisibiliza sus derechos; todo ello profundiza la exclusión y el autoestigma (cfr. Vásquez, 2023).

## Modelo abstencionista y reducción de daños

Las primeras respuestas terapéuticas a los consumos problemáticos de drogas en nuestro país se remontan a las décadas de 1960 y 1970; fueron promovidas por el Estado y organizaciones de la sociedad civil, y estuvieron signadas en mayor medida por el modelo abstencionista-prohibicionista, basado en la idea de que el sujeto que consume padece una enfermedad con una causa detectable: la sustancia. De aquí se desprende que la cura es posible si se interrumpe el acceso a la misma. Para muchas de las instituciones que articulan el tipo de oferta asistencial con el objetivo de la abstinencia, la condición de cese del consumo es requisito para el inicio del tratamiento, lo cual constituye la paradoja de que quienes se acercan a un servicio de salud pidiendo tratamiento para dejar de consumir deben haberlo hecho antes y (en muchos casos) como condición de inicio del mismo (cfr. Vásquez, 2023). El modelo de reducción de daños irrumpe como estrategia a finales de la década de 1990, y parte de reconocer la imposibilidad de evitar el uso de drogas, buscando minimizar los daños o riesgos asociados al consumo (cfr. Sedronar, 2019). Este modelo propone acciones que promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos<sup>5</sup>. Entendemos

---

5 Ver Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos Ley 26.934, disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>

que, en la actualidad, ninguno de los dos modelos se implementa aisladamente, sino que ambos paradigmas conviven en las intervenciones profesionales que trabajan la temática. No obstante, de acuerdo a nuestra experiencia cotidiana, nos animamos a esbozar la hipótesis de que aún persisten, con marcada intensidad, prácticas de intervención sostenidas en el modelo abstencionista, tanto en el sector público de la salud cómo en el ámbito privado.

## Marco normativo

Si nos referimos al marco normativo relativo a la temática que nos ocupa, resulta imprescindible mencionar la Ley 23.737 (1989), que establece que las personas a las que se les encuentre en su poder drogas, ya sea para uso personal o para venta, serán detenidas o deberán someterse a un tratamiento educativo/terapéutico. En esta línea, resulta importante citar que en el año 1986 la Corte Suprema de Justicia de la Nación, dictó el fallo “Bazterrica” (Fallos, 308: 1392, 1986), en el cual se declaraba la inconstitucionalidad de la punición de la tenencia para consumo personal prevista en la Ley 20.771. Ese mismo año, se presentó un proyecto de ley con aspectos progresistas, como la no punición de la tenencia para consumo personal o penas menores para los/as actores menores del tráfico, pero finalmente, hacia fines de la década, fue cambiando su perspectiva hasta convertirse en la legislación actual. Todo esto se enmarca en una lógica, aún hoy en día vigente, de tipo “prohibicionista-abstencionista”.

Por su parte, la Ley de Salud Mental 26.657 (2010) tiene por objeto asegurar el derecho a la protección mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional. En lo que respecta a la temática del consumo en particular, se establece que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de sustancias, o cualquier otra situación del consumo problemático (tecnología, juego, entre otras) tienen el derecho a acceder a un dispositivo de atención que contemple la perspectiva de derechos humanos, así como las circunstancias históricas, socioeconómicas, culturales y biológicas de su padecimiento.

Vale aclarar que, respecto de la Ley de Salud Mental, desde hace algunos años (y con mayor énfasis en los últimos meses) se escuchan discursos provenientes de diferentes sectores de la sociedad respecto de la necesidad de reformarla en general y considerando

los consumos problemáticos en particular. Estos reclamos, aunque suelen circunscribirse a la demanda de un cambio en la letra de la ley, cuando se profundiza sobre ellos los obstáculos surgen de la implementación concreta de la ley y los recursos humanos e institucionales destinados a su implementación. Esto dejaría vislumbrar que el “problema” no radica en la ley en sí misma, sino en su ejecución, que resulta competencia del Estado a través de las políticas públicas en salud, en convivencia con los sectores de las obras sociales y el sistema privado de salud, a los fines de que las personas que padecen esta problemática puedan contar con diversas propuestas y dispositivos terapéuticos que se ajusten a sus necesidades y diversos niveles de dependencia de las sustancias.

Por otro lado, según la Ley 26.934 (2014), los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que los sujetos que los padecen deberían tener relación con los servicios de salud; asimismo se tiene en cuenta la incorporación del modelo de reducción de daños como metodología de abordaje.

En toda la legislación vigente encontramos que, además de referirse a la regulación y sanción frente al consumo de sustancias, las propuestas se asocian a la atención integral, basada en la asistencia y prevención de la problemática. Estimamos al respecto que, partiendo de la premisa de que el uso de drogas presenta diferentes variantes de problematicidad, la única respuesta no puede ser la sanción penal. La legislación, en este y en todos los temas, debe acompañar y estar a la altura de los cambios sociales y las variantes en las formas de comprender los problemas sociales.

## Las respuestas del sistema

En nuestra intervención cotidiana, en el marco del art. 22 de la Ley de Salud Mental 26.657, abordamos, día a día, la defensa de los derechos de NNyA mientras cursan internaciones por motivos de salud mental en todo el ámbito de la CABA. Esta experiencia nos confronta con NNyA internados/as tanto en efectores públicos (la mayoría sin cobertura de salud) como privados, donde resultan ser beneficiarios/as de alguna obra social o prepaga. En esta línea, elegimos para esta instancia centrarnos en aquellos/as que suelen transitar internaciones donde el consumo problemático de sustancias se agrupa en un conjunto de otras variables subjetivas, sociales y culturales que configuran problemáticas más que complejas, pero ante todo dolorosas. Nos encontramos con sujetos arrasados muchas veces por sus condiciones de vida, que pertenecen a grupos familiares donde los/as atraviesa la pobreza o indigencia

económica, deserción escolar, situación de calle, precariedad laboral de los/as adultos/as responsables, inestabilidad respecto de su situación habitacional y, fundamentalmente, una situación de soledad y escisión de los lazos sociales que retroalimenta negativamente las posibilidades de estabilización y la posibilidad de egresar de dichas internaciones a contextos de vida donde se sientan, básicamente, cuidados/as. Por lo tanto, la interacción entre adicciones, situación de calle, trastornos de salud mental y abandono familiar debe ser orientada desde una perspectiva integral en base a sus múltiples atravesamientos.

No podemos dejar de mencionar que muchos/as de estos/as NNyA, resultan ser objeto y víctimas del negocio del narcotráfico en nuestro país. Ello se debe no solamente a que, como es de público conocimiento, algunos/as han perdido la vida en medio de tiroteos entre bandas de narcotraficantes en varios barrios vulnerables (y no solamente de la CABA), sino que además suelen ser utilizados/as como parte de los eslabones de dicho mercado. En este contexto, suelen ser captados/as a cambio de ofrecerles ingresos económicos, que de otra manera no podrían obtener. Ello los/as expone a una encrucijada difícil de sortear, ya que, además, muchos/as de ellos/as deben aportar económicamente a la manutención de sus hogares. Esta es una gran deuda del Estado, no solamente porque existen escasas propuestas superadoras para que los/as NNyA puedan optar, sino que además es un tema que poco se menciona en las agendas políticas de nuestro país<sup>6</sup>.

Respecto de sus trayectorias, es importante destacar que nos encontramos con NNyA que por lo general transitan y viven momentáneamente en la CABA, siendo su lugar de origen el conurbano bonaerense. Esto genera además la necesidad de articular con organismos de protección, organismos judiciales y efectores del sector salud, a los fines de intentar un trabajo en red que respete el sentido de territorialidad y que pueda brindar diversas respuestas en ese sentido. Muchas veces, lejos de lograrse una articulación que redunde en respuestas efectivas y saludables para NNyA, la multiplicidad de actores y la diversidad de criterios le agregan aún más complejidad a la temática.

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Ministerio de Desarrollo Social es el organismo encargado de brindar atención para el tratamiento por abuso de sustancias psicoactivas

---

6 Nacho Levy, "Los niños muertos de nuestros barrios son los voceros de lo que pasa", Radio UrbanaPlay, 13 de febrero de 2023. Disponible en <https://urbanaplayfm.com/nacho-levy-los-ninos-muertos-de-nuestros-barrios-son-los-voceros-de-lo-que-pasa-perros2023/>

para toda persona con dicho padecimiento, a través del Centro de Admisión, Evaluación y Derivación (Ex ASA), dependiente del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Su actuación comienza a partir del pedido de evaluación por parte del equipo médico destinado a un/a adolescente que presente alguna problemática en adicciones, lo cual se gestiona a través del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CDNNyA). Una vez llegado este pedido, concurren a evaluar al/la joven de manera presencial. De la evaluación puede surgir que un/a niño/a o adolescente necesite un dispositivo ambulatorio o una internación en comunidad terapéutica. Si el o la joven muestra voluntad de tratamiento, ofrecen el recurso acorde a su necesidad y el perfil de cada uno/a de ellos/as, con ciertas limitaciones respecto del seguimiento de la situación.

En los casos donde los/as NNyA son derivados/as a instituciones especializadas como comunidades terapéuticas, se observa que muchas veces existen situaciones en donde se manifiesta el deseo de abandonar el tratamiento, frente a lo cual, por lo general, las instituciones no suelen oponerse; de esta manera se exponen nuevamente a potenciales situaciones de riesgo. Cabe destacar que suelen realizarse numerosos esfuerzos por evitarlas, pero los/as profesionales intervinientes a veces no logran dar respuestas a una población con poli-consumo y alto grado de vulnerabilidad social, por la falta de recursos humanos y terapéuticos. Esto evidencia una situación compleja y paradójica. Por ello creemos que la respuesta que ofrecen, en especial en situaciones de crisis y atravesando una internación, resulta insuficiente y deficitaria para el abordaje de estas diversas problemáticas.

Por otro lado, en aquellos casos donde el/la NNyA no presta la voluntad de tratamiento, el programa mencionado no suele ofrecer otro tipo de recurso, ni tampoco realiza una nueva evaluación, excepto si es solicitada. En este punto, vale destacar que si bien adherimos a que la voluntad de tratamiento resulta un requisito que marca un buen punto de inicio, esta no debiera resultar excluyente para desestimar el comienzo del mismo. Si la demanda de tratamiento no aparece con claridad, entonces, ¿qué se ofrece? ¿Cuáles son las respuestas a este padecer que nos interpela como profesionales de la salud?

Creemos que estas internaciones transitan por diversos matices. En algunos sujetos aparece la demanda o la angustia, que puede vehiculizar algún movimiento interno. En otras, quizás, no llegamos a ser testigos de esa voluntad y nos surgen incertidumbres tanto a nosotros/as como a los/as profesionales de la salud de los equipos tratantes, respecto del sentido de la internación, del por

qué y para qué, fundamentalmente cuando no permanece el criterio de riesgo de vida de los sujetos.

Otro aspecto a destacar en cuanto a las internaciones es que observamos cotidianamente que muchos/as NNyA transitan varios días, semanas y hasta meses con poca o nula presencia de referentes afectivos (padre, madre, hermanos/as, tíos/as, amigos/as). Los motivos son diversos, pero lo real es que ocurre. Y aquí valdría preguntarnos ¿no es ese el mayor problema por sobre todos los demás, inclusive el uso de drogas? ¿Dónde ponemos el acento a la hora de intervenir y pensar los problemas sociales? ¿Qué adolescente podría resolver un padecimiento de salud mental cuando la soledad lo acecha?

## Hacia una ética del cuidado

En términos generales, consideramos primordial que todos los actores que trabajamos en la temática reconozcamos que el consumo problemático de sustancias forma parte del abordaje integral en Salud Mental. Por ello, debería exigirse que las respuestas institucionales, en materia de adicciones, se encuentren relacionadas con la salud general y desde una perspectiva más integral, interactuando en mayor medida en forma intersectorial entre los organismos. A más de diez años de la sanción de la Ley de Salud Mental, nos encontramos aún con importantes barreras en el acceso de las personas que presentan consumo problemático en particular y padecimientos de salud mental en general para ser alojados/as en hospitales generales.

Vale destacar que, actualmente, el organismo que decide y responde casi con exclusividad a la temática de adicciones es el Área de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, resultando llamativo la menor incidencia por parte de programas del sector salud. Claramente, esta problemática excede la respuesta desde un solo sector: se debe convocar a todos los sectores de la política pública que intervienen.

En esta línea, resulta vital y urgente incorporar nuevos programas que aborden la voluntad de tratamiento que se pretende conseguir. Estamos convencidas de que las personas se recuperan con personas. Resulta imprescindible y excluyente el trabajo cuerpo a cuerpo entre operadores/as y profesionales de la salud que puedan realizar el acompañamiento de NNyA para intentar generar, al menos, una pregunta que los/as interpele respecto de esta problemática.

Creemos en la necesidad de la creación de nuevos dispositivos que continúen trabajando sobre la voluntad de internación, tratamientos ambulatorios, de mediana estadía, etc., una vez que el riesgo de vida y la internación hayan cesado.

La voluntad de tratamiento debe ser un camino de llegada, no el punto de inicio, y para ello se requieren espacios de alojamiento y tratamiento que contemplen la singularidad de los sujetos. La legislación es clara, lo confuso son las intervenciones y las políticas de salud fallidas que se dirigen a un sujeto que ya no existe. En términos de Carballada (2017):

[...] entre el sujeto que cada institución sigue esperando y el que realmente llega, se produce una distancia que varía según diferentes circunstancias, que en determinadas situaciones puede ser transitable y, en otras, produce un hiato, un vacío que lo torna irreconocible y ajeno. Esa ajenidad se transforma en una forma de temor que paraliza, desconcierta y, desde el rechazo, construye una especie de limitación que se expresa como incapacidad. Así, las instituciones, frente a ese sujeto inesperado, dejan de contener, de escuchar, de socializar y fundamentalmente de cuidar. Paradojalmente, se invierte el sentido; quién debe ser cuidado, alojado, produce muchas veces una acción inversa que se puede sintetizar en cuidarse de quienes deben cuidarlo.

Coincidimos en que la Ley de Salud Mental requiere una adecuada implementación, más que su reforma o abolición. Ello se logra con políticas públicas (planes, programas y proyectos sociales) que destinen recursos económicos, humanos e institucionales para que las personas que padecen este problema y sus familias sean alojados/as verdaderamente a través de propuestas terapéuticas que contemplen la diversidad de necesidades sin olvidar, por supuesto, la dimensión de la prevención que también debe ser otro eje de intervención.

El sistema de salud presenta barreras de accesibilidad que con el tiempo se fueron agudizando, aún más luego de la pandemia atravesada a partir del año 2020. Continuamos observando que en los hospitales generales, pediátricos y centros de salud de la CABA se admiten, por lo general, problemáticas de salud mental, siendo muy resistentes a la atención de la problemática de consumo de sustancias psicoactivas. Esto se relaciona, en parte, con una formación académica actual hacia futuros/as profesionales de la salud que resulta deficitaria respecto de la temática de consumos problemáticos. Asimismo, el estigma que porta esta población refuerza las resistencias de los/as profesionales de la salud para alojarlos/as, enfrentándonos con un nivel de frustración muy alto que a veces no resulta fácil sortear.

Como profesionales de las ciencias sociales tenemos el desafío de encontrarnos cara a cara con un sujeto de intervención atravesado por un devenir y contexto complejo en donde la estigmatización está latente. El padecimiento subjetivo se enmarca, por lo general,

en un acaecer de arrasamientos, soledad, y violencia. Diagnosticar y medicar el dolor nos puede empujar a respuestas fragmentadas y sesgadas, que distan de una ética del cuidado y de entender, fundamentalmente, que esa historia de vida se enmarca en otra historia: la de una sociedad, su política, su economía y su cultura. Suele resultar habitual la asociación entre delito y NNA usuarios/as de drogas, pertenecientes a contextos de vulnerabilidad. Necesitamos revisar y, sobre todo, cuestionar estas representaciones sociales que se filtran día a día en todos/as los/as actores que intervienen en la temática.

Resulta necesario que, en mayor medida, las instituciones se propongan intervenciones desde el paradigma de reducción de daños, promoviendo el autocuidado y disminución del riesgo para sí y para terceros. Mientras siga imperando un modelo de intervención abstencionista y punitivo, difícilmente logremos un encuentro con los sujetos que incorpore la variable de sus necesidades singulares y no la aplicación de recetas automatizadas.

Para finalizar, creemos que es necesaria una mayor inversión en políticas públicas dirigidas a salud mental y en salud -y, dentro de ellas, al consumo problemático- que incluyan más recursos económicos, profesionales, institucionales y de infraestructura para dar respuesta al problema de una manera más asertiva.

Necesitamos ser más creativos/as a la hora de intervenir; corremos de las respuestas conocidas para generar en los sujetos una posibilidad de lazo que contemple su singularidad. Se requiere que las instituciones y los/as profesionales se adapten a los sujetos y que no siempre se pretenda lo inverso: los movimientos deben ser mutuos.

Para finalizar, y volviendo a la cita del inicio de este texto, deseamos que, en un contexto de oscuridad, procuremos, al menos, no perder la voz.

## Bibliografía

Carballeda, Alfredo, La irrupción de un sujeto inesperado en las instituciones, Revista Voces en el Fénix, N° 62, Buenos Aires 1/6/2017, disponible en <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/la-irrupcion-de-un-sujeto-inesperado-en-las-instituciones/>

Corda, Alejandro, Araceli Galante y Diana Rossi. 2014. Personas que usan estupefacientes en Argentina. De "delincuentes-enfermos" a "sujetos de derecho". Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Instituto Nacional de Juventudes, Hablemos de todo. Disponible en <https://www.hablemosdetodo.gob.ar/consumos-info>.

Organización Panamericana de la Salud OPS, Abuso de sustancias. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>.

Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos Ley 26.934. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/norma-tiva/nacional/ley-26934-230505/texto>

Sedronar. 2019. Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos, una experiencia de política pública. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.

Vásquez, Andrea A. 2008, El problema de la drogadependencia: modelos de abordaje, dispositivos de atención y paradigmas. Disponible en <https://www.aacademica.org/000-032/490.pdf>

“El alcohol al volante ocasiona uno de cada cuatro accidentes en Argentina”. *Ámbito Financiero*, 13 de febrero de 2022. Disponible en <https://www.ambito.com/informacion-general/accidentes-viales/el-alcohol-al-volante-ocasiona-uno-cada-cuatro-accidentes-argentina-n5371673>

Nacho Levy, “Los niños muertos de nuestros barrios son los voceros de lo que pasa”. *Radio UrbanaPlay*, 13 de febrero de 2023. Disponible en <https://urbanaplayfm.com/nacho-levy-los-ninos-muertos-de-nuestros-barrios-son-los-voceros-de-lo-que-pasa-perros2023/>

## Medicalización de niños, niñas y adolescentes internados por motivos de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires

### Hernán Crespo Kaul

Médico (U.N.Cuyo). Especialista en Psiquiatría infantojuvenil (Ministerio de Salud de la Nación). Integrante del equipo técnico de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad de la CABA. Doctorando en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

### Introducción

En forma cotidiana los profesionales de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) entrevistamos a niños, niñas y adolescentes (NNyA) internados en hospitales, clínicas y comunidades terapéuticas por razones de salud mental y adicciones. El abordaje terapéutico que se ofrece en nuestro medio para estos casos incluye, de manera habitual, tratamiento psicológico y psiquiátrico. Este último, casi sin excepciones, involucra la implementación de algún tipo de psicofármaco, generalmente en combinación de dos o más de ellos.

Las situaciones críticas a las que se llega, que determinan la necesidad de internación, suelen utilizarse para justificar el uso de medicación. El objetivo del tratamiento farmacológico es mitigar síntomas o conductas que provocan padecimiento en la propia persona e incluso se utiliza para controlar expresiones violentas que ponen en riesgo a dicha persona o a terceros.

Con el objetivo de analizar el fenómeno de la utilización de medicación en los NNyA internados por motivos de salud mental y adicciones se realizó una investigación que se ha estructurado en el presente artículo de la siguiente manera. En primer lugar, se hace un recorrido del marco teórico sobre el que está basada. Luego, se realiza un estado del arte sobre investigaciones similares. Posteriormente, se detalla la metodología de investigación utilizada. A partir de ello, se desarrollan los resultados de la investigación y se

enumeran las conclusiones. Por último, en la discusión se realizan algunas reflexiones y preguntas.

## Marco teórico

Este apartado incluye lo referido a la medicalización y al estado del arte al momento de realizarse la investigación.

## Medicalización

El concepto de “medicalización” emergió de las ciencias sociales, y fue especialmente desarrollado desde la sociología (Zola, 1972). En la actualidad, forma parte del vocabulario de diferentes saberes expertos, clínicos, profesionales, sectores de la sociedad civil y del Estado, e incluso ha sido incorporado al lenguaje de los medios de comunicación y de las noticias periodísticas (Bell y Figert, 2015).

El sentido más extendido y trivial de la medicalización es el que la define como aquello que ocurre cuando algo se vuelve médico (Conrad, 2007). Sin embargo, es posible profundizar sobre esta primera aproximación del concepto y definirlo más estrictamente. Desde las ciencias sociales, el énfasis en el análisis de la medicalización está puesto en tres puntos, que podríamos articular de la siguiente manera: es un concepto que define un proceso y ese proceso tiene una dimensión histórica; las definiciones más recientes de este término la conciben desde un esquema que no aborda la medicalización al modo de un binarismo “sí” o “no”, como una propiedad cuya existencia se verifica o se descarta (Barcala, Bianchi y Poverene, 2017); en su lugar, se plantea una aproximación al concepto en términos de gradaciones, de intensidad (Conrad, 2013).

Así, la medicalización queda más asociada a cómo se abordan las diferentes aristas de un problema, y no a si algo es o no es intrínsecamente médico. Los aspectos que se suelen tomar en cuenta para establecer si un problema de la vida social está medicalizado son: la definición, la descripción, la comprensión y la intervención de ese problema (Conrad, 2005). De este modo, si un problema es definido usando términos médicos, si es descrito empleando un lenguaje médico, si es comprendido en un marco o contexto médico y/o si es intervenido a través de un tratamiento médico, podremos sostener que estamos frente a un problema que ha sido medicalizado (Conrad, 2007). Se trata de un proceso que no solo involucra a los médicos, sino que es un fenómeno social en el que están incluidos los diferentes actores de la trama, aunque con diferente intensidad (Conrad, 2005).

Por otro lado, el diagnóstico es también, como la medicalización, un fenómeno social que puede analizarse más allá de lo estrictamente médico o psiquiátrico (si es que ello existe) (Barcala, Bianchi y Poverene, 2017). El diagnóstico admite ser abordado tanto en sus raíces histórico-sociales como en sus efectos performativos (Jutel, 2015), ya que el mismo puede considerarse una expresión cultural de aquello que la sociedad acepta como normal y aquello que considera que debe ser tratado médicamente (Jutel, 2009).

El diagnóstico tiene diferentes aristas a considerar. Es una herramienta clasificatoria de la medicina que sirve de orientación a la atención médica. A la vez, es un marco explicativo que funciona como organizador del cuadro clínico, que permite identificar las opciones terapéuticas, y en algunos casos hasta permite planificar, predecir o prefigurar resultados a futuro. El diagnóstico también incide en los diferentes modos en que puede estructurarse la intervención; proporciona un marco para la formación médico-profesional y para su distinción tanto respecto de los legos como en relación a otras profesiones y especialidades. Esto permite definir quién es responsable de cada aspecto del cuadro clínico (Jutel, 2011a). El diagnóstico nos ofrece una reflexión acerca de cómo la enfermedad, la salud y el sufrimiento son entendidas socialmente. Como proyecto de clasificación, el diagnóstico contribuye a establecer nuevas modalidades de normalización y forma subjetividades, entre otros tópicos (Jutel, 2011b).

Además, en salud mental en particular, se otorga relevancia diagnóstica a cuestiones que no son clínicas ni psiquiátricas, sino sociales y cotidianas, como el historial escolar, el desenvolvimiento social, las características de la vida afectiva y familiar, la capacidad de administrar el dinero y las conductas pasadas (Rose, 1996).

La medicalización es, entonces, un proceso que opera en relación a un fenómeno que se presenta como problemático, e involucra la creación, promoción y/o implementación de categorías médicas (usualmente diagnósticos) para ese problema (Barcala, Bianchi y Poverene, 2017).

Al concentrarse en el medio ambiente interno del individuo, en gran medida se ignora o minimiza la naturaleza social del comportamiento humano, clausurando otros niveles de intervención sobre un problema (Conrad, 1982). La medicalización y su mirada clínica tornan a las diferencias humanas en patologías que requieren diagnóstico y tratamiento médico o psiquiátrico. Así, convierten a los problemas sociales complejos en entidades clínicas, que ignoran el contexto social y las raíces múltiples de un problema (Conrad, 2013).

Este comportamiento de etiquetamiento y evitación por parte de las instituciones, que recrudece exclusiones escolares y sociales

previas, constituye una práctica que objetaliza a NNyA y diluye la dimensión de su subjetividad. Es notable encontrar en sus historias clínicas, legajos y expedientes la enumeración de enunciados negativos para describir y nombrar los modos mediante los cuales los/as NNyA expresan sus dificultades para elaborar y simbolizar los profundos sufrimientos que sienten, producto de violencias y frustraciones intensas que han vivido, así como la repetición de las mismas categorías diagnósticas: trastorno psicótico no especificado, trastorno mental, trastorno generalizado del desarrollo, intolerancia a las frustraciones, intolerancia a los límites, autoagresión, heteroagresión, psicosis, problemas de conducta, falta de control de los impulsos, episodios de excitación psicomotriz, entre otras. Despojados en su singularidad en estos informes, puestos en serie con descriptores omniabarcativos, es poco probable encontrar referencias a la voz de NNyA, a los juegos que les gustan, a las cosas que les interesan, a aquello que les produce sufrimiento o alegría, a sus elecciones afectivas, a sus emociones o a sus talentos, por mencionar solo algunos aspectos que comprenden la infancia (Barcala, Bianchi y Poverene, 2017).

La estructura de poder de la autoridad médica y los discursos psi terminan por erigirse en el modo en que estos discursos, vehiculizados institucionalmente a través de los actores sociales, producen formas particulares de praxis en salud mental que, a la vez, tienen efectos en la construcción de subjetividad e identidades en NNyA. A esto se suma la ausencia de políticas y dispositivos adecuados que abandona a colectivos de NNyA con vulnerabilidad psicosocial a la suerte de la institucionalización psiquiátrica. La violencia sobre sus cuerpos, ejercida por la medicación abusiva, así como por la internación psiquiátrica, constituyen una forma más, pero específica, de normalización y control social (Barcala, Bianchi y Poverene, 2017).

En este sentido, y frente a los fenómenos actuales ligados a los procesos de medicalización y mercantilización de la infancia, para avanzar en un proceso de transformación del campo de la salud mental es prioritario visibilizar y problematizar las respuestas que en materia de atención y cuidados en salud mental se desarrollan a nivel de los sistemas públicos de atención. Por último, reconocer a los/as NNyA como sujetos de derecho implica un cambio de posición material y simbólica. Frente al tallado sutil de los cuerpos y la reproducción de respuestas objetivantes y tutelares, es imperiosa una apuesta ético-política que como colectivo deseante nos restituya como actores capaces de transformar lo siniestro en algo maravilloso (Barcala et al., 2019).

El estigma asociado a las personas que han atravesado internaciones psiquiátricas actúa como marca permanente del proceso de

objetivación al que fueron sometidas durante las mismas. La persona pierde así el reconocimiento de su palabra y queda obstaculizada su posibilidad de reclamar por sus derechos y necesidades (Michalewicz et al., 2011).

A partir de la década de 1950, con el primer psicofármaco, el campo de la salud mental tuvo una transformación importante, sobre todo porque la medicación alivia algunos de los síntomas de padecimiento subjetivo. Esto, unido al desconocimiento de las causas de la locura y la fuerte impronta capitalista de mercantilización, que conlleva la obligación de estar bien en todo momento, llevó a un proceso de fetichización del medicamento. Esto reforzó una mirada centrada en un modelo médico-hegemónico psiquiátrico que anula la subjetividad y refuerza el avance de la medicalización como respuesta al sufrimiento (López, Torres y Weber Suardiaz, 2017). Si la medicación resuelve por sí misma los problemas, no es necesario pensar ni reflexionar sobre los condicionantes de la vida, lo cual resulta sumamente funcional para la lógica capitalista y excelente para el mercado (Faraone, 2010; Barcala, 2012).

Los problemas no-médicos son definidos y tratados como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades o desórdenes, utilizando un lenguaje médico para describirlo, adoptando un marco médico para entenderlo, y/o utilizando la intervención médica para “tratarlo” (Barcala, 2012; Foucault, 1975).

En nuestro país, a partir de la década de 1990, los servicios de Salud Mental produjeron una distinción entre la infancia y adolescencia propiamente dicha y la patologizada. Como producto de las transformaciones socioeconómicas y la fragilización de las instituciones propias de la modernidad aumentó la cantidad de NNYA en situación de vulnerabilidad social y fragilidad psíquica. Esto llevó a que se interpretaran sus conductas y padecimientos como síntomas y fueran rotulados con diagnósticos, justificando la medicalización como forma de control social (Barcala y Luciani Conde, 2015).

La diversidad de formas de habitar la niñez y la adolescencia causada por vulnerabilidad de la situación social o personal era redefinida como enfermedad, y estas interpretaciones medicalizantes de la desviación social constituyeron formas de control social. Inscriptos en los pliegues del cuerpo, los traumatismos vividos por los/as NNYA se manifestaban a través de crisis de excitación psicomotriz, desorganizaciones psíquicas o intentos de suicidio, que constituían actos de desesperanza frente a la imposibilidad de tolerar sufrimientos intensos. Así, eran convertidos/sustancializados en “diagnósticos”, especialmente en psicóticos, psicópatas, trastornos disociales, rótulos comunes para NNYA con alto nivel de vulnerabilidad y desamparo (Barcala y Luciani Conde, 2015).

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en su art. 12 intenta poner límites a medicalización de la sociedad y el uso de fármacos con otros fines que no sean estrictamente terapéuticos:

La prescripción de medicación solo 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 solo 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.

## Estado del arte

Previo al trabajo de campo se realizó una investigación bibliográfica con el objetivo de relevar, categorizar y analizar los artículos e investigaciones relacionadas al tema investigado.

La estrategia de búsqueda fue delimitando, desde una etapa exploratoria, palabras significativas y descartando términos descriptores que no produjeran hallazgos significativos. Se definió la búsqueda en base a las palabras: medicalización, internación / internaciones. Posteriormente, se usaron filtros para restringir las búsquedas en materia de infancia y dispositivos de internación de NNyA. Se utilizaron las bibliotecas electrónicas: Scientific Electronic Library Online (SciELO), cuyo alcance es América Latina, Caribe, España, Portugal y Sudáfrica y su carácter, multidisciplinario; y Redalyc, de alcance global y carácter también multidisciplinario. En este proceso, se seleccionaron 5 publicaciones representativas.

Un estudio de revisión bibliográfica integradora con enfoque cualitativo y carácter descriptivo relevó la prescripción de psicofármacos a NNyA entre 2010 y 2021. Allí se encontró que los que se utilizan en esta población son ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, antiepilépticos y psicoestimulantes. Este estudio concluye que, si bien las drogas psicotrópicas son inevitables en los trastornos psiquiátricos infantiles y llevan al individuo a controlar su enfermedad, en la mayoría de los casos hubo una prescripción inadecuada e indiscriminada de psicofármacos y una falta de respeto por las edades mínimas de prescripción, diagnóstico e indicaciones para cada medicación y clase (Oliveira, Moreira y Reis, 2022).

Una investigación realizada en el Hospital General de Durango, en México, buscó determinar la prevalencia de trastornos psiquiátri-

cos y su manejo farmacológico en NNyA del servicio de Psiquiatría Infantil. Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de 111 pacientes en edades comprendidas entre 2 y 17 años, bajo tratamiento durante un año calendario. Se encontró que se prescribió un amplio número de psicofármacos, principalmente antipsicóticos y antidepresivos como imipramina. En este estudio, el 80% de los pacientes recibió más de un medicamento. Las combinaciones más frecuentes fueron metilfenidato e imipramina (15.3%), imipramina y perfenazina (8.1%) y alprazolam y fluoxetina (6.3%). Asimismo, los investigadores concluyen que el uso de psicofármacos en NNyA es una herramienta terapéutica reciente para el médico, de ahí que su empleo autorizado para toda la gama de problemas en psicopatología infantil esté aún en proceso. En la medida en que la investigación psicofarmacológica en este grupo de edad avance, se podrá contar con mejores alternativas terapéuticas.

Aunque actualmente el clínico (psiquiatra) debiera apoyar la prescripción de medicamentos basándose en investigaciones clínicas y farmacológicas y de acuerdo con la medicina basada en evidencias, la realidad obliga frecuentemente al uso de más de un medicamento. Esto se deriva de que, en la práctica clínica cotidiana, el médico psiquiatra se enfrenta con equipos multidisciplinares incompletos, de tal manera que las medidas conductuales que realmente deben constituir una primera forma de intervención no se llevan a cabo y eso deriva en la disyuntiva de restringir la intervención a medidas farmacológicas (Lares Asseff et al., 2010).

Otra investigación reveló que en Estados Unidos, Canadá e Italia los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son los antidepresivos más prescritos. Durante el año 2002, en Estados Unidos, se prescribieron antidepresivos en el 70% de los usuarios y con la misma frecuencia se emplearon en Inglaterra; en Canadá e Italia, mientras tanto, los ISRS constituyeron, respectivamente, el 62 y 75% de las prescripciones en jóvenes que recibieron antidepresivos (Bonati y Clavenna, 2005).

Un trabajo realizado en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en Uruguay, describió la politerapia en NNyA hospitalizados. Encontraron que el mayor consumo en forma de politerapia corresponde a psicofármacos y antiasmáticos. De los pacientes medicados con psicofármacos, la mayor parte no contaba con diagnóstico previo y presentaba una alta frecuencia de prescripciones off-label<sup>1</sup>. Este empleo está avalado solamente

---

1 El término se refiere a medicamentos que están autorizados para un tratamiento concreto y se emplean para otras patologías diferentes.

por pruebas empíricas y no por estudios clínicos. Se observó que en el rango de 2 a 9 años predominan los antiepilépticos (38%), seguidos de los hipnóticos y sedantes (21%) y, en tercer lugar, de los antipsicóticos (19%). En contraposición, para el rango etario de 10 a 13 años se destacan los antipsicóticos (35%) y en segundo lugar los antiepilépticos o estabilizantes del humor (25%). De la misma manera, en el rango de 14 a 15 años predominan los antipsicóticos (47%), seguidos de los antiepilépticos o estabilizantes del humor (29%). El uso continuado de antipsicóticos y, más aún, su uso en politerapia y en combinación con otros psicofármacos, conlleva la indicación de un tratamiento adicional para disminuir estos efectos; en este estudio se registró el uso de cinco antiparkinsonianos y dos antiespásticos utilizados con este fin. Por otro lado, se ha observado el desarrollo de hiperprolactinemia, particularmente con el uso de risperidona, que puede manifestarse como ginecomastia o galactorrea. La alta frecuencia de prescripción off-label de psicofármacos puede ser interpretada como una práctica inadecuada, no basada en evidencia científica. Es poco claro si el aumento en este tipo de prescripción debería ser un hecho preocupante o ser visto como una indicación formal en la práctica clínica diaria para el manejo de patologías complejas (Barrios et al., 2020).

Un estudio de diseño exploratorio-descriptivo, enmarcado en un abordaje de tipo cualitativo, investigó el ejercicio de la violencia institucional en el contexto de las internaciones por razones de salud mental en NNyA (Barcala et al., 2019). Según relevaron los autores, el incremento y la naturalización de las internaciones como respuesta privilegiada frente al sufrimiento psíquico y la vulnerabilidad social está determinado, en gran medida, por el déficit de cuidados integrales oportunos y de calidad en el territorio en que viven los/as NNyA. La ausencia de políticas en salud mental infantil y adolescente, la escasa operacionalización en los servicios de dichas políticas y la falta de implementación de un modelo de salud mental comunitaria, promueven la prolongación de las internaciones por carencia de dispositivos adecuados para la externación y la integración comunitaria, en especial de aquellos de mayor vulnerabilidad social. Entre los aspectos más significativos se destaca que la internación de NNyA en efectores monovalentes funciona con frecuencia como una puerta de entrada a un circuito de institucionalización, transinstitucionalización, medicalización y cronificación del sufrimiento psíquico; a su vez, se detectó que los servicios de internación investigados no abordan adecuadamente la diversidad de género, cultural y religiosa.

## Metodología

Como se adelantó, la investigación cuyos principales resultados aquí se presentan tuvo el objetivo de relevar, en la población de NNYA internados/as por motivos de salud mental y adicciones en la CABA, los diagnósticos y motivos por los cuales están internados y los psicofármacos que se utilizan en su tratamiento. Esta investigación constituye un primer acercamiento a la temática, que en un futuro será abordada con mayor profundidad.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, de tipo cuantitativo, sobre la totalidad de NNYA internados en instituciones del ámbito público y privado de la CABA tomando como referencia el día 30 de junio de 2023, elegido al azar. Se realizó un relevamiento de 122 NNYA internados/as en dicha fecha. Para ello, se elaboró una herramienta de recolección de datos que releva algunos aspectos demográficos de la muestra; lugares, cantidad de días y diagnóstico/motivo de internación; y planes farmacológicos. Se obtuvo información mediante una triangulación metodológica, incorporando datos de fuentes diferentes y complementarias.

En primer lugar, se tomaron las comunicaciones de internación, que son informes, hojas manuscritas o bien formularios que las instituciones envían cada vez que tienen una nueva internación de un/una NNYA. Este es el documento exigido por la Ley de Salud Mental a realizarse en las primeras 10 horas de internación y contiene datos básicos y breves descripciones del motivo de internación. Además de ello, se obtuvo información por otras dos vías: el relevamiento de historias clínicas, que se realiza en forma periódica y exhaustiva y, por otro lado, la información que los profesionales de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad de la Defensoría General de la Nación relevaron de las entrevistas con NNYA, referentes familiares y profesionales involucrados.

Posteriormente, se volcaron los datos relevados en planillas de cálculo obteniendo datos comparativos, relaciones entre variables y gráficos representativos. Cabe destacar que, en relación a los fármacos relevados y sus dosis, se tomaron como valores de referencia los mencionados en la “Guía para el uso racional de psicofármacos” (Ministerio de Salud de la Nación, 2018 y 2023). En base a ello, se determinaron valores altos, medios y bajos de manera estimativa con el objetivo de representar de manera sencilla en qué rango de dosis se usaban los psicofármacos en la muestra.

El análisis de los datos cuantitativos se complementa con reflexiones y opiniones propias en base a la experiencia de 10 años de práctica e intervención en el campo que llevo como

psiquiatra infantojuvenil de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad.

## Resultados

A continuación, se hace un relevamiento de algunos datos obtenidos con un análisis en base a la experiencia y las observaciones cotidianas de la Unidad de Letrados. Se relevaron datos sobre 122 NNyA internados/as y solo en 3 casos no se pudo tener precisiones acerca de la implementación de un plan farmacológico.

## Población

En primer lugar, se hizo una breve caracterización de la población relevada en función de los rangos de edad y la distribución de género de los NNyA. En relación al campo investigado, el parámetro de edad se utiliza, entre otras cosas para definir si una persona es definida como niño o niña o bien como adolescente.

El límite utilizado más comúnmente para ello es 12 años, por lo que se suele definir como niño o niña a quienes no pasan de esa edad y adolescente a quienes tienen entre 12 años y 17 años. Desde que cumplen 18 años se los considera adultos. Esta clasificación no contempla otras nociones como, por ejemplo, la capacidad progresiva de las personas. Sin embargo, en base a estos límites arbitrarios se determina si un NNyA debe ir a una sala u otra dentro de un hospital, si debe ser atendido en un hospital u otro e incluso si puede ingresar a un determinado programa, servicio de rehabilitación o a un hogar.

Se ha caracterizado la muestra utilizando los siguientes rangos: menores de 7 años (no había en esta muestra); 8 a 10 años (5%); 11 a 12 años (3%); 13 a 14 años (30%); 15 a 16 años (41%); y 17 a 18 años (21%). Como puede observarse, en su mayor parte la muestra está compuesta por adolescentes que, sumando los tres rangos que los integran (13 a 14 años, 15 a 16 años y 17 a 18 años) suman el 92% de la muestra.

En relación a la distribución de género de la muestra se ha incluido la autopercepción de género diferente al biológico de manera tal que contemple la otredad. Es por ello que se consignaron en tres categorías las respuestas posibles. En esta muestra la mayor parte de los NNyA internados eran de género femenino (un 66%), mientras que los de género masculino representaban el 31% de la muestra y en la categoría “otro” se encontró un 3% de la muestra.

Por otro lado, se recabó el tiempo de internación promedio que

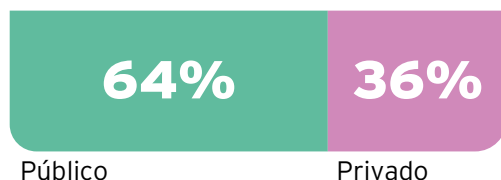
tenían los NNyA internados. En la muestra que se tomó el día 30 de junio de 2023 el tiempo de internación promedio era de 63,3 días, es decir más de dos meses de internación. Este dato incluye desde un niño que llevaban solo un día de internación hasta una joven que llevaba 394 días internada. Podría considerarse que este dato se encuentra sensiblemente influenciado o distorsionado por la prolongación innecesaria de internaciones en muchos casos. Esto quiere decir que existen NNyA que se encuentran de alta, a la espera de derivación a hogar por mucho tiempo.

## Instituciones en las que se internan

Los NNyA internados por motivos de salud mental y adicciones en la CABA se encuentran distribuidos en diferentes instituciones públicas y privadas. Como puede observarse en el Gráfico 1, en su mayor parte (64%) las internaciones se producen en el ámbito público, mientras que en el ámbito privado se dan el 36%.

**Gráfico 1**

### Ámbito institucional de las internaciones de NNyA por motivos de salud mental y adicciones en la CABA



Al 30 de junio de 2023. **Total de casos:** 122 NNyA.

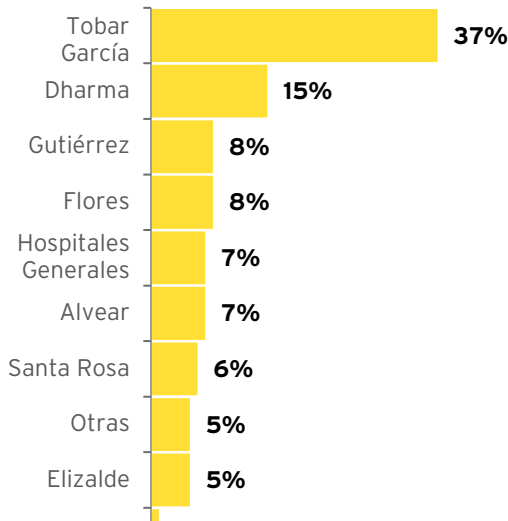
El Gráfico 2 detalla la distribución en las distintas instituciones. Es notable observar que el Hospital Tobar García reúne un 37% del total de las internaciones, incluyendo el ámbito público y privado. Se consolida, así como la principal institución de internaciones de NNyA en nuestro medio. En segundo lugar, se ve a la Clínica Dharma, que es una clínica monovalente y es la institución privada con mayor cantidad de internaciones en la CABA.

Siguen a continuación, en el ámbito público, el Hospital Gutiérrez (8%), el Hospital Alvear (7%), los hospitales generales, reunidos en un único ítem (7%) y el Hospital Elizalde (5%). En cambio, en el ámbito privado, se observa que siguen la Clínica Flores (8%), la Clínica Santa Rosa (6%) y con menor cantidad de internaciones, el

Instituto Frenopático (en el gráfico aparece con la letra F) (1%) y la Comunidad Terapéutica Gradiva (letra G) (1%). Por último, se han reunido varias instituciones privadas que eventualmente internan NNyA bajo el ítem Otras (5%).

## Gráfico 2

### Instituciones en las que estaban internados los NNyA



Al 30 de junio de 20/23. **Total de casos:** 122 NNyA.

Un primer análisis podría alertarnos en que la mayor parte de las internaciones de NNyA en la CABA por motivos de salud mental y adicciones se producen en instituciones monovalentes. Si reunimos las instituciones monovalentes del ámbito público (Hospital Tobar García, Hospital Alvear) y las del ámbito privado (Clínica Dharma, Clínica Santa Rosa, Clínica Flores, Gradiva e Instituto Frenopático) obtenemos que en ellas se producen el 80% de las internaciones, mientras que el 20% restantes corresponden a instituciones generales.

## Diagnósticos

Se relevan también los diagnósticos o motivos de internación de los NNyA internados por motivos de salud mental y adicciones. El motivo por el cual se detallan los motivos de internación y no sólo el diagnóstico es debido a que, en muchas oportunidades, el

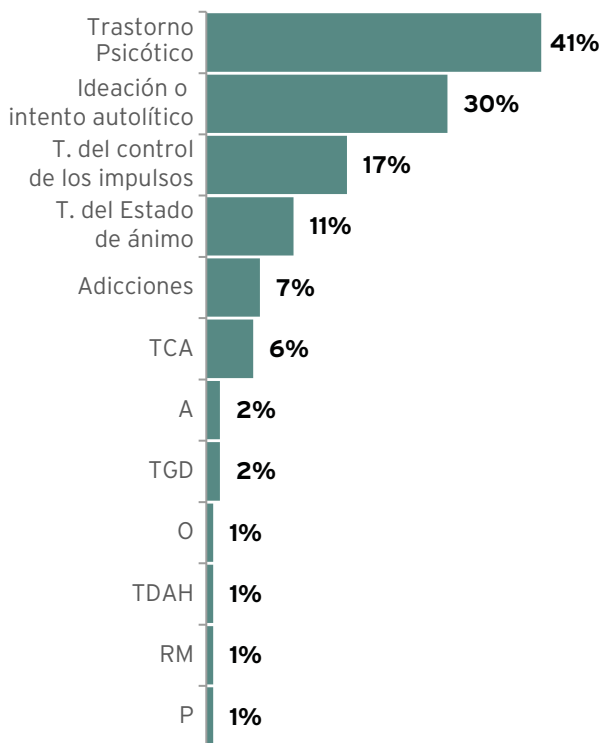
mismo no se encuentra registrado. Si bien es una guía que orienta un tratamiento suele suceder que constituye un punto de llegada y no de partida. En cambio, como motivos de internación, suelen encontrarse algunos síntomas o conductas problemáticas que configuran una situación de riesgo. Este análisis es muy escueto y debiera profundizarse, pero sirve de orientador para ilustrar la situación cotidiana de los NNyA internados.

El Gráfico 3 muestra la distribución porcentual de los diagnósticos en nuestro medio. En primer lugar, se observa que los trastornos psicóticos representan el 41% de la muestra. En esta categoría se incluyen varios trastornos de tipo psicótico, pero en la mayor parte de los casos se suele consignar como trastorno psicótico no especificado. En segundo lugar, se puede observar a la idea-

ción suicida y/o el intento autolítico en un 30% de los casos. Esta categoría se constituye a partir de un síntoma o bien de una situación de riesgo, pero no es formalmente un diagnóstico, dado que puede ocurrir con diferentes diagnósticos de base. Sin embargo, es frecuente que solo se consigne inicialmente así y en ocasiones no se informe otro diagnóstico. Es importante señalar que, en los demás diagnósticos relevados, pudo haber también ideación o conductas autolíticas, pero se ha consignado un diagnóstico por lo que tomó mayor relevancia.

**Gráfico 3**

**Diagnósticos de NNyA internados por motivos de salud mental y adicciones en la CABA**



Al 30 de junio de 20/23. Total de casos: 122 NNyA.

En orden decreciente se observa a los trastornos de control de los impulsos en un 17% de los casos, los trastornos del estado de ánimo en un 11%, las adicciones como único diagnóstico en un 7%; los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en un 6%, los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) en un 2%, los trastornos de ansiedad (A) en un 2% y con un 1% de los casos los trastornos de personalidad (P), los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los retrasos mentales (RM) y otros (O).

Por último, se debe señalar que relevar diagnósticos es una tarea compleja porque se superponen distintas clasificaciones y en la práctica no existe un acuerdo unívoco sobre cómo realizar la praxis diagnóstica, cómo registrarla y, en última instancia, cómo orientar la práctica terapéutica a partir de ella.

## Psicofármacos utilizados

Se realizó un relevamiento de los psicofármacos utilizados en NNYA internados por motivos de salud mental y adicciones en nuestro medio. En total se relevaron 119 casos de los 122 internados totales, dado que en 3 de ellos no se pudo constatar el plan farmacológico. En la muestra relevada de 119 NNYA se encontró que, en promedio, reciben 3,38 psicofármacos/persona, en extremos que van desde un solo psicofármaco como tratamiento en NNYA a seis en varios de ellos/as. En un solo caso en esta muestra una joven estaba internada en un hospital general sin recibir ningún psicofármaco. Esto demuestra que la internación por salud mental y adicciones en nuestro medio está asociada de manera casi indisoluble con la implementación de psicofármacos. En aquellos casos en los que antes de la internación no los recibían se les insta un plan farmacológico y en aquellos casos en los que ya lo tenían, suele aumentar, tanto en cantidad de fármacos como en dosis. En total, se relevó la utilización de 30 psicofármacos diferentes en la población investigada. En el Gráfico 4 se muestran los diez más utilizados.

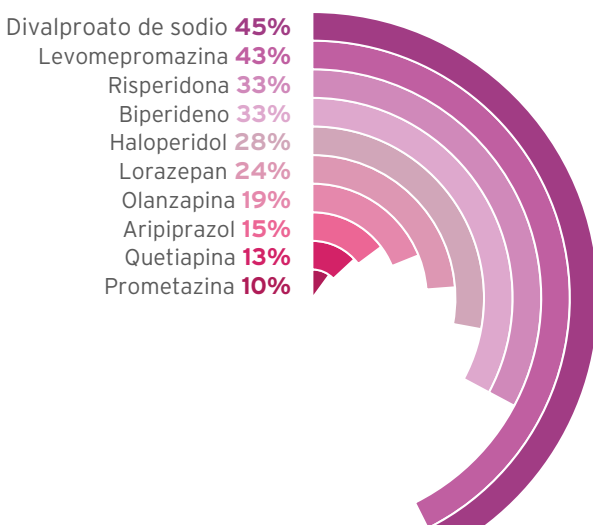
Un análisis puntual y extendido de cada fármaco, sus efectos buscados y no deseados excede el presente trabajo, pero se realizará una muy breve caracterización de cada uno. Se puede observar que en casi la mitad de los casos se utiliza divalproato de sodio (45%), comúnmente llamado por su marca más conocida, Valcote. Se trata de un estabilizador del estado de ánimo y antiepiléptico que se usa generalmente en combinación con otras drogas.

En segundo lugar, la levomepromazina (43%), que es un antipsicótico que se usa por su efecto sedativo. La risperidona (33%) es también un antipsicótico que se utiliza frecuentemente para

el control de los impulsos y por su efecto antipsicótico. El biperideno (33%) es un fármaco antimuscarínico cuya principal función es inhibir los efectos adversos neuromotores de los antipsicóticos. Es decir que este fármaco se utiliza en un tercio de la población relevada para contrarrestar efectos secundarios de otros psicofármacos. El haloperidol (28%) es un psicofármaco antipsicótico típico, es decir más antiguo, muy utilizado en Psiquiatría por su alta eficacia contra los síntomas psicóticos y su efecto sedativo. Es frecuente que ocasione síntomas neuromotores como efecto secundario. El lorazepan (24%) es una benzodiacepina ubicada entre los fármacos ansiolíticos, de vida media corta y alta potencia por lo que se utiliza como sedativo en crisis agudas y como complemento de otros fármacos. La olanzapina (19%), el aripiprazol (15%) y la quetiapina (13%) son antipsicóticos atípicos, es decir más nuevos, con efectividad antipsicótica y de control de los impulsos que poseen menos efectos neuromotores que los antipsicóticos típicos, pero tienen efectos adversos neurometabólicos con mayor frecuencia. En último lugar, se encuentra a la prometazina (10%) que es un fármaco antihistamínico, primo hermano del conocido Benadryl, que es utilizado fundamentalmente por su efecto sedativo.

#### Gráfico 4

### Psicofármacos más utilizados en NNYA internados



Internados al 30 de junio de 20/23.

**Total de casos: 118 NNYA.**

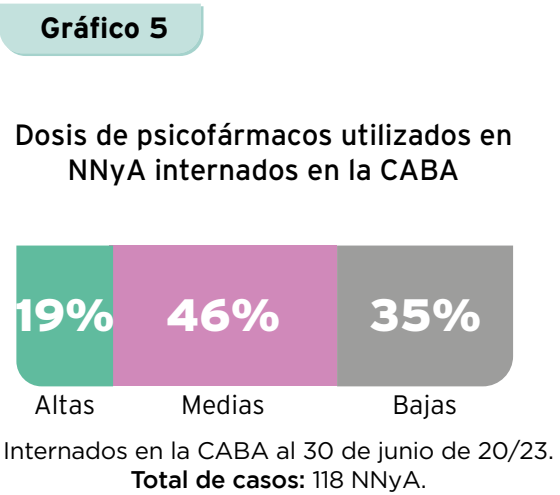
mas psicóticos y su efecto sedativo. Es frecuente que ocasione síntomas neuromotores como efecto secundario. El lorazepan (24%) es una benzodiacepina ubicada entre los fármacos ansiolíticos, de vida media corta y alta potencia por lo que se utiliza como sedativo en crisis agudas y como complemento de otros fármacos. La olanzapina (19%), el aripiprazol (15%) y la quetiapina (13%) son antipsicóticos atípicos, es decir más nuevos, con efectividad antipsicótica y de control de los impulsos que poseen menos efectos neuromotores que los antipsicóticos típicos, pero tienen efectos adversos neurometabólicos con mayor frecuencia. En último lugar, se encuentra a la prometazina (10%) que es un fármaco antihistamínico, primo hermano del conocido Benadryl, que es utilizado fundamentalmente por su efecto sedativo.

Esta caracterización según los fármacos utilizados es incompleta si no se ilustra en qué dosis y cuántos fármacos se utilizan habitualmente en el plan farmacológico de cada NNYA internado/a.

El Gráfico 5 ilustra las dosis aproximadas en las que son utilizados los psicofármacos relevados. Cabe destacar que se tomaron como

valores de referencia los que figuran en la “Guía para el uso racional de psicofármacos” (Ministerio de Salud de la Nación, 2018 y 2023). En base a ello, se determinaron valores altos, medios y bajos de manera estimativa con el objetivo de representar de manera sencilla en qué rango de dosis se usan los psicofármacos en este grupo en particular.

En la mayor parte de los casos los psicofármacos se utilizan en dosis medias (46%), seguido por las dosis bajas (35%) y por último los que son utilizados en dosis altas (19%). Esta situación se debe analizar a la luz de lo mencionado previamente. En promedio, los/as NNYA internados/as reciben entre 3 y 4 drogas en forma simultánea por lo que una combinación de fármacos en dosis bajas, medias y altas es habitual.



Por último, se analiza el tipo de fármacos utilizados según su clasificación fundamental. Si bien la misma es orientativa del tipo de patología u abordaje central, la misma no es excluyente. Por ejemplo, se suelen utilizar antipsicóticos para los trastornos del control de los impulsos y antidepresivos en los trastornos de ansiedad. Sin embargo, esta caracterización permite un análisis global del uso de fármacos en esta población.

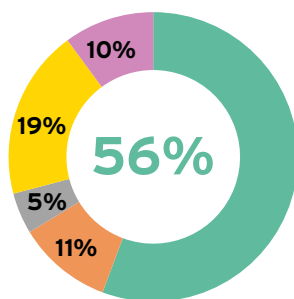
En el Gráfico 6 puede observarse que en el 55% de los casos se utilizan antipsicóticos en el tratamiento de NNYA internados/as. Este dato es congruente con lo relevado previamente sobre los diagnósticos que ponen en primer lugar los trastornos psicóticos. Si a este dato sumamos que los antipsicóticos se usan para diferentes objetivos es posible entender este fenómeno. Entre los fármacos antipsicóticos el principal efecto buscado es suprimir o moderar los síntomas psicóticos (alucinaciones y delirios, entre otros). Sin embargo, son utilizados también como sedativos, antiimpulsivos y como reguladores de la conducta.

En segundo lugar, pero bastante alejado del primer grupo se encuentran los fármacos estabilizadores del estado de ánimo (19%). Hay que señalar que estos fármacos también se utilizan con otros

fines como, por ejemplo, por su efecto antiimpulsivo. En tercer lugar, se encuentran los ansiolíticos (11%), utilizados en esta población por su efecto sedativo. En el 10% de los casos se observa el uso de Biperideno, que, como se explicó antes, se utiliza para neutralizar los efectos adversos neuromotores de los antipsicóticos. En último lugar, se observa el uso de antidepresivos en un 5% de la población relevada.

**Gráfico 6**

**Tipo de psicofármacos utilizados en NNYA internados**



- Antipsicóticos
- Ansiolíticos
- Anti-depresivos
- Otros (Biperideno)
- Estabilizadores del estado de ánimo

## Conclusiones

Esta investigación se constituye como una primera aproximación a la temática indagada. Es importante señalar que adolece de instancias comparativas que permitan un análisis más completo y profundo del fenómeno de la medicalización, como por ejemplo la comparación de muestras entre diferentes momentos históricos, la comparación con otras poblaciones o bien otras áreas geográficas. Sin embargo, tiene algunas virtudes que se deben señalar.

En nuestro medio existe una cantidad y variedad de instituciones donde se internan NNYA que no existe en otras localidades de nuestro país. Esto permite relevamientos y análisis con una población mayor. Si a ello sumamos que la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad interviene en la totalidad de las internaciones de NNYA por motivos de salud mental y adicciones notificadas, el relevamiento es muy exhaustivo.

Como se ha señalado, las internaciones en nuestro ámbito se producen en una abrumadora mayoría en instituciones monovalentes, siendo los principales lugares de internación el Hospital Tobar García (público) y la Clínica Dharma (privado). Esta situación va a contramano de lo que propone la Ley de Salud Mental, que busca que las internaciones de salud mental y adicciones se produzcan fundamentalmente en hospitales generales con el objetivo -que muchos consensos y conferencias internacionales establecen- de cerrar definitivamente las instituciones monovalentes y priorizar la atención comunitaria.

Entre los principales diagnósticos y motivos de internación figuran los trastornos psicóticos y la ideación o intento autolítico. Estos dos grupos reúnen la mayor parte de las orientaciones diagnósticas en las que se basan los abordajes terapéuticos de NNYA internados/as en nuestro ámbito. La tendencia a diagnosticar trastornos psicóticos en las internaciones de NNYA internados/as impresiona ser alta y debería investigarse profundamente para discriminar si existe una tendencia a sobreestimar este diagnóstico. Por su parte, la ideación autolesiva o las conductas suicidas en sus diferentes graduaciones vienen preocupando a la sociedad en los últimos años. Es difícil discriminar si esto obedece a un aumento real de este fenómeno o una mayor percepción y preocupación social. Sin embargo, es posible señalar que en esta muestra relevada la prevalencia de ideación suicida es incluso mayor de lo señalado, dado que muchos de los casos con otros diagnósticos también presentaron estos síntomas.

En base a los diagnósticos, motivos de internación o bien impresiones diagnósticas se orientan los abordajes terapéuticos, que en NNYA internados casi sin excepciones, incluyen un esquema farmacológico. En la muestra relevada, solo un caso no tenía un plan farmacológico instaurado, lo que muestra que la tendencia a medicalizar el padecimiento mental grave en esta población es alto. Si bien existen algunas alternativas terapéuticas y variados abordajes posibles, en la mayor parte de las internaciones el abordaje terapéutico se basa exclusivamente en entrevistas individuales a NNYA con una dupla terapéutica conformada por un psiquiatra y un psicólogo, a la que en algunas instituciones se agrega un trabajador social. Este equipo interdisciplinario resulta un estándar mínimo requerido, que en numerosas ocasiones resulta complejo garantizar. La falta de psiquiatras con especialidad infantojuvenil es una realidad, tanto en la CABA como en el resto del país. Sin embargo, resulta más llamativa la escasez de estrategias de abordaje terapéuticas que incluyan actividades grupales, recreativas, lúdicas y de otras disciplinas (musicoterapia, terapia ocupacional, psicopedagogía, entre otras). Incluso en el Hospital Tobar García, que posee servicios complementarios que incluyen estas disciplinas que trabajan frecuentemente en las salas de internación, en ocasiones, pareciera insuficiente su intervención en cada caso.

Todo lo mencionado contribuye a que la principal intervención terapéutica sea la utilización de psicofármacos. Cabe señalar que, de forma similar a lo relevado en otras investigaciones (Oliveira, Moreira y Reis, 2022; Barrios et al., 2020; Lares Asseff et al., 2010) impresiona que existe en la población de NNYA internados/as una prescripción inadecuada e indiscriminada de psicofármacos con alta frecuencia de indicación off-label. En la mayor parte de los ca-

Los fármacos antipsicóticos se utilizan como principal herramienta de abordaje y resulta mayor que lo observado en otros estudios. Entre sus principales efectos adversos se ha relevado la presencia frecuente de síntomas neuromotores (rigidez, movimientos involuntarios, salivación excesiva, entre otros). Estos síntomas se intentan atenuar o eliminar con otro fármaco que se utiliza frecuentemente, el Biperideno, lo cual agrega otra sustancia a los esquemas de medicación. Por otro lado, el uso de antidepresivos en esta población es menor que lo relevado en otras investigaciones (Bonati y Clavenna, 2005).

Es importante señalar que los esquemas farmacológicos apuntan, por lo general, a regular y equilibrar conjuntos de síntomas, por lo que es frecuente que se combinen diferentes drogas con el objetivo de apuntar a diferentes blancos sintomáticos. De este modo, se observa en la muestra relevada que, en promedio, los NNyA internados/as reciben entre 3 y 4 psicofármacos cada uno/a. Si mencionamos que estos fármacos se utilizan en dosis fraccionadas, la cantidad de pastillas que se ingieren cada día es alta.

En cuanto a las dosis en que se usan los psicofármacos, la actual investigación no resulta muy concluyente. Se debe señalar que, en su gran mayoría, se utilizan en cantidades medias y bajas. Aunque existe casi un 20% de los casos en los que se utilizan en dosis altas debe advertirse que, los/as NNyA tienen una tasa de metabolización de drogas que suele ser más alta que los/as adultos/as por lo que, a veces, se necesitan mayores dosis para llegar al efecto deseado.

Pese a lo señalado antes, la cantidad de fármacos utilizados en este ámbito y sus principales consecuencias son preocupantes. Impresiona que exista una tendencia a naturalizar la necesidad de medicalización de la sociedad en general y de este grupo en particular. La patologización de diferentes condicionantes sociales y conductas problemáticas conlleva a la medicalización de un fenómeno social.

Por otro lado, se ha advertido, en diversas investigaciones (MPD, 2015; Crespo Kaul, Folgar y Muñoz Genestoux, 2019) que la internación es muy frecuentemente la puerta de entrada al sistema de salud mental. De este modo, como modalidad de abordaje se encuentra sobredimensionada a expensas de la falta de dispositivos de tratamiento y abordaje comunitarios. Esta observación no es menor y redundante en abordajes institucionales con tendencia al aislamiento, la patologización y medicalización. La escasez de propuestas que instituyan una contención comunitaria y comprensiva del padecimiento mental desemboca en respuestas tardías y parciales. La medicalización es apenas la consecuencia última de un fenómeno que se explica, en gran medida, por la falta de abordajes integrales y comunitarios como propone la LNSM. En-

tre ellas se debe destacar -además de la creación de dispositivos de atención comunitarios, casas de medio camino, estrategias de resocialización e integración sociocomunitaria- la inclusión de los consumos problemáticos como parte de la salud mental, desde un paradigma de reducción de riesgos y daños.

La medicalización es un fenómeno complejo que debe ser abordado con responsabilidad y compromiso. Para ello es imprescindible implementar políticas de intervención concretas que ayuden a disminuir la necesidad del uso de fármacos como única y principal intervención.

## Discusión

Llegar al final de una investigación con más preguntas que respuestas es un buen augurio. Al menos pone sobre la mesa la necesidad de seguir indagando la realidad. La medicalización de la sociedad contemporánea es un fenómeno complejo y cada vez más extendido que, sin ninguna duda, incluye a NNYA, más aún si tienen algún padecimiento de salud mental.

¿Qué es lo que medicamos cuando le damos un fármaco a un niño o una niña con problemas de conducta? ¿O a un adolescente con problemas de consumo de sustancias? ¿O una joven con ideación suicida? Habrá respuestas para cada una de estas cuestiones y sus aristas, pero subsiste otra pregunta, más inquietante: ¿Medicamos el padecimiento o también medicamos para controlar lo disruptivo, lo intolerable, lo incomprensible?

¿Qué hay en el adentro del adentro del adentro? Es decir: ¿qué hay en el mundo interior de NNYA que padecen un trastorno mental, cercados por fármacos, por muros y, en última instancia, cercados también por el estigma, la marca escarlata de la locura que ya fue estampada en su cuerpo de manera indeleble? Suele suceder que no lo sabemos. Lo que se dice, lo que se hace frecuentemente, es a partir de lo que otros interpretan de sus conductas y del malestar que provoca en los demás. Es poco lo que se busca, resalta y subraya de sus deseos, potencialidades, intereses e incluso de sus propias palabras.

Todas las barreras que cercenan la libertad o, mejor dicho, la libre expresión de lo que le ocurre a cada NNYA son solo una manera de contener o apenas moderar el padecimiento. Pero poco, muy poco, se ocupa esta sociedad de develar allí a un sujeto deseante y portador de derechos.

¿Dónde está la promoción del juego, de las lecturas, del aprendizaje? ¿Qué hacemos para desarrollar en el barrio, en la escuela, en cada casa estrategias de promoción de la salud mental? ¿Qué se hace para abordar el padecimiento allí mismo donde viven, donde

circulan y anidan, antes de institucionalizarlos? ¿Dónde ha quedado el ejercicio cotidiano de ver a un/una NNyA, una persona detrás del conflicto, del problema, de la locura? A veces suena utópico todo este palabrerío. Sin embargo, discurrir con el pensamiento, disgregarse en ideas utópicas, es la única manera de imaginar otro mundo posible. Cuestionar la realidad, estudiarla y desmenuzar sus nudos problemáticos es el primer paso para reconocer que algo debe ser modificado. A partir de allí es posible encontrar el modo de cambiar los condicionantes que operan o la manera en que habitualmente accionamos.

Por último, una misión (o más bien un deseo): como la institucionalización de NNyA y la medicalización de sus vidas son el producto de la forma en que, como sociedad, abordamos sus crisis vitales, sociales, familiares y personales, ¿qué tal si en vez de obturar con sustancias las señales de alarma empezamos a utilizar las herramientas que están en nuestras manos para transformar profundamente los destinos de los/as NNyA más vulnerables?

## Bibliografía

Barcala, A. 2012. “Los dispositivos de atención de niños, niñas y adolescentes con padecimiento en su salud mental en la CABA”, en *Salud mental y derechos humanos. Asesoría General Tutelar de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio Público Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires: Eudeba.*

Barcala, A. y Luciani Conde, L. (comps.). 2015. *Salud mental y niñez en la Argentina: legislaciones, políticas y prácticas.* Buenos Aires: Teseo.

Barcala, A.; Bianchi, E. y Poverene, L. 2017. “Medicalización de la infancia: sus efectos en la salud mental”. *Revista Derecho de Familia Abeledo-Perrot* N° 85.

Barcala, A., Luciani Conde, L., Wilner, A., Tisera, C. y Prol, G. 2019. “Niñez y violencias institucionales en la internación por salud mental: estudio exploratorio en la Ciudad de Buenos Aires”, en A. Barcala y L. Poverene (comps.). *Salud mental y derechos humanos en la infancia y adolescencias*, 249-260. Remedios de Escalada: De la UNLa.

Barrios, A., Barrios, S., Behrens, H., Bentos-Pereira, C., Catterina, X.D., Maurense, L. y García, L. 2020. “Politerapia en niños y adolescentes hospitalizados en cuidados moderados en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (julio-setiembre 2019)”. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 91(4), 207-224.

Bell, S. y Figert, A. 2015. Reimagining (bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements. New York-London: Routledge.

Bonati, M. y Clavenna, A. 2005. "The epidemiology of psychotropic drug use in children and adolescents". *International Review of Psychiatry*, 17(3), 181-188.

Conrad, P. 1982. "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social", en David Ingleby (ed.) *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*, pp.129-154. Barcelona: Crítica-Grijalbo

Conrad, P. 2005. "The shifting engines of medicalization". *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 3-14

Conrad, P. 2007. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University.

Conrad, P. 2013, "Medicalization: Changing contours, characteristics, and contexts", en Cockerham, William (ed.), *Medical sociology on the move: new directions in theory*. New York: Springer, 195-214.

Crespo Kaul, H., Folgar, M.L. y Muñoz Genestoux, R. 2019. "Todas las rutas llevan a... Descripción trans-institucional de Internaciones de Niños, Niñas y Adolescentes en Hospitales Públicos y Privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", en *Salud Mental y Derechos Humanos en las infancias y adolescencias. Investigaciones actuales en Argentina*. Remedios de Escalada: De la UNLa, 223-237.

Faraone, S. 2010. "Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina". *Interface Comunicação Saúde Educação*, (14), 34, 485-97.

Foucault, M. 1975. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Lares Asseff, I., Sosa Macías, M., Alanis Bañuelos, R.E., Sánchez, P., Guillé Pérez, G., Loera Castañeda, V. y Galaviz Hernández, C. 2010. "Farmacoepidemiología de psicofármacos empleados en la práctica pediátrica en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital General de Durango, México". *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 67(1), 27-36.

López, N., Torres, J. y Weber Suardiaz, C. (comps.) 2017. *Debates en el campo de la salud mental: práctica profesional y políticas públicas*. La Plata: Uni-versidad Nacional de La Plata.

Michalewicz, A., Obiols, J., Ceriani, L. y Stolkner, A. 2011. "Usua-

rios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio”. Presentación, III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología.

Ministerio de Salud de la Nación. 2018. “Guía para el uso racional de psicofármacos en el primer nivel de atención”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de <http://186.33.221.24/images/2018/Gu%C3%ADa%20psicof%C3%A1rmacos%20MEDICAMENTOS%20ESENCIALES%202018%20FINAL.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. 2023. “Salud Mental en el Primer Nivel de Atención: uso apropiado de psicofármacos”. Recuperado de [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-08/uso-apropiado-psicofarmacos-1\\_edicion-abril-2023.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-08/uso-apropiado-psicofarmacos-1_edicion-abril-2023.pdf)

Ministerio Público de la Defensa de la Nación. 2015. Acceso a la justicia de niñas, niños y adolescentes internados por salud mental y adicciones: testimonio 2012 - 2014. Ministerio Público de la Defensa. Buenos Aires: Defensoría General de la Nación. Recuperado de <https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/revista/Revista%202018-FINAL-comp.pdf>

Jutel, A.M. 2009. “Sociology of diagnosis: a preliminary review”. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 278-299.

Jutel, A.M. 2011a. “Classification, disease, and diagnosis”. *Perspectives in Biology and Medicine*, 54(2), 189-205.

Jutel, A.M. 2011b. *Putting a Name to it. Diagnosis in contemporary society*. Baltimore: Johns Hopkins University.

Jutel, A.M. 2015. “Beyond The Sociology of Diagnosis”. *Sociology Compass*, 9(9), 841-852.

Oliveira, C.R.V., Moreira, C.N. y Reis, B.C.C. 2022. “Prescrição de psicofármacos em pacientes pediátricos: uma revisão de literatura”. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 2, e9382-e9382.

Rose, N. 1996. “Psychiatry as a political science: advanced liberalism and the administration of risk”. *History of the Human Sciences*. 2(9), 1-23.

Zola, I. 1972. “Medicine as an institution of social control”. *The sociological Review*, 20, 487-504.



## Acceso a la salud en CABA: el trabajo del Equipo de abordaje de personas en situación de calle con padecimiento mental severo (ASIC)

### Agustín Tomás Goya.

Médico psiquiatra (UBA). Coordinador del Equipo de Salud Mental Comunitaria y Territorial de la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El hospicio estatal  
 está lleno  
 repleto  
 hacinado  
 superpoblado  
 de locos... pobres  
 y de pobres locos.  
 Me acuerdo de Alfredo Moffatt  
 cuando decía: Existe un par dialéctico  
 entre la locura y la pobreza  
 -y se rascaba la cabeza-  
 la locura empobrece,  
 la pobreza enloquece.  
 Continuaba...  
 Sé que a veces, uno, de la locura sale...  
 pero ¿Cómo se hace para salir de la pobreza?  
 ¡Necesito un curso acelerado!  
 Alfredo... perdoname, pero esto  
 más que un par dialéctico,  
 es sencillamente, un círculo vicioso.  
 -Marisa Wager, Los montes de la loca

## Introducción

En nuestro país, la problemática de las personas en situación de calle (PSC) se vio gravemente afectada a partir de la década del '90 y luego con la crisis del 2001, sumado a la pandemia del COVID-19. Es en ese contexto socio-económico de carácter neoliberal en donde se produjeron transformaciones estructurales que han dejado profundos cambios tanto en nuestro entramado social

como subjetivo. El deterioro de los salarios y el incremento de la desocupación fue una consecuencia de ello. De esta manera muchas personas se vieron obligadas a vivir en la calle, siendo expulsadas de sus propios hogares causando un gran impacto psíquico. Sobre esto Emiliano Galende (2007) expresa que:

[...] la locura, marginalidad, exclusión social, pobreza y el desamparo, son aspectos que siempre se aúnan para generar el destino del sufrimiento mental. En nuestro país la última crisis mostró ejemplarmente esta asociación entre sufrimiento mental y exclusión social, en cierto modo dio lugar a nuevos sufrimientos vinculados a la marginalidad o al riesgo de la exclusión: violencia, depresión, crisis de personalidad, adicciones, trastornos psicósomáticos y del estrés, entre otros.

En principio, para lograr una primera aproximación a la complejidad de las PSC y poder pensar alguna estrategia posible para dicha población, resulta necesario contar con algunas estadísticas sobre la temática. Si bien se han realizado diversos censos con distintos abordajes y definiciones sobre esta población, aún no se ha logrado llegar a una cifra concreta.

Según el último censo realizado por el G.C.B.A. en el mes de abril de 2023, actualmente hay 3.511 personas en situación de calle, de las cuales un 64.6% se encuentran en los Centros de Inclusión Social (antiguamente llamados paradores) y el 35.4% en calle. En contraste a este recuento oficial, el último censo realizado en el 2019 por distintas asociaciones civiles, movimientos sociales y algunos organismos estatales arrojan un resultado abismalmente superior de 7.251. Considerando que del año pasado al actual hubo un crecimiento del 34% según el censo oficial, podríamos pensar que el número de PSC estaría superando las 10 mil personas.

Es importante destacar que aún no se cuenta con ninguna estadística sobre las personas con algún tipo de padecimiento mental que se encuentran en situación de calle. Resulta imperioso poder establecer la prevalencia de dicha problemática, considerando que esta población pertenece a uno de los grupos más vulnerados e invisibilizados en nuestra sociedad.

A fin de poder dar cuenta del trabajo que se viene realizando con dicha población en un principio se desarrollarán unas definiciones iniciales, incluyendo la de 'trastorno mental severo' así como el marco normativo vigente. Posteriormente, se describirá al equipo ASIC (Abordaje de PSC con padecimiento mental severo), su labor en el territorio y los modelos de abordaje de otros países con los cuales nos referenciamos, así como también el entrecruzamiento entre la noción de riesgo cierto e inminente según la Ley Nacional de Salud Mental y la situación de calle.

## Hacia una definición posible

Además de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) y la Ley N° 448 de la Ciudad de Buenos Aires (2000), en nuestro país y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se han sancionado dos leyes con el objetivo de garantizar de forma integral los derechos humanos de las personas en situación y riesgo de calle. Ellas son la Ley N° 27.654 (de Situación de Calle y Familias sin Techo) y la Ley N° 3.706 (Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo a la Situación de Calle), respectivamente. El artículo 4 de la Ley Nacional establece lo siguiente:

Personas en situación de calle son quienes, sin distinción de ninguna clase, sea por su condición social, género, edad, origen étnico, nacionalidad, situación migratoria, religión, estado de salud o cualquier otra, habiten en la calle o en espacios públicos en forma transitoria o permanente, utilicen o no servicios socio asistenciales o de alojamiento nocturno, públicos o privados.

Por otro lado, también se instituye la definición de persona en riesgo a la situación de calle:

Personas en riesgo a la situación de calle son quienes [...] estén en alguna de las siguientes situaciones:

- residan en establecimientos públicos o privados -sean médicos, asistenciales, penitenciarios u otros-, de los cuales deban egresar por cualquier causa en un plazo determinado y no dispongan de una vivienda al momento de su egreso;
- se encuentren debidamente notificados de una situación inminente de desalojo o de una resolución administrativa o sentencia judicial firme de desalojo, y no tengan recursos para procurarse una vivienda; o
- habiten asentamientos precarios o transitorios sin acceso a servicios públicos esenciales o en condiciones de hacinamiento que afecten su integridad psicofísica, que no califiquen como barrios populares de acuerdo con la Ley N° 27453.

Si bien la cuestión habitacional es la más explícita, es importante señalar que encontrarse en situación de calle no tiene que ver simplemente con tener un techo o no. El asunto residencial termina hegemonizando los principales lineamientos de la ley, pero no debemos descuidar todas las otras aristas. Esta población en su mayoría se encuentra en una posición de extrema vulnerabilidad, teniendo que sobrevivir en un hábitat extremadamente hostil. Son múltiples los relatos que escuchamos acerca de situaciones de robos y violencias: según ellos, dormir de noche no es negociable; en general descansan de día ya que se sienten más seguros.

De esta forma sus vidas transcurren en una lucha diaria para intentar satisfacer sus necesidades más básicas de subsistencia como salud, alimentación y protección. La falta de un hogar estable, el acceso limitado a recursos esenciales y la marginación social pueden hacer que estas personas sufran discriminación y diferentes formas de violencia de manera constante. La persistencia de la vida en la calle se refleja en la degradación de la salud mental, el arrasamiento subjetivo y relaciones sociales precarias y cambiantes. Jorgelina Di Iorio (2019, 168) dice que:

[...] además de déficit de vivienda y de trabajo, acumulan otro conjunto de vulnerabilidades psicosociales entre las que se incluyen debilitamiento de la red socio-familiar de apoyo, aislamiento social, padecimientos físicos y de salud mental, exposición a violencias, así como también dificultades en el acceso a derechos sociales, culturales y políticos.

## Un dispositivo comunitario y territorial

Frente a esta problemática, en el año 2018 se conformó un equipo de Abordaje de personas en situación de calle con trastorno mental severo (ASIC) integrado en la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y bajo la supervisión de la Subsecretaría de Atención Hospitalaria del Ministerio de Salud de la Ciudad. El mismo cumple un rol vital en el abordaje de esta problemática que continúa creciendo a nivel mundial. Es importante destacar que no existen muchos dispositivos en el mundo, y principalmente en Latinoamérica, con una perspectiva similar de trabajo.

El equipo se desempeña en conjunto con Buenos Aires Presente (BAP), programa que surge en 1999 con el propósito de lidiar con la emergencia social de las personas en situación de calle. Se trata de un proyecto que opera bajo la órbita de la Dirección General de Atención Inmediata de la Subsecretaría de Fortalecimiento Familiar y Comunitario, la cual forma parte del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del Gobierno de la Ciudad.

El objetivo del equipo ASIC radica en la promoción del acceso de esta población a los servicios de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través de una combinación de estrategias comunitarias, territoriales y colaborativas entre distintos sectores con una perspectiva de derechos humanos. La diversidad y complejidad de este desafío se aborda de manera integral mediante un equipo interdisciplinario, integrado por médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, operadores socio terapéuticos y además cuenta con el apoyo de un equipo de asesoramiento legal y administrativo.

Además de las características mencionadas anteriormente, se agrega como criterio de inclusión al dispositivo que sean personas mayores de edad y que residan en el ámbito de C.A.B.A. Por el contrario, los criterios de exclusión son que el usuario se encuentre en un tratamiento activo en algún dispositivo sanitario, o que el mismo presente alteraciones conductuales graves, así como riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros (ante lo cual se solicita que se comunique con el 107) ya que no es un dispositivo de urgencias.

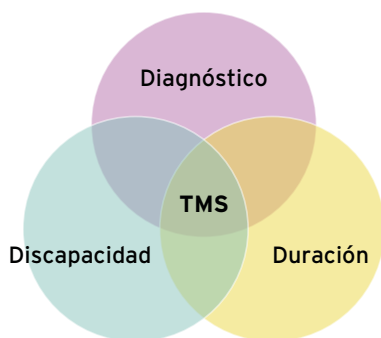
Las solicitudes de asistencia son gestionadas por el programa BAP, ya sea a través de los mismos usuarios en situación de calle o a través de vecinos de la ciudad que se contactan a los números de emergencia conocidos (108/147). También pueden provenir de otros actores urbanos que utilizan canales similares e instituciones gubernamentales, como por ejemplo los juzgados. A partir de esto, se organizan visitas para evaluar cada caso en el que el equipo interdisciplinario entre en contacto. El proceso de evaluación llevado a cabo por ASIC implica un enfoque integral, que considera aspectos como el estado de vulnerabilidad psicosocial de la persona, su red de apoyo social, su estado de salud mental y física, así como su participación en redes comunitarias u organizaciones barriales, entre otros factores. La información se recopila a través de las experiencias y relatos de la persona en situación de calle, así como a través de las percepciones de otros actores sociales cercanos.

## ¿Qué se entiende por Trastorno Mental Severo (TMS)?

Basani (2018) describe al TMS como un conjunto de nosologías de diferente naturaleza y presentación clínica (fundamentalmente esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos delirantes, trastornos depresivos graves y algunos trastornos graves de la personalidad), que tienen en común el criterio de gravedad por la duración en el tiempo (mayor a 24 meses) y con un deterioro progresivo y marcado en las distintas áreas de funcionamiento general de la vida de la persona, trabajo, autocuidado y relaciones interpersonales.

Poder establecer el TMS como entidad dentro de un marco teórico permite la elaboración e implementación de políticas públicas para dicha población, trascendiendo la perspectiva del diagnóstico como la base y el único criterio para definir las problemáticas de salud mental. Asimismo, al ser una categoría multidimensional se propone un abordaje complejo con una mirada integradora (Velzi Diaz et. al, 2022).

Para entenderlo de manera más esquemática, se los puede diferenciar según tres dimensiones (Rodríguez & González Cases, 2002):



Es importante destacar que, en muchas ocasiones, el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas o solamente la dimensión de la cronicidad no determinan un TMS.

Como se desprende de lo expuesto, la población abordada por el equipo ASIC no presenta una demanda activa de los servicios de salud, salvo contadas excepciones. No es raro encontrarse con personas que ya han tenido algún tipo de trayectoria dentro de dispositivos de salud mental, ya sea internaciones y/o tratamientos ambulatorios. Resulta importante tener en cuenta sus antecedentes debido a que, muchas veces, sus experiencias y vivencias previas han sido desfavorables, lo cual impacta en la posibilidad de intervención del equipo.

Es claro que nuestras intervenciones no se reducen solamente a los padecimientos mentales, ya que estos abordajes deben ser necesariamente integrales. En muchas ocasiones, de hecho, la prioridad es la atención clínica. Nuestro equipo, en la gran mayoría de los casos, termina siendo el único nexo posible de dicha población con algún servicio de salud. Patologías como neumonías, úlceras venosas, infecciones en la piel (por solo enumerar algunas) son moneda corriente. Si bien no conforman entidades de 'gravedad', la falta de un tratamiento y su consecuente seguimiento puede facilitar la aparición de diversas complicaciones.

## La calle como potenciador del riesgo

La LNSM, en su artículo 20, indica:

Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros [...].<sup>1</sup>

1 Decreto reglamentario 663/2013. Boletín Oficial de la Nación 05/05/2013.

Dicha ley establece directrices específicas para la evaluación del riesgo. En casos de personas en situación de calle que padecen trastornos mentales se debe buscar equilibrar la necesidad de proteger a estas personas, respetando por un lado su autonomía y libertad y estableciendo, a su vez, procedimientos que permitan intervenir cuando se identifique un riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros.

La cronicidad de la situación de calle se traduce en arrasamiento subjetivo, vínculos sociales inestables y transitorios y labilidad afectiva (Seidmann et. al, 2009). Esto, en el circuito de asistencia, se traduce en que las personas en situación de calle sean ubicadas como receptoras de cuidado, en tanto que se supone que ellos no saben ni pueden cuidarse.

Emiliano Galende (B. Geller, 2007) sostiene que el problema (cuando se trata de problemas de salud mental) no es estrictamente psicopatológico. Lo que está en riesgo es la capacidad subjetiva de esa persona de subsistir en un medio social. Esa capacidad de subsistencia, de desarrollar su vida en un medio social, también está en relación con los recursos que esa persona pueda encontrar en el ámbito de la salud mental. Ahora, ¿qué sucede cuando ese medio social ocurre en un contexto en calle?

Poder evaluar fehacientemente la contingencia, el daño verdadero, el perjuicio a la vida y la posible verificación de dichas variables reviste de una complejidad mayúscula cuando la persona se encuentra en dicha situación. El habitar la calle supone la exposición a una diversidad de factores que, acentuados por su carácter contingente y azaroso, problematizan la capacidad para determinar la inminencia y la certeza del riesgo. Como se mencionó anteriormente, la persona en calle ya de por sí se encuentra vulnerable y sometida también a factores climáticos, socioeconómicos, a la interacción con los vecinos y a la fuerza pública, a una menor accesibilidad a diversas instituciones, con mayor exposición al consumo de sustancias y a la delincuencia. Si a dichos factores se añade la presencia de un trastorno mental que condiciona el juicio y el criterio de realidad, delimitar con exactitud la línea que separa el riesgo inminente del potencial se torna una dificultad que muchas veces obstaculiza llevar adelante una correcta intervención terapéutica. Este desafío requiere un enfoque interdisciplinario y un marco legal que permita la flexibilidad necesaria para garantizar la protección de los derechos de estas personas.

## Distintas estrategias de abordaje

Merece la atención que en la actualidad hay muy pocos escritos sobre dispositivos y experiencias con personas con TMS en situa-

ción de calle. En este texto me limitaré a desarrollar dos posibles estrategias de abordaje que, de todas formas y a los fines más prácticos, se superponen y complementan.

Uno de los modelos en los que nos basamos para nuestra praxis es el llamado outreach o modelo de búsqueda activa (Morse, Calsyn, Miller et al., 1996). Tal como se deduce de su nombre, tiene como objetivo realizar una búsqueda activa de las personas con TMS y no esperar a que los mismos concurren a algún servicio de salud para recibir atención. Para ello se propone un conjunto de estrategias diseñadas para facilitar el establecimiento de relaciones terapéuticas más sólidas y duraderas, mejorando así dicha accesibilidad. Este método busca superar barreras potenciales y asegurar que las personas reciban el apoyo necesario de manera oportuna y accesible. Para ello se describen tres fases: pre-enganche, enganche e intervención (o contrato). En el primer paso se plantea que se logre ubicar a la persona y se realice el primer contacto, posibilitando la realización de una evaluación situacional inicial e intentar generar interés sobre los recursos y servicios terapéuticos disponibles. Los primeros acercamientos muchas veces consisten en solamente pasar a saludar al usuario hasta que finalmente se pueda lograr mantener una entrevista, esto puede demorar inclusive hasta varios meses. En el segundo paso el objetivo es alcanzar el desarrollo de la confianza y la alianza entre ambas partes para poder formalizar la relación terapéutica. La empatía y la construcción de un vínculo de confianza son esenciales para poder reconstruir las historias de vida, incluyendo su origen, trayectorias institucionales, relaciones familiares y los factores desencadenantes por los cuales terminó en situación de calle. En la fase de intervención o contrato, ya establecido el vínculo, se formulan metas y objetivos. Se formalizan los términos específicos del plan de tratamiento, definiendo metas alcanzables y los pasos concretos que se seguirán para su consecución. Es importante poder anticiparse inclusive antes de que surja la demanda.

Una de los lineamientos que plantea la LNSM es el pasaje de una atención hospitalocéntrica a una basada en la comunidad, rompiendo con el paradigma del modelo asilar, los manicomios y el aislamiento. Durante el proceso de desinstitucionalización de EEUU durante las décadas de los '60/'70, un grupo de profesionales apostó a una nueva forma de abordaje denominado Tratamiento Asertivo Comunitario. Esta forma parte de las intervenciones planteadas por la salud mental comunitaria, y algunos autores lo teorizan como un enfoque basado en la proximidad, lo que permitiría una atención integral, integrada y de continuidad (Stein, Marx y Test, 1974).

Uno de los ejes que propone este modelo es el de gestión de casos. Plantea que se debe promocionar el flujo efectivo de infor-

mación entre los diversos servicios, instituciones y profesionales involucrados. Son múltiples los actores que intervienen en cada uno de los usuarios; por ello, es fundamental lograr el armado de una narrativa de la persona con un enfoque multidimensional, donde se abarque, por ejemplo, su historia de vida, sus antecedentes clínicos, sus redes socio afectivas, entre otras dimensiones, para contrarrestar de esta forma la segregación y fragmentación que el sistema impone. Este enfoque no solo contribuye a la complementariedad entre los servicios participantes, también evita superposiciones y vacíos en la atención. Además, posibilita que la persona cuente con un único interlocutor en el sistema.

En consonancia con el modelo outreach mencionado anteriormente, también se plantea que el trabajo se realice en el propio medio de los usuarios, favoreciendo la construcción del vínculo desde la proximidad y en su lugar de pertenencia (en nuestro caso, la calle). Se intenta buscar y dar respuesta a sus necesidades en el hábitat donde se encuentran a través de la creatividad y la solidaridad de la comunidad.

Por otro lado, se proyecta poder realizar una atención “caso por caso”, integral e individualizada. Es importante subrayar que nuestro equipo no persigue la “cura” de la enfermedad mediante un enfoque reduccionista biologicista. En cambio, nuestro objetivo primordial es el bienestar integral de la persona, reconociendo que en numerosas ocasiones esto implica no limitarse al tratamiento estrictamente psiquiátrico.

Otro de los lineamientos que presenta este modelo es que se debe contar con un equipo interdisciplinario para realizar el debido acompañamiento. Es evidente que la complejidad de cada caso obliga al equipo a fomentar una visión más ampliada de las problemáticas y necesidades de las personas. Asimismo, debe haber un compromiso de una continuidad coherente del cuidado para los problemas existentes y que puedan ir surgiendo, así como una mayor frecuencia de visitas en comparación a los seguimientos tradicionales hospitalarios (en promedio se realiza un seguimiento cada dos semanas).

## ¿Qué intervenciones se realizan desde el equipo?

Para cada una de las personas se elabora un plan personalizado de abordaje en red para poder prestar una atención integral. En el siguiente apartado me propongo enumerar las distintas intervenciones que se realizan desde nuestro equipo para intentar garantizar la multiplicidad de vulneraciones de derechos que padece esta población:

- 1) Gestión de recursos para la satisfacción de necesidades básicas. Se ofrecen elementos de higiene, viandas y abrigo (ropa y mantas). Así como también se solicita la colaboración con el BAP para que el usuario pueda concurrir a algún Centro de Inclusión Social u Hogar.
- 2) Lazos filiatorios y revinculación. Se corrobora la existencia de alguna red socio afectiva a través de organismos públicos como por ejemplo el Sistema Federal de Búsqueda de Personas Desaparecidas y Extraviadas (SIFEBU).
- 3) Abordaje integral. Elaborar estrategias de intervención individualizada con el fin de fomentar el acceso a la salud integral y el cese de la vulneración de derecho a la salud de las personas en calle. Se lleva a cabo una evaluación interdisciplinaria y situacional del usuario. Si bien la presencia de riesgo cierto e inminente es un criterio de exclusión para el programa, en algunas oportunidades es necesaria la intervención del SAME (107) ya que el usuario presenta alguna situación de urgencia (excitación psicomotriz, conductas auto/heteroagresivas, descompensación psicótica aguda, intoxicación por sustancias o abstinencia severa sólo por nombrar algunos escenarios posibles)
- 4) Tramitación de beneficios y/o planes sociales. Se efectúa la tramitación de DNI a través del Registro Nacional de Personas (RENAPER) garantizando su derecho a la identidad, y además subsidios habitacionales, ciudadanía porteña, pensiones y jubilaciones a través de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).
- 5) Articulación con organismos judiciales. Como ya mencioné anteriormente, en algunas ocasiones no se logra entrevistar al usuario como parte de su cuadro psicopatológico, así como muchas veces tampoco presenta conciencia de situación o enfermedad. En estas situaciones, sumado a la existencia de un potencial riesgo, se requiere la colaboración de los distintos juzgados y la Asesoría General Tutelar (AGT) para solicitar una evaluación interdisciplinaria según el marco normativo vigente (Art. 42 Código Civil y Comercial de la Nación) para el traslado de la persona a algún efector público.
- 6) Trabajo en Red. Sosteniendo el paradigma de la salud mental comunitaria es importante el abordaje en red, por lo que se intenta articular con vecinos, fundaciones y organismos no gubernamentales, así como Centros de Salud y Acción Comunitarias (CeSAC) e instituciones religiosas.

- 7) Capacitación e investigación. Se efectúa el armado de una base de datos para seguimiento y estadística. Asimismo, se brindan instancias de capacitaciones y supervisiones en el BAP. Además, participa en diversas jornadas y congresos de salud mental.

## Conclusiones

La falta de recursos y la resistencia a brindarle una atención digna a las personas en situación de calle atraviesa transversalmente a casi todas las instituciones, los hospitales no son la excepción: “no hay nada para ofrecerles, en una semana van a volver a estar en la calle” es una de las frases que más escuchamos.

Es esencial promover una mayor concientización y comprensión dentro de los equipos de salud sobre las personas en situación de calle con padecimiento mental, intentando fomentar la empatía y superando los prejuicios. Además, resulta imperativo poder desarrollar estrategias que no sólo aborden las necesidades inmediatas de las personas en situación de calle (como brindarle algún techo), sino que también busquen crear oportunidades sostenibles para su reinserción en la sociedad. En esta línea, Seidmann (2020) expresa que:

[...] la posibilidad de superar el trauma de vivir en la calle está en la reconstrucción de las redes sociales destruidas, en la forma de nuevos vínculos intersubjetivos y sociales, restableciendo lazos sociales sólidos y duraderos, creando espacios sociales solidarios.

Del escrito se desprende que evidentemente no hay un abordaje posible si este no es de forma integral, territorial e intersectorial. Desde el equipo hay un posicionamiento inamovible sobre la importancia de que nuestra práctica se encuentre basada en la comunidad y con perspectiva de derechos humanos. Es nuestro deber repensar nuestras praxis diariamente con la intención de trabajar al interior del sistema de salud también y con todos los sectores gubernamentales posibles, promoviendo políticas públicas en materia de salud mental y que finalmente se pueda alcanzar la conformación de los dispositivos sustitutivos al manicomio y al encierro.

Aunque en este trabajo no se profundizó en el estigma y la discriminación experimentados por las personas en situación de calle, es imperativo abordar este tema. La criminalización y la psicopatologización de la pobreza no son fenómenos nuevos, y la falta de visibilidad y abandono por parte del Estado subrayan la complejidad de esta problemática. No podemos eludir la responsabilidad

de mencionar estos aspectos. Las leyes en el campo de la salud mental y las personas en situación de calle, tal como con otras leyes como el aborto legal y el matrimonio igualitario, han surgido a través de la movilización popular y la presión de parte del conjunto de la población. Sin embargo, la mera promulgación de leyes no es suficiente. La implementación de políticas públicas, adeudadas desde hace años, no debe postergarse más. Es urgente y necesaria la participación no solo de los profesionales y usuarios, sino también del conjunto de la sociedad para que finalmente se mejoren las condiciones de vida de una de las poblaciones más invisibilizadas de nuestro país.

## Bibliografía

Di Iorio, J. 2019. “Vivir en situación de calle en contextos urbanos: Subjetividades en resistencia”. Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology (IJP), 53(2), 167-179. Recuperado de <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/download/1067/975/3530>

Di Iorio, J. 2016. Intervenciones psicosociales con personas en situación de calle. Psicoperspectivas, 15(3). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-838>

Di Iorio, J. 2016. “Construyendo comunidad: investigación-acción con personas en situación de calle en la ciudad de Buenos Aires”. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación, XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-044/580>

Geller, Bruno. “Entrevista a Emiliano Galende, especialista en salud mental”. 2007. Agencia CyTA-Instituto Leloir. Recuperado de <https://www.agenciacyta.org.ar/2007/06/entrevista-a-emiliano-galende-especialista-en-salud-mental/>

Porras, J. A. 2014. “Las estrategias de proximidad y centradas en la persona como alternativa a la fragmentación en la atención”. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social, 54, 7-25. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5179106>

Proyecto 7. 2019. Informe Ejecutivo: Segundo Censo Popular de Personas en Situación de calle en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado el 10 de agosto del 2023 de <https://proyecto7.org/wp-content/uploads/2019/07/Informe-Ejecutivo-CPPSC2019.pdf>

“Aumentó un 34% en CABA la cantidad de personas en situación de calle”. Télam. 2023. Recuperado el 10 de agosto del 2023 de <https://www.telam.com.ar/notas/202306/630822-aumento-34-personas-situacion-calle-caba-censo.html>

Ley N°26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina

Ley N°448 (2000). Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Ley N°3706 (2010). Protección y Garantía Integral de los Derechos de las Personas en Situación de Calle y en Riesgo a la Situación de Calle. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Ley N°27.654 (2021). Personas en Situación de Calle y Familias sin Techo. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.



# CAPÍTULO III

---

*Diálogos interinstitucionales  
sobre salud mental.  
Experiencias de distintos actores*



## La intervención de la Defensoría Pública Tutoría con relación a niños, niñas y adolescentes internados por salud mental

### Juan Pablo Olmo

Abogado (UBA). Especialista en Derecho de Familia (UBA). Defensor Público Tutor, titular de la Defensoría Pública Tutoría N° 1 (CABA). Ex titular de la Curaduría Pública N° 2 (CABA). Ex coordinador de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación. Docente universitario de grado y posgrado en el área de Derecho de familias, salud mental y discapacidad.

### Marcela Lorena Sasso

Abogada (UCA). Especialista en Derecho de Familia (UBA). Especialista en Derecho Procesal Civil (UBA). Secretaria de 1° instancia en la Defensoría Pública Tutoría N° 1 (CABA). Docente universitaria en el área de Derecho de familias

## Introducción

En el presente trabajo nos proponemos transmitir, a partir de la experiencia recogida en la Defensoría Pública Tutoría N° 1, en qué consiste la intervención del Defensor Público Tutor en el marco de las internaciones por salud mental de personas menores de edad.

A tal fin, consideramos importante comenzar por recordar en qué consisten las funciones del Defensores Público Tutor, reguladas por la Ley Orgánica del Ministerio Público de la Defensa de la Nación N° 27.149 y el Código Civil y Comercial de la Nación (CCyCN).

Luego, haremos un breve recorrido sobre las disposiciones de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM), con especial atención en aquellas normas que regulan las internaciones de niñas, niños y adolescentes (NNyA). Así, nos adentraremos, en particular, en describir en qué consiste la intervención de esta figura durante el control judicial de internación.

Por último, señalaremos las diferencias que existen entre la figura

del Defensor Público Tutor y la defensa técnica que brindan los abogados defensores que intervienen en los términos del art. 22 LNSM.

## La función del Defensor Público Tutor

La Ley 27.149 enumera en su art. 44 los supuestos de intervención del Defensor Público Tutor para brindar protección a los derechos, intereses o bienes de un niño, niña o adolescente (NNoA):

- a) Cuando no haya persona que ejerza la responsabilidad parental.
- b) Cuando exista conflicto de intereses entre el niño, niña o adolescente y sus representantes, u oposición de intereses entre diversos niños, niñas y adolescentes que poseen el mismo representante legal; con las salvedades que disponga la ley respecto de la actuación por sí de la persona menor de edad.
- c) Cuando los padres o tutores del niño, niña o adolescente no pudieran ejercer actos de administración sobre uno o más bienes de éstos.
- d) Hasta el discernimiento judicial de la tutela en casos de urgencia.

Por su parte, el art. 45 Ley 27.149 prevé que, en el ejercicio de sus funciones, el Defensor Público Tutor debe:

- a) Adecuar su actuación a las garantías de procedimiento y a los estándares de derechos humanos relativos al acceso a la justicia de niños, niñas y adolescentes; en particular en cuanto a su derecho a ser oídos, a que sus opiniones sean tenidas en cuenta y a poner en su conocimiento las garantías procesales que pueden ejercitar y orientarlos para que logren hacerlas efectivas; a mantenerlos informados sobre los asuntos inherentes a la tutela, en función de la edad y grado de madurez suficiente, a la procura de su mejor interés y al principio de autonomía progresiva.
- b) Promover la defensa o asistencia con especial consideración de la perspectiva de género y la diversidad cultural.
- c) Proceder de oficio, judicial y extrajudicialmente en la defensa de los derechos e intereses de sus asistidos, de conformidad con lo previsto en esta ley y en la reglamentación pertinente.

- d) Concurrir a las instituciones en donde se encuentren alojados los niños, niñas y adolescentes asistidos.
- e) Instar el agotamiento de las vías recursivas a fin de propender a la mejor solución jurídica para sus asistidos.
- f) Convocar personas a su despacho cuando fuere necesario para el ejercicio de su ministerio.
- g) Responder a los pedidos de informes que les formule la Defensoría General de la Nación.

Ello “sin perjuicio de los demás casos propios de la naturaleza del cargo y los que les encomiende el Defensor General de la Nación” (conforme art. 44 Ley 27.149).

Como puede advertirse, los supuestos del art. 44 de la Ley 27.149 concuerdan con los dos tipos de tutela que se encuentran regulados por el Código de fondo: la tutela general (art. 104 CCyCN); y la tutela especial (art. 109 CCyCN); además del especial supuesto del art. 138 CCyCN.

La tutela general opera cuando no haya quien ejerza la responsabilidad parental respecto de una persona menor de edad no emancipada, conforme lo prevé el art. 104 CCyCN. La tutela especial, en tanto, procede cuando se da alguno de los supuestos previstos en los siete incisos del art. 109 CCyCN:

- a) cuando existe conflicto de intereses entre los representados y sus representantes; si el representado es un adolescente puede actuar por sí, con asistencia letrada, en cuyo caso el juez puede decidir que no es necesaria la designación del tutor especial;
- b) cuando los padres no tienen la administración de los bienes de los hijos menores de edad;
- c) cuando existe oposición de intereses entre diversas personas incapaces que tienen un mismo representante legal, sea padre, madre, tutor o curador; si las personas incapaces son adolescentes, rige lo dispuesto en el inciso a);
- d) cuando la persona sujeta a tutela hubiera adquirido bienes con la condición de ser administrados por persona determinada o con la condición de no ser administrados por su tutor;
- e) cuando existe necesidad de ejercer actos de administración sobre bienes de extraña jurisdicción al juez de la tutela y no pueden ser convenientemente administrados por el tutor;

- f) cuando se requieren conocimientos específicos o particulares para un adecuado ejercicio de la administración por las características propias del bien a administrar;
- g) cuando existen razones de urgencia, hasta tanto se tramite la designación del tutor que corresponda.

Es decir que, a pesar de que hay representantes legales (progenitores o tutores generales), es necesario que ciertos actos o funciones sean cumplidos por un tercero. Y una vez que cesa la circunstancia que ameritó la designación de tutor especial, su actuación también se deja sin efecto mediante decisión judicial<sup>1</sup>.

En el caso de la tutela, la representación legal de las personas menores de edad no nace de la ley sino de una designación judicial expresa (aunque en los términos de ley, claro está), en el marco de un expediente judicial determinado y a los fines de representar al NNoA que corresponda, según los alcances dispuestos en la resolución judicial. Por ello, para que el Defensor Público Tutor ejerza la tutela pública en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, no basta –al menos la primera vez– con que se confiera una mera vista de las actuaciones (art. 135 CPCCN) a los fines de tomar la intervención que pudiera corresponder, sino que se requiere de una designación judicial expresa en tal sentido. Ello pues, a diferencia de los Defensores Públicos de Menores e Incapaces (art. 103 CCyCN), no se toma intervención, sino que se acepta un cargo conferido judicialmente.

## El régimen de internaciones de los NNoA

La LNSM 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<sup>2</sup>, 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 (art. 1).

El capítulo VII de la ley regula las internaciones, entendidas como

---

1 Para una ampliación del tema, véase Olmo, Juan Pablo. 2018. 20 años de Tutela Pública: las funciones del defensor público tutor. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Defensoría General de la Nación.

2 Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad, entre otros.

un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que solo pueden 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 (art. 14). En aquellos 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 (art. 17).

Asimismo, la LNSM dispone expresamente que las internaciones deben ser lo más breves posibles, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. 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 (art.15).

La LNSM regula dos tipos de internaciones: voluntarias (art. 18) e involuntarias (arts. 20 a 25)<sup>3</sup>. En el primer caso, 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 días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el art. 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de cinco 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 (art. 18).

Por su parte, la internación involuntaria de una persona debe con-

---

3 Para una ampliación del tema, véase Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad Art. 22 Ley 26.657 Coordinador: Juan Pablo Olmo. 2015. "Acceso a la justicia de niñas, niños y adolescentes internados por salud mental y adicciones: testimonio 2012 - 2014" 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Defensoría General de la Nación.

cebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios. Solo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros con la firma de dos profesionales de distintas disciplinas, uno de los cuales debe ser psicólogo o médico psiquiatra (art. 20).

Este tipo de internación debe notificarse en un plazo de 10 horas al juez competente<sup>4</sup> y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las 48 horas como máximo todas las constancias previstas en el art. 20. El juez en un plazo máximo de tres 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 solo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el art. 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla (art. 21).

El art. 22 prevé que la persona internada involuntariamente o su representante legal tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. 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.

Una vez autorizada la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a treinta 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 días y luego del tercer infor-

---

4 En los controles de internación en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entienden los Juzgados Nacionales de Primera Instancia en lo Civil, con competencia en asuntos de familia y capacidad de las personas.

me 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 (art. 24).

Finalmente, cabe destacar que el alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud y no requieren autorización judicial, pero deben ser comunicados al juzgado (art. 23).

En aquellos casos que se trate de internación de personas menores de edad (conf. art. 25 CCyCN) o declaradas incapaces, deben reputarse siempre involuntarias y, por tanto, proceder de acuerdo con lo establecido por los arts. 20 a 25 LNSM. En el caso de NNyA, además se debe proceder de acuerdo con la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos (art. 26 LNSM). Es decir, independientemente de que un NNoA preste su consentimiento para con su internación de salud mental, la misma será siempre calificada como “involuntaria” en los términos de la LNSM, sin excepciones. Esto es con el objeto de maximizar la protección del NNoA involucrado y asegurar el debido control de las garantías que la ley especial prevé para este tipo de trámites, en particular a los efectos de la notificación y llevar a cabo todos los controles pertinentes. En esta línea, debemos mencionar que, en materia de internación de NNyA, la intervención judicial de ningún modo conspira contra la autonomía progresiva dispuesta en el CCyCN. Por el contrario, aporta una garantía reforzada para la preservación de sus derechos y garantía de su ejercicio.

En sentido concordante, Mercedes Robba (2015) ha dicho que

[...] considerar que las internaciones de las personas menores de edad deben tratarse como involuntarias para garantizar una protección especial<sup>5</sup> no implica desconocer que las niñas, niños y adolescentes son sujetos de derecho y que debe respetarse su voz, su voluntad, sus preferencias y sus deseos, en consonancia con el paradigma de derechos humanos. Siempre debe respetarse la dignidad de todas las personas menores de edad y deben adoptarse medidas que propicien su autonomía para que puedan decidir por sí mismas respecto del tratamiento, en virtud de los postulados de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y la ley de salud mental.

---

5 Conforme Corte IDH. Caso “Furlan y Familiares Vs. Argentina”. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2012. Serie C No. 246. Considerando 134.

## En qué consiste la intervención del Defensor Público Tutor en las internaciones de NNoA con padecimiento mental

En primer lugar, debemos poner de resalto que la intervención en los procesos sobre “control de internación” suele estar dada porque, con anterioridad, el Defensor Público Tutor ya se encontraba interviniendo en ejercicio de la representación legal del NNoA. Puede ocurrir que la designación obre en un expediente, v.gr., sobre “control de legalidad” de una medida excepcional adoptada en sede administrativa por la autoridad local de aplicación en los términos del artículo 39 y ss. de la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061, entre tantos otros supuestos. En este caso, durante el ejercicio del cargo conferido judicialmente como tutor de un NNoA en un expediente judicial deviene la intervención en un nuevo expediente.

En particular, en los trámites judiciales en los que se controla la internación de un NNoA la intervención del Defensor Público Tutor puede distinguirse en dos momentos: mientras subsiste el criterio del equipo de salud que indica la internación (conf. art. 20 LNSM) y cuando obtiene el alta de internación.

### Intervención del Defensor Público Tutor mientras subsiste el criterio del equipo de salud que indica la internación

A grandes rasgos, se debe corroborar y exigir el cumplimiento de la normativa vigente y, en ejercicio de la representación legal, canalizar las peticiones que pudieran corresponder en el caso concreto. En particular, que se encuentre agregado un dictamen interdisciplinario que determine en qué consiste la situación de riesgo cierto e inminente; que no exista otra alternativa eficaz para el tratamiento que resulte menos restrictiva de los derechos y libertades del NNoA de que se trate y que informe acerca de las instancias previas implementadas, si las hubiera (art. 20 LNSM).

En un caso reciente en el que ha intervenido la Defensoría Pública Tutoría N° 1 se ha solicitado con éxito la imposición de costas y consecuente regulación de honorarios a favor de la Defensoría General de la Nación, por la labor desplegada en la incidencia de apelación generada por los progenitores de una niña que se alzaron contra la decisión de primera instancia que resolvió no convalidar la internación de la persona menor de edad por no encontrarse reunidos los recaudos previstos por el art. 20 LNSM

(CNCiv., Sala C, “S. R. M. S. s/ EVALUACION ART. 42 CCCN” Exped. 636/2023, 17/10/2023, inédito)<sup>6</sup>.

Ahora bien, si el NNoA se encontraba residiendo en un dispositivo de hogar, podría ser necesario solicitar al juzgado allí interviniente que decrete una medida cautelar de no innovar respecto a la vacante en el dispositivo en el que se alojaba hasta el momento de la internación, a fin de garantizar su retorno al mismo dispositivo una vez alcanzada el alta de internación. Ello, siempre y cuando el NNoA así lo desee y se corresponda con las indicaciones de su equipo tratante al momento del alta. A tales fines, se requiere notificar al hogar y al Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CDNNyA).

Por otra parte, se lleva a cabo una visita en el hospital o clínica en el que la persona menor de edad se encuentra internada, a fin de mantener una entrevista personal. En esa oportunidad se les informa de manera adecuada y comprensible los derechos que la asisten, se la escucha para conocer cómo se encuentra, qué quiere, qué necesita, quienes la visitan periódicamente, ya sean familiares o referentes afectivos en caso de estar autorizados por el órgano administrativo o bien por operadores del hogar donde se alojaba. Todo ello, procurando evitar que se genere una superposición de entrevistas, ya que es de esperar que el profesional que ejerce el rol de abogado defensor durante ese período haya hecho lo propio.

Además, se entrevista al equipo tratante a efectos de consultar sobre el plan de tratamiento y farmacológico, diagnóstico y pronóstico y se corroboran las condiciones generales de la internación para que, en caso de que sea necesario, se requieran las mejoras pertinentes. Para estas tareas, la Defensoría Pública Tutoría cuenta con un equipo técnico, actualmente conformado por una trabajadora social y una psicóloga, que brindan apoyo interdisciplinario para el ejercicio de la función del tutor.

En caso de que sea indicado, también se requiere y persigue –a través del expediente– que se les otorguen recursos tales como un acompañante hospitalario o acompañante terapéutico que el NNoA precise, según indicación profesional en cuanto a los fines u objetivos terapéuticos y la carga horaria necesaria.

En algunos casos, el equipo tratante requiere que el Defensor Pú-

---

6 Si bien el objeto procesal que figura en la carátula del expediente debería ser “control de internación”, en la práctica se observa que los expedientes suelen ser caratulados sobre “Evaluación art. 42 CCCN”, en alusión a la norma del código de fondo que regula un supuesto diferente: el proceso judicial para la evaluación de la persona.

blico Tutor brinde el consentimiento informado para la realización de alguna práctica en particular, o bien el asentimiento del tutor junto con el consentimiento del propio adolescente. Por ejemplo, es lo que ocurre para incluir a una persona menor de edad en el protocolo de farmacovigilancia de Clozapina, ya que se lo considera un tratamiento invasivo en los términos del art. 26 párr. 4° y 5° CCyCN, tal como lo veremos más adelante.

Cuando se reciben este tipo de pedidos, se da intervención al equipo técnico de la Defensoría Pública Tutoría para que contacte al equipo de salud tratante y recabe más información relativa a la aplicación de la práctica en el caso concreto, tanto en lo que refiere a su procedencia como a la realización de los controles posteriores.

En este sentido, de acuerdo con lo normado en el art. 26 CCyCN, cabe señalar que si bien las personas menores de edad ejercen sus derechos a través de sus representantes legales (párr. 1°), quienes cuenten con edad y grado de madurez podrán ejercer por sí los actos que el ordenamiento les permite (párrafo 2°), como los referidos al cuidado del propio cuerpo, de acuerdo con lo previsto en los párrafos 4°, 5° y 6°. La norma establece una presunción según la cual el adolescente de entre 13 y 16 años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometan su estado de salud o provoquen un riesgo grave en su vida o integridad física (párrafo 4°); pero de darse el caso contrario, se requiere el consentimiento del adolescente y el asentimiento (conformidad) de su representante legal (párrafo 5°). Finalmente, a partir de los 16 años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo (párrafo 6°).

Así las cosas, en la práctica, el tratamiento con Clozapina es considerado dentro de los supuestos del art. 26 párr. 5° CCyCN. Por ende, cuando se trata de un adolescente que se encuentra en la franja etaria que va de los 13 a los 16 años, se requiere del consentimiento del adolescente y del asentimiento del Defensor Público Tutor; excepto que el propio interesado no esté en condiciones de brindar su consentimiento libre e informado, en cuyo caso el representante legal debe brindar el consentimiento, sin distinciones de edad. Si el adolescente ya cumplió 16 años, puede consentir por sí solo. El consentimiento se instrumenta con la firma del tutor personalmente en el lugar de internación, o bien mediante oficio mediante el cual se autoriza la realización del acto médico indicado.

## **Intervención del Defensor Público Tutor una vez obtenida el alta de internación**

Una vez que el equipo de salud otorga el alta de internación, el

tutor revisa cuáles son las condiciones e indicaciones impartidas en este sentido y se peticiona en el marco del expediente a fin de alcanzar su cumplimiento, en caso de que no se haya concretado a instancias de los actores intervinientes. En efecto, en muchos casos estas indicaciones consisten en que el NNoA cuente con un acompañante terapéutico, o bien asegurar la continuidad del tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Al respecto, en muchos casos, lamentablemente, una vez obtenida el alta por parte del equipo tratante no se alcanza la inmediata externación. Eso ocurre mayormente cuando la indicación profesional es que ese NNoA sea derivado a un dispositivo de hogar de determinadas características, v.gr., un hogar terapéutico y se está a la espera de que el organismo estatal correspondiente asigne el recurso.

En estos casos la permanencia de un NNoA en el establecimiento se convierte en una internación por razones sociales en la que el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes. En efecto, toda vez que ello contraviene lo dispuesto por el art. 15 LNSM, la permanencia en el lugar de internación debe reputarse ilegal.

Así las cosas, corresponde reclamar la asignación de los recursos necesarios en el marco del expediente y, en su caso, solicitar se impongan sanciones pecuniarias por cada día de mora en el cumplimiento de la obligación y en beneficio del NNoA de que se trate (arts. 804 CCyCN y 37 CPCCN).

En muchas ocasiones se requiere al juzgado que convoque una “audiencia de profesionales” a la que deben concurrir todos los equipos técnicos intervinientes en procura de aunar criterios de intervención y agilizar la asignación de los recursos necesarios. Estos equipos profesionales suelen estar integrados por profesionales médicos, psicólogos, psiquiatras, directivos del hogar en el que la persona menor de edad estuvo alojada, CDNNyA, Unidad de Letrados de personas menores de edad art. 22 LNSM, Defensor Público de Menores e Incapaces y Defensor Público Tutor.

Una vez concretada la externación del NNoA, corresponde el archivo del expediente sobre control de internación y continúa la intervención del Defensor Público Tutor en el expediente judicial que corresponda, v.gr., en el control de legalidad de una medida excepcional en caso de que el egreso fue con derivación a un hogar, en cuyo trámite se hará el seguimiento del cumplimiento de las indicaciones socio-sanitarias estipuladas al momento del alta y la evolución del NNoA de que se trate.

## Diferencias entre la función del Defensor Público Tutor y de la Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657

Conforme lo dispuesto por el art. 22 LNSM, 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. Según la norma, 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

Por su parte, el art. 47 Ley 27.149 prevé que:

Los integrantes del Ministerio Público de la Defensa que determine el Defensor General de la Nación deben ejercer la asistencia técnica de las personas involuntariamente internadas por motivos de salud mental, de acuerdo a la normativa específica y la que surge de la naturaleza de la función. Tienen los siguientes deberes y atribuciones:

- a) Actuar conforme a las garantías de procedimiento y a los estándares de derechos humanos relativos a las personas internadas involuntariamente por motivos de salud mental.
- b) Ejercer la función conforme a las garantías de procedimiento y a los estándares de derechos humanos relativos a los niños, niñas y adolescentes, o las personas con discapacidad, si así correspondiere.
- c) Respetar, en el ejercicio de la defensa, la autonomía personal, la voluntad, los deseos y preferencias de la persona internada en forma involuntaria por motivos de salud mental y realizar presentaciones judiciales o extrajudiciales, pudiendo, entre otras tareas, oponerse a la internación, solicitar la externación, requerir mejoras en las condiciones de internación y tratamiento y acceder a las actuaciones judiciales en todo momento.
- d) En aquellas situaciones en que no pueda comprenderse la voluntad de la persona internada, se debe procurar que las condiciones generales de la internación respeten las garantías mínimas exigidas por la legislación específica de salud mental, así como las directivas anticipadas que pudieran existir.
- e) Mantener contacto con la persona asistida en cualquier momento, en los establecimientos públicos y privados donde se desarrolla su internación, por sí o a través de integrantes del Ministerio Público de la Defensa, manteniendo entrevistas en ámbitos de confidencialidad y privacidad.
- f) Ingresar a los establecimientos públicos y privados donde se

- desarrollen las internaciones, sin necesidad de autorización previa por parte de los efectores de salud ni de ninguna otra autoridad, incluido el acceso a toda documentación relativa a la persona defendida que obre en poder de las instituciones.
- g) Brindar información a sus asistidos respecto de su función, datos personales y el estado del proceso.
  - h) Contar con el apoyo del equipo interdisciplinario necesario para brindar defensa técnica especializada.
  - i) Realizar los informes de gestión que les sean requeridos por la Defensoría General de la Nación.

Esta normativa resulta concordante con la Resolución DGN 558/11, de fecha 12 de mayo de 2011, que conformó una Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657 a fin de ejercer la defensa de las personas mayores de edad internadas involuntariamente en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Resolución DGN 1451/11, de fecha 14 de noviembre del 2011, que conformó una Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657 con el objeto de brindar asistencia especializada a los NNyA (reglas 5 y 30 de las “Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad”), que permita maximizar el ejercicio de los derechos fundamentales, en el marco de protección integral reconocido, entre otra normativa de aplicación, por la Ley 26.061 y la Convención sobre los Derechos del Niño.

En efecto, en las internaciones de personas menores de edad debe actuar un defensor y, en caso de que el NNoA o su representante legal no lo designen de forma particular, será un defensor público quien actúe en ejercicio de la defensa técnica de la persona internada, en forma gratuita.

No se trata de un representante legal, como lo es el tutor, sino que ejerce la defensa técnica de la persona internada involuntariamente. Su función es garantizar el goce de sus derechos mientras dure la internación, concretar el derecho a ser oído y el acceso a la justicia frente a su especial situación de vulnerabilidad por tratarse de personas menores de edad, con padecimiento de salud mental y en muchos casos en situación de pobreza, institucionalizados, privados de cuidados parentales y de familia ampliada o referentes afectivos.

En la práctica, los abogados que integran las Unidades de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 de la Ley 26.657 intervienen en ejercicio de la defensa técnica del sujeto durante su internación involuntaria. Una vez presentados en el expediente, pueden acceder a él en todo momento, realizar presentaciones judiciales o extrajudiciales, entre las que puede oponerse a la internación y solicitar la inmediata externación, requerir mejoras en las condiciones de internación y tratamiento y velar porque las internaciones sean lo más breves posible.

En efecto, hemos dicho en otra publicación (Olmo, 2013) que

[...] la Unidad de Letrados tiene un acentuado perfil de actuación extrajudicial a fin de remover las barreras que le impiden a sus defendidos el pleno goce de sus derechos fundamentales, tanto en lo que refiere al mejoramiento de las condiciones de internación, así como también en el objetivo de lograr una pronta externación y que pueda ser sostenida en el tiempo, de modo que el niño, niña o adolescente realice en todo caso su tratamiento de salud en forma ambulatoria dentro de su ámbito comunitario [...] Dicha actividad defensora debe ser respetuosa de la voluntad y las preferencias de la persona internada, lo cual garantizará una efectiva participación de los niños, niñas y adolescentes durante este tipo de procesos o, lo que es lo mismo, asegurará un verdadero acceso a la justicia.

Por ende, mientras la actuación del abogado defensor previsto en el art. 22 LNSM se circunscribe al tiempo de la internación, la actuación del tutor la trasciende, interviniendo en ejercicio de la representación legal de los NNYA independientemente de que deban cursar una internación durante un tiempo determinado. A la inversa, si bien en toda internación por salud mental y adicciones debe intervenir un abogado defensor (arts. 22 y 26 LNSM), no así un tutor, y de hecho en general no ocurre.

En otras palabras, puede ocurrir que durante una internación por salud mental o adicciones coexista la intervención obligada del abogado defensor y la intervención circunstancial de un tutor que, por lo general, ya venía interviniendo desde antes y podría continuar luego del alta.

## Conclusión

Cada internación por salud mental o adicciones que involucre a un NNoA debe ser controlada judicialmente, ya que el art. 26 LNSM las reputa involuntarias en orden a dotarlas de un mayor control, en un marco que garantice la plena vigencia de sus derechos fundamentales.

En cada expediente que se inicie para el control judicial de una internación deberá, necesariamente, intervenir un juez civil de familia, una Defensoría Pública de Menores e Incapaces y un abogado que ejerza la defensa técnica del NNoA de que se trate.

Si bien no corresponde, en principio, la designación de un Defensor Público Tutor para que ejerza la representación legal por motivos de la internación, ello no quita que el NNoA ya cuente con un tutor designado y, en consecuencia, deberá continuar interviniendo durante el transcurso de este trámite judicial, incluso una vez finalizado.

En efecto, la internación es considerada un recurso terapéutico que debería prolongarse por un tiempo limitado y no más allá de lo estrictamente necesario, lo que deja en evidencia el carácter transitorio del expediente judicial en el cual se la controla; y como la designación de un tutor (o su aprobación) es siempre judicial, el expediente sobre el control de internación habrá de coexistir, en estos casos, con el expediente en el cual se designó tutor, seguramente con intervención –por motivos de conexidad– del mismo juzgado y Defensoría Pública de Menores e Incapaces.

Esta particular circunstancia obliga a analizar la situación de internación y a abordar el ejercicio de la función en un contexto más amplio que el que la coyuntura presenta y, asimismo, en articulación con los demás actores y profesionales intervinientes.

## Bibliografía

Caputto, María Cecilia & Olmo, Juan Pablo. 2018. “Infancia y salud mental: su entrecruzamiento en el régimen jurídico argentino”. En Revista del Ministerio Público de la Defensa N° 13, Noviembre 2018. Buenos Aires, p. 177 (disponible en <https://www.mpd.gov.ar/index.php/publicaciones/revista-del-ministerio-publico-de-la-defensa>).

Olmo, Juan Pablo. 2018. “20 años de Tutela Pública: las funciones del defensor público tutor” 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Defensoría General de la Nación.

Olmo, Juan Pablo & Iurman Liliana I. 2015. “Designación de tutor: aspectos procedimentales”. En Suplemento Doctrina Judicial Procesal, octubre 2015. Thomson Reuters - La Ley, Buenos Aires, p. 1.

Olmo, Juan Pablo. 2013. “Internaciones por salud mental y adicciones: el rol de la unidad de letrados de personas menores de edad (art. 22, ley 26.657)”. En Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia. Derecho de Familia, n° 62. Abeledo Perrot, Buenos Aires, p. 203.

Olmo, Juan Pablo. 2016. “La defensa técnica de las personas con padecimientos mentales”. En Revista interdisciplinaria de doctrina y jurisprudencia. Derecho de familia, N° 77, Abeledo Perrot, Buenos Aires, p. 143.

Robba, Mercedes. 2015. “Las internaciones de salud mental de niñas, niños y adolescentes”. En Suplemento DPI Derecho Civil, Bioética y Derechos Humanos Nro 1, 17 de noviembre 2015.

Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad Art. 22 Ley

26.657 Coordinador: Olmo, Juan Pablo. 2015. "Acceso a la justicia de niñas, niños y adolescentes internados por salud mental y adicciones: testimonio 2012 - 2014" 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Defensoría General de la Nación.

## Desafíos en la intervención de la Defensoría de Menores e Incapaces respecto de los niños, niñas y adolescentes usuarios de los servicios de salud mental

### Soledad Valente

Abogada (UBA). Defensora Pública Oficial, titular de la Defensoría Pública de Menores e Incapaces N° 5, Especialista en Derecho Civil Constitucionalizado (Universidad de Palermo).

### María Paula Menossi

Abogada (Universidad Torcuato Di Tella). Secretaria de Primera instancia y Defensora Pública Coadyuvante, integrante de la Defensoría Pública de Menores e Incapaces N° 5. Especialista en Derecho de Familia (UBA). Programa de Actualización en Bioética (UBA).

## Palabras introductorias

Garantizar el derecho a la salud mental es una obligación del Estado y el ejercicio de este derecho corresponde a los usuarios/as del sistema de salud mental. Cuando estamos frente a niños, niñas y adolescentes (en adelante NNYA), debemos procurar que las normas que establecen una “doble protección” de derechos –por su condición de personas menores de edad y por verse afectada su salud mental– no representen en los hechos una “doble incapacidad”.

En la práctica, observamos que los niños y niñas que presentan una discapacidad o algún padecimiento de salud mental suelen ser definidos y juzgados en función de sus déficits o carencias. Esta concepción, sumada a las distintas situaciones estructurales que pueden atravesar en sus vidas, intensifica su vulnerabilidad y los procesos de discriminación que sufren. En otras palabras, a una situación inicial de niñez y/o discapacidad se le adicionan otros factores que complejizan el contexto en el que se insertan, lo cual pone de manifiesto que el concepto de vulnerabilidad es dinámico y relacional. Como dicen Palacios, Fernández e Iglesias (2020, 507):

En efecto, la vulnerabilidad debería ser pensada mediante la idea de capas. La metáfora de las capas nos aporta la noción

de algo más “flexible”, algo que puede ser múltiple y diferente, y que puede ser removido de uno en uno, capa por capa. No hay una sola y única vulnerabilidad que agote la categoría, sino que pueden haber diferentes vulnerabilidades, diferentes capas operando. Estas capas pueden superponerse y algunas pueden estar relacionadas con el problema del consentimiento informado, mientras que otras lo estarán con las circunstancias sociales.

Es a partir de esta vulnerabilidad “por capas” que vemos como los NNYA pueden estar expuestos a múltiples escenarios de discriminación. Por ejemplo: en razón del género, por vivir en zonas rurales, por tener derechos económicos insatisfechos, por ser víctimas de un medio familiar violento o abusivo, entre otros; es en estos casos donde se hace necesario el diseño de políticas públicas dirigidas a la restitución de derechos y a la inclusión comunitaria de la niñez en igualdad de condiciones. Y es en este contexto donde será función de la Defensoría de Menores e Incapaces, en el marco de las atribuciones conferidas por el art. 103 del CCCN y art. 47 de la Ley 27.149, coadyuvar a remover dichas capas de vulnerabilidad para el ejercicio efectivo de sus derechos. Ello, teniendo en especial consideración que las múltiples discriminaciones que sufren las niñeces y las adolescencias deben ser tratadas a través de un enfoque de derechos, que involucra las nociones de inherencia, irrenunciabilidad, imprescriptibilidad, inalienabilidad, universalidad, integralidad, indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, enfoque que se encuentra asentado en la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En este trabajo, nos proponemos visibilizar algunos de los obstáculos que detectamos no solo en el sistema de salud mental actual con relación a los NNYA, sino en todo el sistema de protección, como también las facetas que se excluyen o silencian, las tensiones que generan y cuál es el rol que consideramos debe ejercer la Defensoría de Menores e Incapaces en cada supuesto.

## **El contexto social y familiar no es ajeno al sufrimiento de la niñez**

Hoy en día, todo sufrimiento de niños y niñas que han sido víctimas de malos tratos; que han transitado historias de adopción; que portan duelos internos; que no son visibilizados por su medio familiar y social; que han sufrido abusos; que exploran nuevas identidades sexuales, entre otros, corren el riesgo de ser clasificados y/o etiquetados en una patología. Este sufrimiento suele, en

muchas ocasiones, ser analizado y diagnosticado en base a cuestionarios estandarizados sin tener en cuenta la subjetividad de los NNyA ni las circunstancias particulares de sus vivencias.

Cuando se sigue este camino de patologización, observamos que se instala una lógica tendiente a la “necesidad de corregir el defecto”, medicalizando y disciplinando la conducta. Estas clasificaciones estandarizadas promueven un paradigma predominantemente biológico-genético, desconociendo al NNyA como un sujeto en vías de estructuración psíquica, con una historia propia y la complejidad multicausal del sufrimiento psíquico infantil –que es reemplazado por un etiquetamiento patologizante (Morici, 2018). Es decir, la complejidad de la conducta de la infancia y adolescencia aparece explicada con “diagnósticos”. Ello, en contradicción con lo receptado por la Ley 26.657 (arts. 3 y 5) y el preámbulo de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, tratado de jerarquía constitucional (en adelante CDPD).

Sin embargo, sostiene autorizada doctrina que diagnosticar adecuadamente supone profundizar en las determinaciones intra e intersubjetivas, ir viendo dificultades, pero también posibilidades, que se van modificando con el paso del tiempo. No es una regla ni un rótulo. Es un conjunto de ideas que hay que contrastar con el tiempo, la evolución del niño y su familia. A ello se le suma que el diagnóstico nunca puede ser del niño o niña aislado, sino que debe tener en cuenta a la familia y al grupo de pertenencia (Janin, 2018, 9 y ss.).

Por ello, desde las ciencias sociales se cuestionan estas evaluaciones estandarizadas, que desconocen la incidencia de factores socioafectivos, culturales, familiares y pedagógicos. Por ejemplo, niños que son diagnosticados con trastornos oposicionistas por estar atravesando un duelo o haber sufrido situaciones de abuso o violencia, y que no reciben el tratamiento acorde o son medicados y ubicados como patológicos, recibiendo indicaciones que resultan estigmatizantes para el niño y su familia, sin medir las consecuencias subjetivas de las mismas.

De lo expuesto, advertimos en la práctica de la Defensoría Pública al menos dos dificultades: a) no obstante la vigencia del modelo social de la discapacidad -conforme estándares introducidos por la CDPD- en la práctica se legitima el modelo rehabilitador en NNyA; y b) por más que se brinde una protección especial a los NNyA por su condición de vulnerabilidad y se lo dote de mayor autonomía, se espera que respondan al “deber ser”, es decir a una “normalización” de esa infancia.

Para que las respuestas a la salud mental de NNyA sean acordes, eficaces y oportunas se requiere del funcionamiento efectivo de todo el engranaje del sistema de protección. Esto implica nece-

sariamente la implementación de estrategias de prevención multisectoriales e integrales que incluyan normas jurídicas, recursos (que podrían ser públicos, privados o derivados de prestadoras de salud) y política pública (infraestructura humana material y organizativa, recursos materiales y persuasión). Ello, en atención a que estamos ante un problema de salud pública.

Para ello, desde el rol de la Defensoría se procura que los NNyA usuarios del sistema de salud mental accedan a un proceso de atención que garantice la intermediación de la palabra, la humanización, los límites, la socialización y el abordaje familiar, como así también la restitución de otro tipo de derechos que pudieran estar vulnerados (sociales, habitacionales, a la salud integral, a la vida familiar, entre otros). En este punto, corresponde advertir que muchas veces evidenciamos una fragmentación del sistema sanitario, lo que se traduce tanto en superposición de acciones como en barreras de accesibilidad para algunas familias, lo cual debe ser sorteado desde el ámbito judicial.

## La niñez con sufrimiento psicosocial: abordajes posibles

Se ha repetido ininidad de veces el concepto de salud acuñado por la Organización Mundial de la Salud en el preámbulo de su Constitución<sup>1</sup> que afirma: “la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. A su turno, la Ley de Salud Mental N° 26.657, recogiendo esta idea, puntualiza en su art. 3 que:

[...] 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.

A la vez, enuncia en su Art. 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 eva-

---

1 La Constitución de la OMS fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York el 22 de julio de 1946, firmada por representantes de 61 Estados, entró en vigor el 7 de abril de 1948. Disponible en <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

luación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

Esta ley se haya en estrecha relación con la CDPD que, por su parte, recepta con enorme claridad en su preámbulo (y en todo su cuerpo normativo) la inescindible interrelación existente entre las barreras sociales y la falta de acceso a los derechos con la discapacidad. Ello al punto tal que estos conceptos forman parte misma de la definición de discapacidad.

Del marco normativo reseñado y de la bibliografía interdisciplinaria citada se evidencia con claridad que la discapacidad psicossocial se halla anudada a las barreras sociales y a las distintas capas de vulnerabilidad que trae aparejada la no concreción de derechos fundamentales.

Bajo esta óptica, y desde nuestra perspectiva, postulamos que un abordaje posible y adecuado de la situaciones de salud mental que atraviesen NNyA debe contemplar de manera integral su situación: es allí donde reviste vital importancia la intervención de Defensoría Pública de Menores e Incapaces. No solo cuestionando cualquier abordaje que se ciña exclusivamente a una lógica patologizante, sino desplegando acciones tendientes a la restitución de los demás derechos vulnerados. Todo ello a la luz de la evidente interrelación entre las vulneraciones de derechos que pueden sufrir los NNyA y sus posibles padecimientos de salud mental. Ello implica no solo la necesidad de articular la intervención de distintos recursos de manera transversal, sino también procurar que estos interactúen de manera articulada.

## **Necesidad de abordaje social y comunitario**

El fenómeno de la institucionalización no debe analizarse solo desde el ámbito de salud sino también desde los sistemas de protección de niñez, dado que la necesidad de brindar amparo a los NNyA en situación de grave vulnerabilidad lleva a recurrir a alternativas excepcionales de convivencia, ya sea a través de la permanencia de niño en un ámbito familiar alternativo o a través de su ingreso a un hogar convivencial o terapéutico.

La decisión de una u otra alternativa corresponde, en principio, al órgano administrativo de la jurisdicción donde el niño tiene su centro de vida, conforme lo establece la Ley 26.061 de protección integral. Lo dicho no resulta menor, en tanto en la práctica se observa que gran cantidad de NNyA usuarios del sistema de salud mental se hallan privados de cuidados parentales y transitan su vida institucionalizados.

En este punto, hay que recordar que la Ley 26.061 tiene como objetivo la protección integral por parte del Estado de todos los derechos de NNyA para que su ejercicio pueda ser pleno, efectivo y permanente (arts. 1 y 2).

El sistema de protección integral que la ley establece es el conjunto de políticas que consideran a la niña, el niño y el adolescente como un sujeto activo de derechos -en un sentido abarcativo- que deben ser garantizados.

En el caso de los NNyA privados de cuidados parentales o que hallan gravemente vulnerados sus derechos bajo la órbita familiar, son alojados en dispositivos (convivenciales o terapéuticos), configurándose así una medida excepcional, que debe ser acotada en el tiempo (ver arts. 39, 40 y cctes. de la Ley 26.061). La ya de por sí delicada situación de institucionalización se complejiza aún más cuando estamos ante NNyA que atraviesan cuestiones de salud mental. De hecho, con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su decreto reglamentario N° 603/2013, debió iniciarse un proceso de adecuación de dispositivos y accesibilidad a una atención integral comunitaria en la salud mental. Sin embargo, es común escuchar que los NNyA con discapacidades psicosociales no responden al “perfil” institucional de los hogares convivenciales disponibles, lo que genera que permanezcan largos períodos en guardias de hospitales generales u hospitales monovalentes (aún sin criterio de internación conforme lo estipulado por la Ley de Salud Mental -art 20- y por el art. 20 de su decreto reglamentario) a la espera de una vacante en un hogar que resulte adecuado. Es decir, permanecen desproporcionalmente internados en efectores de salud, lo que resulta a todas luces iatrogénico<sup>2</sup>.

Desde el ejercicio de la defensa, observamos una falta de diseño, programación y efectivización de políticas públicas con relación al

---

2 Según la RAE, el término iatrogénico refiere a la “condición física o mental adversa inducida en un paciente por efectos indeseables o lesivos del tratamiento”. Cuando una persona se encuentra en condiciones de alta de una internación por motivos salud mental y su egreso hospitalario se encuentra condicionado por el otorgamiento de un determinado recurso, se sostiene que la misma genera efectos iatrogénicos. Ello, toda vez que la internación deja de cumplir una función terapéutica, pudiendo producir padecimiento psíquico en el sujeto a la vez que se comienzan a evidenciar la reproducción de conductas propias de la institucionalización y la pérdida de herramientas de autovalimiento. A ello se le suma, que la internación es vivenciada por los NNyA como una restricción de su libertad, siendo que el encierro por largos periodos de tiempo los aleja de sus ámbitos familiares y comunitarios, y los excluye de la sociedad y de las vivencias esenciales en la infancia tales como el acceso a la escolaridad, al esparcimiento y a la recreación.

tratamiento que se le da a la salud mental. En particular, se observa la falta de dispositivos y recursos comunitarios suficientes que coadyuven a sostener la cotidianidad de los niños y adolescentes con padecimientos de salud mental. De esta manera, sucede que la internación termina siendo el recurso de contención más utilizado (contrariamente a su carácter excepcional) ante situaciones de crisis (que en muchas ocasiones podrían ser evitadas de contar con abordajes comunitarios previos). A su vez, se observa con frecuencia que la lógica predominante apela a que los NNYA se adapten o encajen en los perfiles institucionales antes de que sean los dispositivos los que puedan armar una propuesta que pueda ajustarse y adaptarse a las necesidades de los chicos y las chicas. En consecuencia, se genera la exclusión de cualquier NNYA que no cumpla con los estándares por ellos establecidos.

Tal como lo indica el Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2017) las políticas públicas estatales siguen descuidando no sólo la atención en salud frente a la condición patológica instalada, sino más aún los aspectos de promoción y prevención. Nos referimos a la importancia de las condiciones previas a una mala salud mental como la violencia, al exclusión, el aislamiento social y la desintegración de las comunidades, y las desigualdades socioeconómicas sistémicas, las condiciones nocivas en el trabajo y las escuelas.

En ese sentido, Barcala (2015) ha señalado que:

[...] los padecimientos son interpretados en términos psicopatológicos, lo que da origen a un circuito institucional de múltiples derivaciones, discriminación y exclusión que comprende numerosas instituciones educativas y sanitarias. El valor performativo de estos diagnósticos deja afuera las condiciones reales de existencia de los niños y niñas, y estas constelaciones específicas de saberes, poderes, tecnologías, crean identidades desacreditadas y modos de subjetivación. La estructura de poder de la autoridad médica y los discursos psi, vehiculizados institucionalmente por los actores sociales, se instalan cotidianamente con violencia sobre sus cuerpos. De este modo, frente al sufrimiento infantil la respuesta del Estado, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires puntualmente, no se ha centrado en garantizar el acceso a los cuidados necesarios y en la implementación de estrategias de fortalecimiento familiar y/o redes sociales, sino que se encaminó hacia una creciente institucionalización de la niñez con discapacidad psicosocial. En los últimos años se han consolidado procesos de medicalización y lógicas similares que en tanto lógicas de gobierno sobre las infancias más vulnerables, tienden al control y normalización social.

Frente a estas situaciones, nos encontramos en la práctica con NNYA que permanecen internados por tiempos indefinidos, oscilando entre los dispositivos de salud y niñez. En este punto cabe recordar que las internaciones actúan como recurso terapéutico de carácter restrictivo, que debe ser lo más breve posible y que no debe prolongarse para resolver cuestiones sociales, ya que el Estado debe promover los recursos suficientes a través de los organismos competentes (art. 15 de la Ley 26.657). Situaciones como la descrita no sólo profundizan el deterioro en el padecimiento de salud mental de los niños y adolescentes, sino que los impide de generar un proyecto de vida autónomo. En efecto, para Matilde Luna (en Barral, Giarini y Queirolo, 2017):

[...] se describe a los niños institucionalizados como afectados por un sentimiento profundo de soledad; sentimientos de incompreensión; aislamiento de la sociedad en general; desarraigo; incertidumbre frente a su futuro al no saber quien los va a apoyar, proteger, acompañar; sentimientos de rechazo; baja autoestima (...) Esta realidad de largas institucionalizaciones da como resultado en general que los y las adolescentes una vez que alcanzan la mayoría de edad, carezcan tanto de redes y lazos afectivos como de preparación para la vida adulta autónoma. Además de la falta de redes y lazos, se encuentra el problema de la falta de preparación para la asunción de la autonomía progresiva en el ejercicio de los derechos.

Llegados a este punto, resulta ilustrativo describir situaciones de adolescentes que llegan a conocimiento de la Defensoría Pública de manera cada vez más habitual: jóvenes que son institucionalizados desde pequeños junto a sus hermanos luego de sufrir variadas y graves vulneraciones de derechos en el ámbito familiar.

A lo largo de los años, de forma grupal o individual, estas y estos adolescentes atraviesan uno o múltiples procesos de adopción fallidos y el desmembramiento del vínculo fraterno. A estas situaciones se le suman: conflictos relacionales que los jóvenes presentan en las instituciones -que difícilmente son abordados por operadores especializados en el hogar-; la dificultad de conseguir turnos de forma rápida para acceder a espacios terapéuticos especializados; y la individualidad propia de cada adolescente.

Cuando los distintos efectores intervinientes acuerdan estrategias de abordaje -como la incorporación del recurso de acompañamiento terapéutico para seguir y contener posibles crisis de angustia (que luego concluyen en situaciones disruptivas en el hogar)- estas terminan no implementándose en tiempo y forma. Así, nuevamente nos enfrentamos a adolescentes que por no ser “del perfil” institucional, son derivados de forma intempestiva a otros

hogares, privándolos de su lugar de pertenencia. A esto se suma que mientras se está a la espera de una nueva vacante los adolescentes permanecen internados en hospitales públicos, sin criterio.

Situaciones como la descrita requieren acciones conscientes y expeditivas por parte del Ministerio Público y de los juzgados intervinientes. En primer lugar, para visibilizar que el padecimiento de salud mental de los adolescentes no está escindido de la histórica vulneración de derechos atravesada, la cual es agravada por intervenciones desafortunadas y por la falta de implementación oportuna de los recursos necesarios. A su vez, para resaltar la falta de intervenciones articuladas entre actores claves (equipo tratante, hogar, acompañantes terapéuticos, defensoría zonal) a fin de que se subsane esta cuestión. Por último, para problematizar y exigir recursos diseñados en la individualidad, como vacantes en hogares convivenciales con apoyos que le permitan validar su autonomía, y no aceptando el recurso de hogar terapéutico como primera alternativa de alojamiento cuando esto no es indicado por la interdisciplina.

Es en estos casos donde se pone en jaque al sistema de protección integral. Sin duda, estas prácticas, que se observan en lo cotidiano, nos interpelan sobre el riesgo de estar ante escenarios de violencia institucional, con la consecuente responsabilidad que implicaría para el Estado.

En otras palabras, consideramos que desde la Defensa Pública deben ponerse en tensión las prácticas tutelares que consideran al niño como objeto de intervenciones, anulando su singularidad y desconociendo la implicancia de las circunstancias que los rodean. Resulta fundamental poder cuestionar las prácticas que tienden a patologizar a las niñeces que presentan vulnerabilidad social o personal soslayando las condiciones familiares, sociales, económicas, culturales, de género, y de intervenciones institucionales previas que atraviesan a esos NNyA. La empatía en las intervenciones terapéuticas y judiciales que se realizan con los NNyA, la realización de un abordaje con una perspectiva centrada en la comprensión de las infancias y el férreo compromiso en hacer eje sobre la restitución integral de todos sus derechos son las coordenadas que permitirán acercarnos a una intervención respetuosa y direccionada hacia la satisfacción del “interés superior del niño”.

En la misma línea, en la práctica se observa un circuito institucional de constantes derivaciones entre los efectores de salud y los hogares, que resulta revictimizante y dista de los estándares de buenas prácticas en salud mental de inclusión comunitaria y cercanía con los vínculos primarios o referentes afectivos y/o comunitarios. A su vez, señalamos con preocupación que los niños que presentan un padecimiento de salud mental no encuentran una respuesta efec-

tiva desde el ámbito de niñez, siendo discriminados y excluidos al ámbito de la salud (procurando el ingreso a hogares terapéuticos y no a hogares convivenciales). Por lo tanto, nuevamente estamos frente a lógicas de actuación que tienden al control y normalización social, a través de la autoridad médica hegemónica.

## **Necesidad del abordaje intersectorial**

La situación hasta aquí descripta nos lleva a otro obstáculo evidenciado en la práctica, que es la falta de accesibilidad geográfica a un sistema de salud adecuado para los NNyA.

Cuando se dificulta garantizar el derecho a la salud en términos de favorecer la cercanía, la disponibilidad económica y simbólica, y la calidad de los servicios, se contribuye a acentuar la distancia. Es decir: a que los NNyA y sus familias se sientan expulsados del sistema de salud y, en consecuencia, discriminados. Por lo tanto, cuando esos NNyA residentes en otras jurisdicciones logran acceder al sistema de salud de CABA se debe procurar un trabajo efectivo intersectorial y un abordaje interdisciplinario, sumado a una articulación operativa entre las instituciones y las familias. Es labor de quienes defienden los derechos de los NNyA favorecer las responsabilidades compartidas y procurar el fortalecimiento familiar y el acceso a los recursos en sus centros de vida para garantizar la sostenibilidad en los tratamientos y la incidencia de las políticas públicas en las familias. Dicho de otro modo: se debe procurar llevar a cabo tres de los criterios centrales en materia de salud mental: transformación de las instituciones estatales y de los servicios hacia una perspectiva territorial; protagonismo de los niños y niñas y sus familias; y la desinstitucionalización.

Si bien en la práctica se dificulta tender redes de acción conjunta con jurisdicciones distintas al ámbito de competencia en CABA, es parte de la función de los operadores judiciales repensar los modos de territorializar las intervenciones para evitar el desarraigo y la desintegración de los lazos sociales de los NNyA.

Asimismo, se vuelve vital contar con las historias de esos NNyA, quienes muchas veces ingresan al sistema de salud o de protección de CABA con sus historias fragmentadas, producto de la desarticulación institucional. Se vuelve necesario reconsiderar la singularidad de cada niño, niña y adolescente que padece un profundo desamparo y sufrimiento psicosocial. En términos de exigibilidad de derechos, por lo tanto, se hace evidente que se requiere desde el rol de la defensa pública instar a una política integrada desde los diferentes sectores que generen condiciones de articulación e integración efectiva para responder a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes y sus familias.

## Garantizar el acceso inmediato a dispositivos especializados para niños y adolescentes que sufren malos tratos y abusos

La fragmentación social, la ausencia de adultos que proporcionen cuidados adecuados y las trayectorias de institucionalización generan en los niños, niñas y adolescentes dificultades severas en los procesos de subjetivación. “Esto da lugar a constituciones subjetivas cada vez más fracturadas, fragmentadas y desafiadas de referentes simbólicos de identidad” (cfr. Barcala, 2011).

La multiplicidad de fenómenos severos en la infancia, como las situaciones de maltrato y abuso sexual, exige pensar en dispositivos que incluyan -entre sus estrategias- prácticas y acciones que puedan dar cuenta de las transformaciones que ha sufrido la infancia y la adolescencia en el entramado social y político actual. Para ello, se vuelve fundamental la implementación de estrategias de cuidado, que deben ser entendidas como acciones integrales, con sentidos y significados orientados a la comprensión de la salud como un derecho. Así, será posible clasificar el cuidado como un dispositivo político de integralidad en las estrategias de abordaje (cfr. Pinheiro y Ceccim, 2009). Por ello, situaciones de gran fragilidad como las mencionadas requieren dispositivos y/o equipos de trabajo pensados, contruidos y sostenidos de manera interdisciplinaria y especializada en la materia y con un abordaje territorial que puedan garantizar un rápido acceso a esos espacios conforme una demanda que es cada vez es mayor.

Desde el ámbito de la defensa pública se debe procurar que la estrategia de intervención garantice el acceso a dispositivos especializados con espacios sociales y comunitarios y con redes que actúen como lugares seguros de contención. Si bien resulta dificultoso en la práctica el acceso a tratamientos especializados, es necesario que cada intervención esté orientada a agilizar y garantizarla y, a su vez, a procurar que dicha intervención terapéutica pueda fortalecer los recursos simbólicos de las familias y abarcar las dimensiones subjetivas, sociales, biológicas y culturales.

Asimismo, resultaría deseable que la autoridad de aplicación (en el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es el Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes) pudiera tener efectiva prioridad en la obtención turnos y recursos de salud mental para asignar a los NNYA por los que intervienen.

En la práctica, observamos dificultades y demoras para que los NNYA puedan acceder a las evaluaciones familiares pertinentes, contar con espacios psicológicos y psiquiátricos en dispositivos

de salud mental comunitaria, centros de día, acompañantes terapéuticos, entre otros, aun cuando estos pedidos sean cursados por la propia autoridad de aplicación.

## Reconocimiento de la capacidad progresiva para la toma de decisiones atinentes al cuidado de la salud mental

El Código Civil y Comercial de la Nación (CCyC) se asentó en el principio constitucional-convencional de autonomía progresiva, abandonando la lógica binaria de capacidad/incapacidad. Así, el art. 26 establece que:

La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico [...] A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

Es decir, el CCyC regula expresamente la capacidad de ejercicio de los NNyA en lo relativo al cuidado de su propio cuerpo, siguiendo reglas generales aceptadas en el ámbito de la bioética y en el derecho comparado, que ha desarrollado de forma exhaustiva la noción de autonomía progresiva, diferenciándola de la capacidad civil tradicional. La regulación de la participación en el ámbito sanitario es acorde a la distinción efectuadas entre niños y adolescentes, confiriéndola de forma personal a los segundos.

El CCyC introduce un segundo distingo fundado en el límite etario puro: los 16 años, edad a partir de la cual entiende que el adolescente tiene capacidad intelectual y emocional suficiente para comprender el alcance de la intervención concreta que se le propone y, por lo tanto, puede prestar su consentimiento autónomamente. En relación a este postulado, Kemelmajer y Molina (2015, 3) sostienen que mantener una postura binaria respecto de la capacidad nos impediría visualizar la dinámica del nuevo sistema y refieren que “[I]a regla es la capacidad siempre que los niños o adolescentes tengan edad y grado de madurez suficiente para la toma de decisiones en el caso concreto (art. 22 del Cód. Civ. Y Com.)”(2). Sin embargo, esta afirmación no resuelve por sí misma toda la cuestión, ya que nuestro sistema es mixto y prevé límites etarios en función de los derechos involucrados y establece la edad de 13 años como el momento en que jurídicamente se considera la persona “adolescente”, como presupuesto para reconocer la creciente autonomía: “Pertener a la categoría jurídica de “adolescentes” permite presumir que ha al-

canzado una cierta madurez para tomar decisiones, ejercer determinados actos y comprender en sentido de su intervención” (3). Es por ello que la noción de “competencia” tiene un rol fundamental, ya que no sólo debe tenerse en cuenta la edad sino la madurez, las condiciones del desarrollo, el medio socio-económico y cultural, el conflicto que esté en juego, etc. de los NNyA: “La competencia se adquiere gradualmente y está ligada, especialmente, al discernimiento y aptitud intelectual y volitiva de la persona”(4).

Siguiendo este análisis, poder hablar de autonomía progresiva exige garantizar el derecho de los NNyA a ser oídos y a que su opinión sea debidamente tenida en cuenta.

A partir de la creación de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño se han establecido normas que han modificado las prácticas con relación a los derechos y capacidades de los NNyA, especialmente los adolescentes. Muestra de ello es el reconocimiento de la capacidad progresiva de los niños y adolescentes “en consonancia con la evolución de sus facultades” (art. 5) y la posibilidad de manifestar su opinión y que ésta sea tenida en cuenta “en función de la edad y grado de madurez” (art. 12.1). Es decir, se trata de dar lugar al valor de la palabra, a la manifestación de su voluntad, que debe ser tenida en cuenta en virtud de las circunstancias vitales que ese niño, niña y/o adolescente se encuentra atravesando.

En el mismo sentido, la Opinión Consultiva 17 de la Corte IDH habla de la importancia de la participación personal de los niños y adolescentes para el ejercicio efectivo de sus derechos. Allí se dice que:

[...] el aplicador del derecho, sea en el ámbito administrativo, sea en el judicial, deberá tomar en consideración las condiciones específicas del menor y su interés superior para acordar la participación de éste, según corresponda, en la determinación de sus derechos. En esta ponderación se procurará el mayor acceso del menor, en la medida de lo posible, al examen de su propio caso [...].

Asimismo, la Corte IDH en el fallo “Ramírez Escobar y otros c. Guatemala”<sup>3</sup> resaltó la aplicación de la OC 17/2002:

[...] En toda situación que involucre a niñas y niños se deben aplicar y respetar, de forma transversal, cuatro principios rectores, a saber: i) la no discriminación; ii) el interés superior del niño; iii) el derecho a ser oído y participar, y iv) el derecho a

---

3 CIDH. Caso “Ramírez Escobar y otros c. Guatemala”. Sentencia de 9 de marzo de 2018.

la vida, supervivencia y desarrollo. Toda decisión estatal, social o familiar que involucre alguna limitación al ejercicio de cualquier derecho de una niña o un niño, debe tomar en cuenta el interés superior del niño y ajustarse rigurosamente a las disposiciones que rigen esta materia. La Corte reitera que el interés superior del niño se funda en la dignidad misma del ser humano, en las características propias de los niños, y en la necesidad de propiciar el desarrollo de estos, con pleno aprovechamiento de sus potencialidades (Cfr. Opinión Consultiva OC-17/02, *supra*, párrs. 56, y Caso Rochac Hernández y otros Vs. El Salvador, *supra*, párr. 106).

Por su parte, la Observación General N.º 12 CDN indica en el puntos 20 y 21 que, en cuanto a la exigencia convencional respecto al niño “que esté en condiciones de formarse un juicio propio”, no debe verse como

[...] una limitación, sino como una obligación para los Estados partes de evaluar la capacidad del niño de formarse una opinión autónoma en la mayor medida posible. Eso significa que los Estados partes no pueden partir de la premisa de que un niño es incapaz de expresar sus propias opiniones. Al contrario, los Estados partes deben dar por supuesto que el niño tiene capacidad para formarse sus propias opiniones y reconocer que tiene derecho a expresarlas; no corresponde al niño probar primero que tiene esa capacidad [...].

A su vez señala que cuando se hace referencia a “edad, madurez y desarrollo”, son términos que hablan de

[...] la capacidad del niño, que debe ser evaluada para tener debidamente en cuenta sus opiniones o para comunicar al niño la influencia que han tenido esas opiniones en el resultado del proceso. El artículo 12 estipula que no basta con escuchar al niño; las opiniones del niño tienen que tomarse en consideración seriamente a partir de que el niño sea capaz de formarse un juicio propio. Al exigir que se tengan debidamente en cuenta las opiniones, en función de su edad y madurez, el artículo 12 deja claro que la edad en sí misma no puede determinar la trascendencia de las opiniones del niño. Los niveles de comprensión de los niños no van ligados de manera uniforme a su edad biológica. Se ha demostrado en estudios que la información, la experiencia, el entorno, las expectativas sociales y culturales y el nivel de apoyo contribuyen al desarrollo de la capacidad del niño para formarse una opinión. Por ese motivo, las opiniones del niño tienen que evaluarse mediante un examen caso por caso.

Del mismo modo lo contempla la regla N° 5 de las 100 Reglas de

Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en condición de vulnerabilidad establece que:

[...] todo niño, niña y adolescente debe ser objeto de una especial tutela por parte de los órganos del sistema de justicia en consideración a su desarrollo evolutivo. Prevalecerá el interés superior de las personas menores de edad cuando interactúan con el sistema de justicia [...].

Finalmente, en el ámbito local el art. 27 de la Ley 26.061 habla de los derechos que hacen al ejercicio de la capacidad progresiva de los NNyA.

Por otro lado, la Ley 26.529 (de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud) incorpora en su art. 2 inc. e) la autonomía como derecho esencial y expresamente aclara que: “Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud”. Esta previsión fue complementada por el Decreto PEN N° 1089/2012, que establece que: “Los profesionales de la salud deben tener en cuenta la voluntad de los niños, niñas y adolescentes sobre esas terapias o procedimientos, según la competencia y discernimiento de los menores”.

Finalmente, no podemos perder de vista que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), establece que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica (art. 12.1), que tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida (art. 12.2) y que los Estados adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica (art. 12.3).

Por su parte, el art. 31 inc. a) del CCyC menciona expresamente la regla de la presunción de la capacidad de ejercicio de las personas, rigiendo incluso cuando la persona se encuentre internada en un establecimiento asistencial, puesto que no debe olvidarse que los presupuestos fácticos que habilitan una internación y una restricción de la capacidad son distintos.

En mérito de todo lo expuesto y haciendo aplicación del principio pro homine, desde la Defensoría Pública concluimos, cuando nos encontramos frente a decisiones que los NNyA deben tomar respecto de su salud mental, que:

- Debemos partir siempre del principio de capacidad, aun cuando se trate de supuestos de personas internadas por razones de salud mental. Destacamos que desde la Defensoría

de Menores e Incapaces tenemos intervención en todas las internaciones por salud mental de NNyA, las cuales si bien son reputadas como involuntarias<sup>4</sup> –como mecanismo para garantizar el control judicial-, no obsta a que de igual modo las niñas, niños y adolescentes puedan participar necesariamente de cada etapa del proceso. En palabras de Eleonora Lamm (2015, 241 - 242): “la competencia implica una decisión específica que toma un sujeto determinado, en una situación concreta, frente a un tratamiento específico, y por eso, no es la misma para tomar una decisión que otra” .

- El art. 26 CCyC es claro al establecer que a partir de los 16 años de edad los adolescentes son considerados adultos para las decisiones atinentes al cuidado del propio cuerpo. Por lo tanto, debe recabarse su consentimiento informado en cada práctica médica que se realice, ya sea en el marco de una internación o tratamiento ambulatorio por salud mental.
- Debe tenerse en cuenta que tanto la edad como la discapacidad mental son cuestiones de grado; una persona puede tener aptitud para decidir ciertas cuestiones y no otras, no siempre es necesario igual grado de comprensión.
- En cada decisión que deba expedirse la Defensoría respecto de los tratamientos de salud mental de NNyA debe contemplarse el interés superior del niño. Al respecto, el Comité de Derechos del Niño en su Observación General 14 se ha exployado sobre el contenido del estándar del interés superior del niño, al que define como un derecho, un principio y una norma procesal. La Observación lo subraya como estándar de aplicación por las autoridades judiciales y administrativas. También enumera los extremos que deben tenerse en cuenta a la hora de determinar el interés superior del niño en concreto: a) la opinión del niño, b) su identidad, c) la preservación de su entorno familiar y mantenimiento de sus rela-

---

4 “[...] de acuerdo a las disposiciones de la Ley Nacional de Salud Mental en particular su art. 26, toda internación de persona menor de edad debe tramitarse como si fuese involuntaria. (...) la internación de salud mental cuenta con una ley específica, por lo que esa regulación especial descarta la aplicación de la general, aun cuando está última sea posterior. La intervención judicial de ningún modo conspira contra la autonomía progresiva que el código garantiza a las personas menores de edad y en especial con la mayoría anticipada para los adolescentes de la franja de 16 a 18. Por el contrario, aporta una garantía reforzada para la preservación de sus derechos, cuya necesidad se acrecienta, a fortiori, en caos de adolescentes en situación de vulnerabilidad”. Juzgado de Familia N° 1 de Bariloche, 29/01/2016, en “F., M. s/ ley 26657”, donde se informó la internación de una joven de 17 años en forma extemporánea.

ciones, d) su cuidado, protección y seguridad, e) su situación de vulnerabilidad, f) su derecho a la salud, g) su derecho a la educación. El Comité subraya que el interés superior del niño es un concepto triple: a) un derecho sustantivo: el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial que se evalúe y tenga en cuenta al sopesar distintos intereses para tomar una decisión sobre una cuestión debatida, y la garantía de que ese derecho se pondrá en práctica siempre que se tenga que adoptar una decisión que afecte a un niño, a un grupo de niños concreto o genérico o a los niños en general. El artículo 3, párrafo 1, establece una obligación intrínseca para los Estados, es de aplicación directa (aplicabilidad inmediata) y puede invocarse ante los tribunales; b) un principio jurídico interpretativo fundamental: si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el interés superior del niño. Los derechos consagrados en la Convención y sus protocolos facultativos establecen el marco interpretativo; c) una norma de procedimiento: siempre que se tenga que tomar una decisión que afecte a un niño en concreto, a un grupo de niños concreto o a los niños en general, el proceso de adopción de decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión en el niño o los niños interesados. La evaluación y determinación del interés superior del niño requieren garantías procesales. Además, la justificación de las decisiones debe dejar patente que se ha tenido en cuenta explícitamente ese derecho. En este sentido, los Estados partes deberán explicar cómo se ha respetado este derecho en la decisión; es decir, qué se ha considerado que atendía al interés superior del niño, en qué criterios se ha basado la decisión y cómo se han ponderado los intereses del niño frente a otras consideraciones, ya se trate de cuestiones normativas generales o de casos concretos.

## Reflexiones finales

Lo reseñado en este trabajo está guiado por una búsqueda en la integral satisfacción de los derechos e intereses de los NNyA, admitiendo que forman parte de un grupo social vulnerable con características propias, en constante movimiento y desarrollo.

La niñez de hoy se enfrenta a nuevas contradicciones sociales. Garantizado universalmente -desde la norma- su derecho a la protección integral, nos preguntamos sobre el sentido que asume hoy esa protección y sobre la significación social imaginaria que se

construye en torno a ella, en especial a las formas de protección destinadas a los niños en situación de vulnerabilidad.

Al tiempo que se instaló una legislación progresista en términos de derechos, se observa muchas veces en la práctica una tendencia a patologizar el sufrimiento psíquico de los NNYA que deriva en muchos casos a una ampliación de la intervención institucionalizante y la medicación como únicas respuestas a la problemática, prescindiendo de otro tipo de abordajes integrales.

Se reitera que la falta de políticas públicas, programas y dispositivos que se adapten a las niñeces y adolescencias no hacen más que perpetuar y consolidar la respuesta de la reclusión como forma de intervención: permanencia en hospitales monovalentes y derivaciones a hogares terapéuticos que reproducen dicha lógica.

En este sentido, entendemos que resulta fundamental que las Defensorías de Menores e Incapaces, en el marco de su intervención, puedan problematizar y visibilizar estas dificultades para poner en jaque estas lógicas y hacerlo trabajando fuertemente en la exigibilidad de todos los recursos que resulten necesarios para atender de manera integral la situación de los NNYA que asistimos. Ello, a fin de garantizar una debida restitución de derechos bajo la convicción de que la salud mental no puede pensarse de manera escindida de la satisfacción de los derechos más fundamentales.

## Bibliografía

Asamblea General ONU. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 28/03/2017.

Barcala, Alejandra. 2015. "La medicalización en la niñez: prácticas en salud mental y subjetividad de niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psicosocial". En A. Barcala y L. Luciani Conde (comps.), "Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas". Buenos Aires: Teseo.

Barcala, Alejandra. 2011. "Los dispositivos de atención en niños, niñas y adolescentes con padecimiento en su salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires". En *Panoramas en salud mental*. Buenos Aires: Ministerio Público Tutelar-Eudeba, pp. 141-169

Janin, Beatriz. 2018. *Infancias y adolescencias patologizadas. La clínica psicoanalítica frente al arrasamiento de la subjetividad*. Noveduc, pp. 9 y ss.

Kemelmajer de Carlucci, Aída; Molina de Juan, Mariel F. 2015.

La participación del niño y el adolescente en el proceso judicial. RCCyC. Pág. 3.

Lamm, Eleonora. 2015. “El derecho de niños, niñas y adolescentes al cuidado de su propio cuerpo. Una cuestión de autonomía, libertad, integridad, libre desarrollo de la personalidad y dignidad”, en Fernández, Silvia Eugenia (directora), Tratado de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Tomo I. Abeledo Perrot, p. 241/242.

Luna, Matilde, cit. por Barral, Mercedes; Giarini, María Celese; Queirolo, María Cecilia. 2017. “Ni blanco ni negro. Inclusión social fuera de foco. Jóvenes con discapacidad psicosocial institucionalizados. Desafíos y Perspectivas en el pasaje a la adultez”. En Ministerio Público de la Defensa. Derechos de las personas con discapacidad. Disponible en <https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/biblioteca/Libro%20discapacidad%20con%20ISBN.pdf>.

Morici, Silvia. 2018. Fragmento de su ponencia presentado en el Encuentro Nacional de Forum Infancias. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=RSMKzxBnwZ4>, consultado en fecha 18/03/24.

Palacios, Agustina; Fernández, Silvia Eugenia; Iglesias María Graciela. 2020. “Situaciones de Discapacidad y Derechos Humanos”. En Niños y Niñas con Discapacidad. Thomson Reuters, La Ley. Pág. 507.

Pinheiro R. y Ceccim R. 2009. “Experimentación, formación, cuidado y conocimiento en el campo de la salud: articulando concepciones, percepciones y sensaciones para efectivizar la enseñanza de la integralidad”, en R. Pinheiro (cmp.) y otros. Enseñar Salud. Buenos Aires, Ed. Teseo.



## Determinación y restricción de la capacidad jurídica en las adolescencias. Una mirada desde la defensa pública

**Vanesa Susana Moreno**

Abogada (UBA). Posgrado en Magistratura. Defensora Pública Curadora. Ex Defensora coadyuvante de Defensoría de Menores e Incapaces

### Introducción

Desde la sanción del actual Código Civil y Comercial de la Nación (CCyCN), y aunque el art. 32 prevé que el juez puede restringir la capacidad “para determinados actos de una persona mayor de trece años que padece una adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes”, en la práctica casi no se promueven procesos de determinación de la capacidad jurídica hasta luego de los 18 años, salvo en escasas ocasiones y por características muy específicas del caso.

Así, en el campo de la defensa pública, en el período 2023-2024 solo se tomó conocimiento de dos procesos de determinación de la capacidad en adolescentes en las defensorías públicas curadoras. Sin embargo, es de utilidad dilucidar no solo los motivos y las características del proceso en adolescentes sino, además, la correlación con el principio de capacidad progresiva.

Al respecto, la capacidad de ejercicio no se adquiere de un día para el otro al cumplir 18 años. Es un proceso gradual por el cual las personas menores de edad pueden ir ejerciendo derechos por sí mismas de acuerdo con su edad y grado de madurez. Por eso se llama capacidad o autonomía progresiva.

Pero si en el ejercicio de la capacidad progresiva un adolescente no puede ejercer determinados derechos, ya sea por encontrarse impedido por circunstancias fácticas, características, afección transitoria, progresiva, contraposición de interés con represen-

tantes legales y/o cualquier otro hecho, ¿cómo se debería proceder (aún, cuando contare con grado de madurez suficiente)? O si, por ejemplo, no puede prestar su consentimiento por encontrarse atravesada/o por una problemática de salud mental, ¿es necesaria la promoción de un proceso de determinación de la capacidad?

La respuesta a estos interrogantes debe tener en cuenta los principios que rigen la materia e interpretación (art. 2 del CCyCN), especialmente en las disposiciones que surgen de los tratados de derechos humanos (criterio que ya venía sosteniendo la jurisprudencia), normativas internacionales que orientaron la sanción del actual CCyCN, leyéndose en conjunto y en coherencia con todo el ordenamiento.

En este estadio, parece lógica la respuesta, inclinándonos a la negativa, aunque me permito introducir uno o varios elementos más, para dar respuesta al entrecruzamiento entre adolescencia y restricción a la capacidad. Se suma, de esta manera, la total conciencia que debe presidir en el rol que desempeñan los diferentes efectores y partes al momento de resolver cuestiones que involucran a los más vulnerables.

Así, en el marco de los procesos, entrevistas, audiencias, especialmente las celebradas en el marco de causas judiciales, se deberá tener en especial consideración a las circunstancias, realidades familiares, objetivos y al fin perseguido en beneficio de la persona. Remarco que, desde el comienzo del proceso judicial, la persona es evaluada por diferentes profesionales, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y peritos, cada uno en su función y en diferentes momentos, hasta el dictado de la sentencia.

En este orden, resulta de importancia brindar respuestas con “empatía y registro del otro”, lo que no es “una solidaridad aparente, sino real” y, además, “un deber funcional” (Beloff, 2021), sumado a la ética e imparcialidad que deben imperativamente regir en los profesionales intervinientes en este tipo de procesos que determinan la capacidad de las personas.

El CCyCN recepitó la constitucionalización del Derecho Privado, estableciendo una comunidad de principios entre la Constitución, el Derecho Público y el Derecho Privado. Así, adquiere preponderancia el principio pro homine que, de acuerdo con la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), opera como “principio de interpretación extensiva de los derechos humanos y restrictiva de sus limitaciones”<sup>1</sup>. Además, cabe consignar preliminarmente que el Código ajusta la regulación de la materia de capa-

---

1 Corte IDH. O.C. 5/85.

cidad a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Ahora bien, de iniciarse un proceso de determinación de la capacidad, siendo materia y competencia de familia, los jueces deberán al mismo tiempo respetar los principios de tutela judicial efectiva, intermediación, buena fe y lealtad procesal, oficiosidad, oralidad y acceso limitado al expediente como lo prescribe el art. 706 del CCyCN.

## Capacidad jurídica de la persona humana

Tradicionalmente se ha referido a la capacidad como la “aptitud” (Lorenzetti, 2004; 334) o el grado de aptitud (Código Civil de Vélez Sársfield), o la posibilidad jurídica de la persona humana, para ser titular de derechos y deberes jurídicos, de relaciones jurídicas (Llambías, 2007; 347) o de obligaciones (Salvat, 1940; 317), precisamente por el solo hecho de serlo (Tobías, 2009). Se trata de un atributo de la personalidad, junto con su nombre, estado civil, domicilio y patrimonio son innatas, necesarias, vitalicias e indisponibles (Cifuentes, 1995; 122. Rivera, 1992; 320).

La capacidad de derecho o jurídica manifiesta un atributo que solo reconoce limitaciones impuestas o derivadas estrictamente de la ley, admitiendo gradaciones en supuestos específicos que resultan de la propia ley y cuya interpretación es de por sí restrictiva. Tales limitaciones, o gradaciones solo pueden ser relativas, siendo inexistente la incapacidad absoluta de derecho como ha ocurrido en el viejo supuesto de esclavitud (eliminados de nuestro Derecho originariamente a partir de la Asamblea del año 1813)

Como se ha sostenido, “las incapacidades de derecho son en relación a ciertos hechos o actos” (Rivera, 1992; 370). Ejemplos de ellas serían las inhabilidades para contratar (art.1001 del CCyCN) o, en relación a las personas que no pueden suceder: tutores y curadores a sus pupilos, si estos mueren durante la tutela o curatela o antes de ser aprobadas las cuentas; el escribano y testigos ante quienes se haya otorgado el testamento por el acto en el cual han intervenido, entre otros.

En este orden, luego de referirnos a la capacidad de derecho, seguiremos con la capacidad de ejercicio enunciada en el art. 23 del CCyCN, o lo que la doctrina denomina capacidad de obrar o de hecho, la cual solo encuentra limitaciones de la propia ley o de una sentencia judicial razonablemente fundada (conforme art. 3 del cuerpo normativo citado)

Al respecto, las raíces constitucionales que se reconocen en la capacidad de ejercicio no son, ni más ni menos, las que indican que

todas las personas están autorizadas para realizar aquello que la ley no prohíbe, conforme el art. 19 de la CN, salvo las personas incapaces de ese ejercicio propio, enumeradas en el art. 24 del CCyCN taxativamente:

Son incapaces de ejercicio: a) la persona por nacer; b) la persona que no cuenta con la edad y grado de madurez suficiente...c) la persona declarada incapaz por sentencia judicial, en la extensión dispuesta en esa decisión.

En este lineamiento, el art. 25 del CCyCN define a la persona menor de edad como la persona que no ha cumplido dieciocho años y adolescente a la que cumplió trece años.

Seguidamente, el art. 26 define que el ejercicio de los derechos por la persona menor de edad es ejercido a través de sus representantes legales. Ello, no obstante, que la persona que cuente con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales puede intervenir con asistencia letrada.

Dice el artículo en mención:

La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne, así como a participar en las decisiones sobre su persona.

Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.”

Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

En relación con ello, se ha explicado que es un contexto normativo civil y comercial que se vincula de manera directa con la regulación sobre la responsabilidad parental y, por ende, el lugar que ocupan principalmente los adolescentes en el ejercicio de ciertos actos personalísimos y también uno de sus progenitores según el tipo de acto que se trate (Kemelmajer de Carlucci et ál., 2015).

Cabe mencionar, también, que la celebración del matrimonio antes de los dieciocho años emancipa a la persona menor de edad y que la persona emancipada goza de plena capacidad de ejercicio con las limitaciones previstas en el Código (aprobar las cuentas de sus tutores y darles finiquito; hacer donación de bienes que hubiese recibido a título gratuito; afianzar obligaciones).

Además, la persona menor de edad que ha obtenido título habilitante para el ejercicio de una profesión puede ejercerla por cuenta propia sin necesidad de previa autorización. Tiene la administración y disposición de los bienes que adquiere con el producto de su profesión y puede estar en juicio civil o penal por cuestiones vinculadas a ella.

## Restricción a la capacidad en un adolescente

Conforme lo señalamos más arriba, un juez puede restringir la capacidad (art. 32 CCyCN) de un adolescente, el cual, para nuestra normativa, es una persona mayor de trece años (art. 25 CCyCN). La razón lógica pareciera estar determinada pues, a partir de esa edad, la ley les reconoce discernimiento para los actos lícitos (art. 261 inc. C, CCyCN) y, en consonancia con ello, capacidad para realizar por sí una importante cantidad de actos jurídicos (Olmo, 2019; 165). Seguidamente los detallaremos, aunque, preliminarmente, debemos mencionar los actos que la persona menor de edad no puede realizar, para luego adentrarnos en el análisis que nos compete.

### Actos prohibidos

Entre los actos prohibidos y que, por ende, una persona menor de edad no puede ejercer, encontramos (sin ser exhaustivos): disponer de sus bienes (art. 28); testar (art. 2464); realizar directivas anticipadas (art. 60 CCyCN); constituir unión convivencial (art. 510 CCyCN); salir del país (con excepciones)<sup>2</sup>. Este último acto excede el acotado margen del presente trabajo, pero merece la pena que se lo mencione, pues en una oportunidad se intentó dar curso a una acción de determinación de la capacidad, con el fin de obtener una designación de apoyo unipersonal en cabeza de uno solo de los progenitores, lo que conllevaría a vulnerar el ejercicio de la responsabilidad parental del otro progenitor. El caso finalmente no prosperó, y, en la primera entrevista personal y audiencia celebrada se desestimó, pues claramente la envergadura y el fin

<sup>2</sup> Ver art. 2º de la Disposición 3328/2015 de la Dirección Nacional de Migraciones.

perseguido en el proceso de capacidad debe ser observado con suma cautela y teniendo en miras los principios perseguidos por la norma, que a su vez remite a los Tratados Internacionales.

## Actos que un niño, niña o adolescente puede realizar

En ejercicio de su capacidad progresiva los niños, niñas y adolescentes pueden: brindar su consentimiento informado; peticionar la adición o cambio de apellido (arts. 64 y 69, respectivamente); presentarse en juicio, iniciar reclamo de alimentos con asistencia letrada (art. 661); reclamar por la administración y disposición de bienes contra los padres con asistencia letrada (art. 677). Especial hincapié merece al proceso de adopción, en el cual es parte y su opinión debe ser tenida en cuenta al momento de la elección del pretense adoptante, así como también en la elección del apellido.

Además, puede reconocer hijos (art. 680), aunque diferente es el ejercicio de la responsabilidad parental. Este, en ocasiones se limita en las sentencias de restricción de capacidad si la persona no se encuentra en condiciones de ejercer la responsabilidad parental o requiere de un sistema de apoyo. Aquí encontramos un entrecruzamiento con otras figuras legales, pues, por ejemplo, si una persona se encuentra cursando una internación en salud mental, puede otorgarse la guarda provisoria de sus hijos/hijas a sus progenitores, referentes o persona que demuestre compromiso y cuidado.

En este último punto, me gustaría además destacar calificada doctrina (Fernández, 2017; 3), que menciona que se debe entender como progenitores en los términos del art. 26 del CCyCN:

[...] en aquellos casos en los que sea necesaria la asistencia para el consentimiento del NNyA, la interpretación adecuada del término 'progenitores' del artículo 26 del Cód. Civ. y Com. (según el contenido del art. 59 del Cód. Civ. y Com.<sup>3</sup>; Ley de Derechos del Paciente; decreto de la Ley de Salud Sexual) en cuanto se refiera a las prácticas relacionadas con el cuidado del propio cuerpo debe ser interpretado de forma que permita que las personas que ejerzan, formal o informalmente, roles de cuidado

---

3 Este artículo sostiene: "Si la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente".

puedan participar y acompañar al NNyA en el proceso de consentimiento informado y toma de decisiones sanitarias. Esto por cuanto se trata del ejercicio de un derecho personalísimo como la atención y el cuidado de la salud. De esta manera, cualquier ‘allegado’ (art. 59 del Cód. Civ. y Com.) o referente afectivo (art. 7 decreto 415/2006 reglamentaria de la Ley 26.061) podría asistir al NNyA en el consentimiento de dichos actos.

En igual sentido, el Comité de los Derechos del Niño, en su Observación General N° 15 de 2013 sobre el Derecho a la Salud, entiende que se deben equiparar las responsabilidades y derechos de todas las personas que ejercen roles de cuidado, ya sean padres biológicos, adoptivos, de acogida, tutores legales o habituales, y personas con las que el niño tenga una “relación personal estrecha” (2017; 3).

Ahora bien, son muchísimos más los actos que podríamos enumerar, aunque principalmente debemos prestar especial atención a aquellos que un adolescente podría realizar en uso del ejercicio de su capacidad progresiva y que en ocasiones no resulta posible debido a que -por determinadas circunstancias, características, necesidades o afección transitoria o momentánea- se encuentra impedido.

En consecuencia, se vislumbra la necesidad, o no, de implementar un sistema de apoyo al ejercicio de su capacidad para celebrar los actos jurídicos mencionados. Acentúo esto último, porque la restricción a la capacidad solo tendrá sentido -tanto en personas mayores de edad como en adolescentes y teniendo en cuenta los conceptos de capacidad anteriormente mencionados- para el universo jurídico en la celebración de esos actos. No lo tendrá para los ajenos a este universo o simples actos de la vida de cotidiana (higienizarse, vestirse), que no ameritan ningún tipo de restricción o mención y que, en ocasiones, innecesariamente se detallan en sentencias judiciales.

En razón a lo expuesto, y, a fin de evitar que en los fallos se haga expresa referencia a actos no jurídicos, inveteradamente, en las presentaciones y dictámenes de la Defensoría Pública Curaduría actualmente a mi cargo<sup>4</sup>, se solicita a los Juzgados Civiles de Familia que no se haga alusión. En este sentido, cobra importancia el art. 19 de la C.N. en cuanto a que todas las personas están autorizadas para realizar aquello que la ley no prohíbe, sumándose además el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad receptado por la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad.

---

4 Defensoría Pública Curaduría N° 6.

En concreto, se esboza en las diferentes presentaciones:

Con relación a la restricción para los actos de la vida cotidiana y a fin de adecuarla a los estándares actuales, toda vez que estos no son hechos o actos jurídicos, que involucren el ejercicio de la capacidad jurídica de la persona, sino simples actos de la vida cotidiana (higienizarse, vestirse, alimentarse, por ejemplo), su ejercicio está exento de la autoridad de los magistrados (art. 19 CN).

Así, se concluye que:

El hecho de que [...] requiera asistencia para las actividades de su vida cotidiana no habilita a restringir su capacidad jurídica en ese plano, ni designarle consecuentemente un apoyo jurídico a tal efecto, toda vez que puede ser suplido con asistencia y apoyos informales que no implican encuadre jurídico alguno. Ello, por cuanto en el marco de un proceso de restricción a la capacidad solo corresponde limitar aquellos actos para los cuales la persona requiere de asistencia –o excepcionalmente de representación– en el ejercicio de su capacidad jurídica”<sup>5</sup>.

## Legitimación para promover la acción (art. 33 CCyCN)

Están legitimados para solicitar la declaración de incapacidad y de capacidad restringida: a) el propio interesado; b) el cónyuge no separado de hecho y el conviviente mientras la convivencia no haya cesado; c) los parientes dentro del cuarto grado; si fueran por afinidad, dentro del segundo grado; d) el Ministerio Público.

En cuanto a las personas menores de edad observamos que el adolescente puede promover la acción con un representante legal, siendo el propio interesado, de esta manera, quien puede dar inicio a su propia causa. Recordamos que el Código derogado no contemplaba expresamente la posibilidad de que la persona pudiera incoar el procedimiento. Ese ha sido el criterio expuesto en numerosos casos de actuación del Ministerio Público de la Defensa<sup>6</sup>.

---

5 Dictamen 23-11-23, “CH., A. L. s/Determinación de la Capacidad” Expte. 94693/2022; Dictamen 14-12-23, “S., M. s/ Determinación de la Capacidad” Expte. n° 74976/2013, Juzgado en lo Civil N° 82, ídem “J. F. A. s/ Determinación de la Capacidad” Expte. 30706/2003 - Juzgado en lo Civil N° 82; Dictamen 13-12-23; “G. L. A. s/Determinación de la Capacidad” Expte. 107297/2013, 11-12-23; “F.G. s/ Determinación de la Capacidad” Expte. 6571/2019, 6-12-23, entre muchos otros.

6 Un ejemplo de ello se dio en: “C., G. L. s/ Tutela” del 30/10/2015, Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N° 88. En este caso, se dio curso a la acción iniciada por el tutor de una persona menor de edad, tendiente a regular el ejercicio de su capacidad jurídica de acuerdo a lo normado en los artículos 31 y sgtes. CCyCN.

Ahora bien, la persona también puede iniciar la acción a través de la representación ya conocida de los/las Defensores/as de Menores e Incapaces, aunque ello regularmente ocurre en los casos que ya se vienen desempeñando como defensores/as de Niñas, Niños y Adolescentes.

No obstante, la figura del Defensor/a Público/a Tutor/a, es quien acompaña en una doble vía este Inicio, ya sea en el supuesto del inc. a del art 33, representando al propio interesado o, iniciando la acción de determinación de la capacidad por derecho propio conjuntamente con el Tutor/a, asimilando su figura a los parientes.

Cabe destacar, tal como se ha sostenido, que: “el Tutor/a estará legitimado mientras que el interesado sea menor de edad, puesto que con posterioridad su actuación encuadraría en la de un tercero no legitimado” (Olmo, 2021; 216).

En el inciso b y c del art. 33 encontramos una legitimación clara para promover la acción, aunque, respecto a la legislación anterior, destacamos que se elimina al cónyuge divorciado y, se equipará a la persona conviviente.

Por último, respecto al inciso d) sobre el Ministerio Público, encontramos la promoción del proceso que normalmente desde la práctica efectúan las Defensorías de Menores e Incapaces, cuya concordancia la encontramos con el art. 103 del CCyCN.

## Actos jurídicos sujetos a restricción

La restricción de la capacidad no se debería dar en supuestos en los cuales la ley ya delimita la acción como los actos prohibidos a los menores de edad. Sería una incongruencia y no tendría ninguna relevancia jurídica, por ejemplo, restringir un acto de disposición, cuando es un acto prohibido de realizar para una persona menor de edad. Es decir, el Iter de la conformación o inicio del proceso debería darse en aquellos actos que el adolescente en ejercicio de actos jurídicos reconocidos por el régimen de capacidad progresiva puede realizar, pero, por determinadas circunstancias, hechos, características, contraposición, no puede o se encuentra impedido.

Entonces, dentro de los actos que un adolescente puede realizar primero se deberá observar si reconocemos el acto en el universo de supuestos legales permitidos, para posteriormente determinar cómo va ejercer sus derechos (a través de representantes legales en ejercicio de la responsabilidad parental) y, si ello no fuera posible, recién en dicho estadio evaluar una restricción de actos que podría hacer, pero, como dijimos por determinada circunstancia, no puede efectuarlo.

Aquí, nos encontramos principalmente con lo que, en la práctica, comúnmente ocurre: los consentimientos informados para cuestiones de salud, acto que -como detallamos- el adolescente puede realizar, pero en determinadas circunstancias no se puede llevar a cabo. En ese lineamiento ¿correspondería que un juez restrinja dicho aspecto? Y, ante una respuesta afirmativa, ¿sería correcto desde el ámbito legal hacerlo?

El art. 59 del CCyCN regula el consentimiento informado del paciente para todo acto médico al cual puede ser sometido. Guarda relación en gran medida con el texto del art. 5 de la Ley 26529 de Derechos del Paciente, determinando de manera minuciosa amplia y secuencial, explicitando los alcances y la conformación que debe contener dicho acto.

Además, la norma contiene un aspecto importante receptado conforme a la Convención de las Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad. Así, dispone que ninguna persona con discapacidad puede ser sometida a investigaciones en salud sin su consentimiento libre e informado, para lo cual se le debe garantizar el acceso a los apoyos que necesite. Preserva, así, los criterios rectores que rigen la materia en cuanto a la autodeterminación del sujeto y resguardo de la dignidad personal.

El consentimiento informado es una explicación efectuada frente a un paciente que, en uso de su razón, puede entender el diagnóstico de su enfermedad, los efectos de la misma, como así también los riesgos y beneficios de la terapia recomendada. La aceptación del tratamiento por parte de quien recibe esa información debe ser libre y voluntaria.

Muchas son las situaciones en salud que requieren de ese consentimiento, aunque la norma distingue en función de la naturaleza e importancia médica de los tratamientos, realizando distinciones respecto a actos no invasivos, entre los cuales la doctrina enumera: “vacunación, extracción de sangre, testeo HIV, sutura, colocación de yeso o bota por esguince”; o invasivos, que pueden celebrar adolescentes de 13 a 16 años y con asentimiento de uno de los representantes legales como operación quirúrgica, tratamiento oncológico, cirugía estética reparadora (de 13 a 16, adolescente de 16 a 18 solo su consentimiento) (Kemelmajer de Carlucci et ál, 2015), entre otros.

En cuanto al consentimiento respecto a tratamientos en salud mental, haré mención a lo que peticiono en casi la totalidad de las presentaciones realizadas en los expedientes de determinación de la capacidad, incluyendo entonces a las personas mayores de edad.

El consentimiento informado es un “acto personalísimo”, por ello

la figura del apoyo sólo podrá tener facultades de asistencia, nunca de representación, sin perjuicio de lo dispuesto por el art. 59 del CCyCN, que regula expresamente el consentimiento y, en su último párrafo, detalla que ante la ausencia de determinados requisitos podrá brindarlo el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente. Ante ausencia de todo ello, el médico podrá brindarlo si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave.

Se debe observar, además, que el art. 32 del CCyCN, al hablar de persona con capacidad restringida y con incapacidad, insta en su tercer párrafo a que los apoyos designados: “[...] deben promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de la persona protegida”. Es decir, y citando nuevamente lo esbozado y peticionado en el marco de los procesos de capacidad, en sus funciones los apoyos designados deberán siempre recabar la voluntad y preferencias de la persona y procurar que éstas sean respetadas al máximo posible. En cuanto a esta exigencia, ha de tenerse en cuenta que, si en alguna circunstancia y pese a haberse hecho un esfuerzo considerable, no sea posible determinar su voluntad y preferencias, no ha de buscarse determinar su “interés superior” sino la mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias, de conformidad con el artículo 12, párrafo 4 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>7</sup>. A tal efecto, puede ser de utilidad indagar si en algún momento expuso sus posiciones personales o deseos respecto de la contingencia de que se trate, para que sirva como guía de interpretación de lo que la persona hubiera decidido de así poder hacerlo.

En este lineamiento, en el marco de las actuaciones: “F., M. D. L. A. S/ determinación de la capacidad” - Expte. N° 120.612/1999. J. 83 (6/9/2016), la Sala A de la Cámara Civil resolvió que la sentencia recurrida, en la cual se le impedía a F. prestar consentimiento informado para sus tratamientos, no encuadraba en la normativa vigente en materia de capacidad de las personas.

Para así resolver consideró que:

El Código Civil y Comercial ha profundizado las reglas vigentes referidas a las personas afectadas en su salud mental. Tales modificaciones no resultan novedosas pues tienen como antecedente la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad por la Asamblea de las Naciones Unidas del 13/12/2006, la cual fuera ratificada por nuestro país.

<sup>7</sup> OG n° 1 citada, num. 21.

Dicho tratado ha marcado una verdadera ruptura de paradigma en el discurso de los derechos humanos de las personas con discapacidad o padecimientos mentales. Ello así debe ser tratadas como sujetos de derecho, con igual dignidad y valor que las demás, siendo obligación del Estado reconocer su titularidad en todos los derechos, pero también, fundamentalmente, su capacidad para ejercerlos por sí mismas (conf. Olmo, Juan Pablo-Martínez Alcorta, Julio A. “Artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: Medidas de apoyo y de salvaguardia. Propuestas para su implementación en el régimen jurídico argentino” pub. en RDF n° 49, Abeledo Perrot, Bs.As, 2011. p.41 y ss).

## Consentimiento Informado en la Ley de Salud Mental N° 26.657

Los lineamientos de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y de numerosos tratados de derechos humanos con jerarquía constitucional orientaron, a su vez, los preceptos enunciados en la Ley de Salud Mental N° 26.657.

En este contexto, dentro de los derechos que se le reconocen a las personas con padecimiento mental y a luz de la Ley 26.657 (art. 7) encontramos: 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 la preservación de su salud (inc. a); a conocer y preservar su identidad; a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos (inc. c); a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, entre tantos otros allí consignados en el artículo.

Es decir que se garantiza a las personas un tratamiento personalizado, para su recuperación y preservación de la salud que menos restrinja su libertad mediante el acompañamiento y participación de los referentes afectivos de la persona o su abogado y, siempre, sobre la base del consentimiento informado, conforme las previsiones de la Ley 26.529.

No obstante, en la práctica los Defensores al momento de relevar la historia clínica de la persona en la institución en la que se encuentra internada, observamos con frecuencia que no obra adunado el consentimiento informado, tanto en personas menores de edad, como en mayores. En razón a ello, debe ser expresamente requerido.

Basándose en la presunción de capacidad y en el principio de autonomía que conforma la bioética, sumado al de beneficencia y el de justicia y equidad, se enaltece el reconocimiento de la voluntad

a través del consentimiento formulado para lo cual se debe informar sobre el estado de salud, procedimientos, objetivos perseguidos, alternativas terapéuticas, riesgos, beneficio. Para todo tipo de intervenciones rige el consentimiento informado. Destacamos que solo será considerado válido el consentimiento brindado en estado de lucidez y con comprensión de situación.

A tenor de lo dispuesto por el art. 12 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, podría contarse con la asistencia de un tercero, entendiéndola como una medida de apoyo garantizando de esta manera que la persona sea partícipe pleno interviniendo activamente en un tratamiento y no como un objeto o cosa.

En consecuencia, de ser necesaria la designación de un apoyo, deberá siempre recabar la voluntad y preferencias de la persona y procurar que éstas sean respetadas al máximo posible. Así, en diferentes presentaciones en el marco de los procesos, esbozo que: en cuanto a la exigencia, ha de tenerse en cuenta que, si en alguna circunstancia, pese a haberse hecho un esfuerzo considerable, no sea posible determinar la voluntad y preferencias, no ha de buscarse determinar el “interés superior”, sino la mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias, de conformidad con el artículo 12, párrafo 4 de la CDPD<sup>8</sup>.

Respecto al consentimiento informado, reiteramos que el apoyo sólo podrá tener facultades de asistencia, nunca de representación, sin perjuicio de lo dispuesto por el art. 59 del CCCN.

Ahora bien, nos centramos en las cuestiones de salud, en la necesidad expresa de otorgamiento del consentimiento y en la evaluación exhaustiva que se debe realizar ante la inminencia en la promoción de un proceso de determinación de la capacidad, que por su envergadura, deben extremarse los recaudos, brindando una respuesta integral de la normativa en respeto a la Constitución Nacional y Tratados de Derechos Humanos con el fin de no generar una estigmatización prematura en este atributo de la personalidad.

Al respecto, no puede dejar de soslayarse que la normativa que ha adherido nuestro país dispone claramente de principios aplicables como la igualdad, no discriminación, progresividad, principios que se vulnerarían de adoptarse una restricción en la capacidad, al menos hasta la mayoría de edad.

Podría pensarse a futuro, y restringirse actos ante una eventualidad, es decir por si llegara a hacer necesario, para ello deberán extremarse

---

8 OG no 1 citada, núm. 21.

los recaudos, pues en principio se vislumbraría un prejujuamiento.

En líneas generales, los procesos de determinación de la capacidad en adolescentes en escasas ocasiones se promueven incluso a veces por error. Ejemplo de ello lo encontramos cuando se requieren para promover beneficios previsionales y acreditar la legitimación y carácter de apoyo o representante legal de la persona. Pero obedecen a una innecesaridad práctica; aun en dicho supuesto (carencia de representante legal) pareciera no ser la figura adecuada para el adolescente ya que nuestro régimen tiene prevista la figura de la tutela para dicho fin. En otras ocasiones, los procesos de determinación de la capacidad se promueven en miras a la próxima cercanía a la mayoría de edad con el fin de mantener una continuidad, en la administración de un patrimonio de un adolescente que desde su nacimiento padece de alguna patología que le impide interaccionar con su entorno, graves casos de afecciones compatibles con discapacidad intelectual de grados profundos.

Por último, encontramos aquellas determinaciones de la capacidad iniciadas con la intención de acreditar la legitimación en otros procesos pre iniciados, o con miras a iniciarse. Por ejemplo: los progenitores de un niño, niña o adolescente que sufrió un accidente de tránsito que generaron daños de extremada gravedad y se encuentra impedido de ejercer actos con motivo de secuelas, en el ejercicio de la responsabilidad parental, inician acciones penales y civiles pertinentes, pero, en su oportunidad, y arribada la mayoría de edad, se les requiere la promoción del proceso de capacidad. Mismo fin en aquellas acciones donde resulta necesario requerir a las obras sociales y prepagas determinadas prestaciones mediante la vía del amparo y para poder iniciarlas en representación de la persona se requiere la designación de apoyo o Curador/Curadora.

## Conclusión

Si bien, como adelanté, resultaría innecesaria la promoción de un proceso de restricción de la capacidad, solo en el caso que sea estrictamente necesario -por determinadas circunstancias y características- debería iniciarse. De lo contrario, conforme lo analizado, no creo prudente que la determinación de apoyos o restricción de la capacidad “prematura” por sentencia judicial sea una respuesta adecuada para la situación de las personas, menos de un adolescente.

La protección de los más vulnerables es uno de los valores implícitos, esenciales y fundamentales de la normativa subyacente del CCyC. En miras a evitar la judicialización en la realización de actos jurídicos y régimen de capacidad de ejercicio de las personas menores de edad, el art. 26 del CCyC preordena y contiene previo-

nes expresas. Es decir, primero, ejercerán sus derechos a través de sus representantes legales, a excepción de los casos específicos que la norma autoriza a actuar por sí mismos, siempre que cuente con la edad y grado de madurez suficiente, agregando que ante el supuesto de controversia podrá contar con asistencia letrada. A ello, la norma agrega como directriz el derecho a “ser oído”, regla sustentada en la Convención sobre los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes y la Ley Nacional 26.061.

Por último, el artículo habla de la capacidad de ejercicio concerniente a los actos de la persona con su propio cuerpo. Allí, delinea y recepta los actos que tiene capacidad para decidir por sí (tratamientos no invasivos), los que requiere la asistencia de los progenitores y los que puede realizar desde los dieciséis años, atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

Lo expuesto debe, además, ser interpretado en correlación con el artículo 639 del CCyCN, que establece los principios generales del ejercicio de la responsabilidad parental:

- a) el interés superior del niño; b) la autonomía progresiva del hijo conforme a sus características psicofísicas, aptitudes y desarrollo. A mayor autonomía, disminuye la representación de los progenitores en el ejercicio de los derechos de los hijos; c) el derecho del niño a ser oído y a que su opinión sea tenida en cuenta según su edad y grado de madurez.

También debe leerse con una visión coherente de toda la normativa nacional e internacional que rige la materia en el respeto y la satisfacción de los derechos humanos, sumado a una noción de progresividad.

Sin caer en aforismos, resulta necesario ser consciente y sensibilizarse a las realidades de la persona, especialmente en las adolescencias y problemáticas en salud abandonando retóricas y plasmando soluciones simples, concretas, plenas de concreción. Para ello, será necesario no solo la lectura y entrecruzamiento de las normas sino, además y como primera medida, tomar contacto y entrevista personal con el sujeto garantizando el principio de intermediación. Algo que, en el último tiempo, pareciera verse afectado por la interoperabilidad de la tecnología. Todo ello debe verse interpelado con un criterio flexible, dinámico, que nos permita a todos los operadores que intervenimos en casos de NNYA o personas con problemática de salud mental adaptarnos a la realidad de la persona. Tendremos que hacerlo visibilizando y repensando soluciones creativas para que, al momento de avenirse el problema, se pueda brindar una respuesta plenamente eficaz y adecuada a la circunstancia; y abandonando criterios arraigados y obsoletos o tutelares, para lo cual claramente se deberá deconstruir ideas y razonamientos.

## Bibliografía

Beloff, Mary. 2021. “Los derechos de niños y niñas como derechos de prestación”. En: *Infancias Narrativas y Derechos*. T. I, Lora, Laura (comp.) Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires.

Fernández, Silvia E., Marisa Herrera y Eleonora Lamm. 2017. “El principio de autonomía progresiva en el campo de la salud”. LA LEY 2017-F, 805 Consultado: 13 de marzo de 2024. [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/77546/CONICET\\_Digital\\_Nro.3b456c7b-7dc6-4593-bf7d-4e07e8a12fd8\\_A%20%281%29.pdf?sequence=5](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/77546/CONICET_Digital_Nro.3b456c7b-7dc6-4593-bf7d-4e07e8a12fd8_A%20%281%29.pdf?sequence=5)

Kemelmajer de Carlucci, Aída, Marisa Herrera, Eleonora Lamm, Silvia E. Fernández. 2015. “El principio de autonomía progresiva en el Código Civil y Comercial. Algunas reglas para su aplicación”. Consultado: 13 de marzo de 2024 en: <http://www.saij.gob.ar/aida-kemelmajer-carlucci-principio-autonomia-progresiva-codigo-civil-comercial-algunas-reglas-para-su-aplicacion-da-cf150461-2015-08-18/123456789-0abc-defg1640-51fcanirtcod#>

Llambías, Jorge Joaquín. 2007. *Tratado de Derecho Civil, Parte general*, t. I. Buenos Aires: LexisNexis.

Lorenzetti, Ricardo Luis. 2004. *Tratado de los contratos. Parte general*. Santa Fe: Rubinzal-Culzoni.

Olmo, Juan Pablo. 2019. “Procesos sobre el ejercicio de la capacidad jurídica”, en Eduardo Roveda (dir.), *Proceso de Familia*. Buenos Aires: Erreius.

Olmo, Juan Pablo, 2021. *Salud mental y discapacidad. Análisis del Código Civil y Comercial de la Nación*. 3° edición. Buenos Aires: Aula Extendida.

Rivera, Julio César. 1992. *Instituciones de Derecho Civil. Parte general*, t. I. Buenos Aires: Abeledo-Perrot.

Salvat, Raymundo M. 1940. *Tratado de Derecho Civil argentino, Parte general*. 6ª edición. Buenos Aires: Jesús Méndez.

Tobías, José W. 2009. *Derecho de las personas*. Buenos Aires: La Ley.

## Respetar el síntoma como presupuesto ético de la actuación judicial

### Carolina Alcuaz

Mg. en Psicoanálisis (UBA). Docente (UBA; Facultad de Medicina). Jefa del Servicio de niñas, niños y adolescentes del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Autora del libro *Otra Sociedad para la Locura. Estudio sobre los lazos sociales en las psicosis*<sup>1</sup>, entre otras publicaciones.

### Alejandro Javier Siderio

Abogado (UBA). Especialista en Administración de Justicia. Profesor Adjunto Regular en Familia y Sucesiones (UBA). Juez civil con competencia en Asuntos de Familia y Capacidad de las Personas. Autor de diversas publicaciones.

## Introducción

En otras partes del libro se han desarrollado con amplitud y precisión aquellos aspectos que atraviesan niños, niñas y adolescentes (NNyA) que requieren internaciones psiquiátricas. Tal vez, esa es la máxima afectación de la salud mental. De allí todos los esfuerzos para evitar que las mismas se prolonguen más allá del plazo mínimo posible y que se realicen estrategias de externación y evitar nuevas internaciones.

En este texto nos proponemos desarrollar otros aspectos de la salud mental de niños, niñas y adolescentes que transitan por la intervención judicial, sin llegar -al menos en un primer momento- a una internación y por ello la atención de su problemática no deviene de un expediente caratulado específicamente con ese objeto procesal.

1 2021. Xoroi Ediciones.

## Respetar el síntoma como presupuesto ético en la actuación judicial en procesos donde se involucran NNyA

Observamos muchas veces -en niños, niñas y adolescentes atravesados por situaciones judicializadas- distintos tipos de señales, comportamientos, que nos interpelan acerca de una forma de comunicación no lineal. Por ello debemos acudir a trabajadores sociales y psicólogos que nos ayuden a comprender esas manifestaciones para así poder escuchar realmente al NNyA, comprometernos con su mensaje y respetar sus tiempos internos.

En un contexto de enseñanza superior<sup>2</sup>, la Lic. Adelina Abraham, al explicar el proceso terapéutico de un niño, decía con elocuencia: “no mandamos al niño al psicólogo para que se adapte a las expectativas de los adultos”. Los niños y niñas son sujetos de derecho que atraviesan procesos psíquicos -como toda persona- pero a veces, por su propio estadio evolutivo, no tienen recursos internos para expresar cabalmente lo que les pasa, lo que sienten, lo que quieren o lo que necesitan. Las formas en que pueden comunicar ese estado interior pueden ser diversas: comportamientos disruptivos, conductas opositoras -con o sin razones que den fundamentos-, agresiones a sí mismos o a otros, problemas de aprendizaje, emociones exacerbadas, asilamiento, angustias profundas generalizadas o focalizadas en un vínculo, falta de confianza en sí mismos, miedos, ataques de pánico, disfunción de habilidades esperables para la edad; pérdida de habilidades adquiridas, manifestaciones en el habla, reacciones en la piel, enfermedades respiratorias, cuadros psiquiátricos, intentos de suicidio; entre otras.

Estas manifestaciones deben poder ser interpretadas y re conducidas en espacios terapéuticos para buscar formas menos lesivas de transitar los procesos internos, colocarlos en palabra para poder simbolizarlos, tramitarlos y eventualmente superarlos. Esos espacios se convierten, así, en espacios de restitución de la salud mental del niño, niña o adolescentes. Se trata de ámbitos únicos, individuales, personalísimos y que no se encuentran sujetos a plazos ni otras modalidades u objetivos que aquellos que el/la profesional de la salud indiquen.

Respetar el proceso terapéutico de un niño, niña o adolescente,

---

2 El seminario “Abordaje interdisciplinario en la adopción, de la Carrera de Especialización en Derecho de Familia y la Maestría en Derecho de Familia, Niñez y Adolescencia”, de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires, 2023.

debe ser el presupuesto ético principal de toda actuación judicial. Aunque parezca una obviedad, ningún proceso interno (intrasubjetivo) puede modificarse por una orden judicial. El miedo, el sufrimiento, el padecimiento, las consecuencias psíquicas de la violencia, la inseguridad o el desamor no se pueden abolir por resolución del juez, la Cámara o la Corte, o de organismos internacionales (aún de derechos humanos). Lo que siente el individuo es una experiencia subjetiva que difiere de lo que otra persona haya podido (o no) observar, pensar, sentir o desear. No podemos apropiarnos del proceso subjetivo para “ordenar” transformar las vivencias.

Los comportamientos y reacciones son manifestaciones que dan cuenta de la posibilidad (o no) de tramitar lo vivido -incluso la calidad de un vínculo-. Forzar la modificación sin tener en cuenta ese proceso interno puede derivar en que el individuo deba adoptar otras manifestaciones -tal vez más graves- para compensar esa imposibilidad. Desarmar un síntoma sin el debido cuidado puede exponer al individuo a situaciones de mayor riesgo, inmediato o futuro.

Exigir el cambio de comportamientos no equivale a elaborar las causas de los mismos, lo que proyecta la posibilidad de nuevas repeticiones que se manifiesten de otras maneras y que pueden comprometer mayores recursos psíquicos para poder superarlos. Si la persona menor de edad no modifica su manifestación es porque (todavía) no puede. Interferir en ese proceso puede considerarse una agresión, una violencia a ese proceso interno, subjetivo e histórico.

Uno de los equipos del Cuerpo Interdisciplinario Forense, en una intervención ha ilustrado su informe con una cita que creo importante reproducir:

los síntomas representan herramientas que los niños han desarrollado para navegar por los mundos impredecibles de su infancia... los síntomas son mecanismos adaptativos que les ayudan a afrontar el mundo caótico de su hábitat... los niños suelen utilizar estrategias disociativas para afrontar los dilemas de su mundo.<sup>3</sup>

El síntoma se presenta en los niños y niñas a través de un malestar que puede adquirir distintas formas y que, además, se caracteriza por ser un sufrimiento que se repite. La causa que da origen al síntoma no siempre es conocida por el sujeto, aunque pueda ubicar cuándo comenzó el padecimiento. Es en un proceso terapéutico que dicha causa puede ubicarse, descubrirse y así disminuir o disolver el malestar que el síntoma conlleva. A esto denominamos efecto terapéutico,

---

3 SILBERG, Joyanna L., *El niño superviviente: curar el trauma del desarrollo y la disociación*; Dessclee de Brower, IBN 9788433030443, Bilbao, España, 2019.

es decir, el alivio del malestar o su supresión, como consecuencia del pasaje, del niño o niña, por la experiencia de una cura.

Freud define el síntoma como respuesta a un conflicto psíquico. El síntoma así definido corresponde a un proceso de defensa (re-presión), por ende, tiene un costado que debe descifrarse (hacer consciente lo inconsciente): “Los síntomas neuróticos tienen entonces su sentido, como las operaciones fallidas y los sueños, y, al igual que estos, su nexa con la vida de las personas que los exhiben”<sup>4</sup>. El síntoma tiene una cara que es un mensaje a descifrar, es el costado del síntoma que se articula a la palabra, es decir, que sobre un síntoma se puede hablar, historizar, armar ficciones, jugar o dibujar. Este proceso requiere de un tiempo que es subjetivo, es decir, se trata de un tiempo lógico que no depende de una dimensión cronológica sino del momento particular de constitución subjetiva en la infancia (en relación con el lenguaje, el cuerpo, el lazo con los otros, etcétera). Es en ese tiempo singular, propio de cada niño o niña, donde podrá desplegarse el sentido de ese síntoma, de aquello que en un principio apareció como algo extraño, como una irrupción de un comportamiento, de una fobia, de una inhibición, de una impulsión, que se volvió enigmática tanto para los niños como para el entorno.

En un tratamiento se van produciendo modificaciones de ese síntoma. En primer lugar, el sufrimiento se articula a la palabra, es decir, se pasará de la vivencia de malestar a un relato sobre el padecimiento. Dicho malestar puede despertar en el niño o niña el deseo de saber por qué se produce y, es en el transcurso de la cura, donde se observarán las transformaciones subjetivas necesarias<sup>5</sup> para resolver el síntoma y alcanzar su sentido. En este punto diremos que la dolencia del niño o niña está en relación con la estructura familiar que lo rodea, ya que es la familia (aquellos que hayan desempeñado las funciones maternas y paternas) el lugar desde donde el niño o niña recibe el lenguaje, los cuidados, los deseos, la ley, que inciden en su constitución subjetiva. Como señalamos antes, los síntomas tienen una articulación con la vida de las personas que los padecen.

El síntoma es, entonces, una respuesta a la dinámica familiar, es de-

---

4 FREUD, S. (1916-1917): “Conferencia 17: El sentido de los síntomas”, en Conferencias de introducción al psicoanálisis, Tomo XVI, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1991, pp. 235-249.

5 Con transformaciones subjetivas nos referimos al tipo de vínculo transfe-rencial que se establece con el profesional, a la disposición al juego, al relato, al dibujo, que puede tener o no un paciente. Los niños o niñas pueden consen-tir o no a un tratamiento.

cir, presenta una singularidad vinculada a la historia vital de cada infancia. Dicha singularidad es alojada en el espacio terapéutico:

[...] alojar lo singular y no producir la masificación de los sujetos y sus modos de padecimiento bajo los nombres de las nuevas formas del síntoma, categorizaciones siempre segregativas de lo singular. Frente al discurso de la época que busca definir categorías de síntomas, generando nuevas categorías para las nuevas formas del goce de los sujetos de este tiempo, la apuesta de nuestra orientación es la de producir en cambio un efecto de singularidad, soportando lo que en el síntoma resiste a toda categorización posible.<sup>6</sup>

De ahí la importancia de delimitar qué lugar ocupa ese niño o niña en esa familia, por ejemplo, que su síntoma represente la verdad familiar (lo que hay de sintomático en la pareja parental), entonces, la pregunta que se impone es: ¿qué relación tiene esa madre como mujer con ese hombre que padre de su hijo y viceversa? y como desarrolla Ana Ruth Najtles en su artículo El sufrimiento de los niños<sup>7</sup>: ¿qué desea cada uno de ese hijo? Sabemos de la complejidad que presentan algunos lazos familiares y los obstáculos para intervenir en el marco de un tratamiento. Si bien el discurso jurídico “legisla, ordena el goce, en tanto satisfacción singular en cada ser hablante”<sup>8</sup>, sin embargo, será la tensión, la hiancia<sup>9</sup> entre dicho discurso y la singularidad de cada caso, lo que debe preservarse.

Por lo tanto, cuando se intenta adaptar, corregir o suprimir el síntoma del niño o niña, sin considerar la complejidad que el mismo presenta ni la historia singular que lo rodea, se corre el riesgo de acrecentar el malestar, de no dar lugar a la palabra del niño o niña ni a su familia

---

6 CAMALAY, G. (2009): “El síntoma, su opacidad y su funcionamiento”, Revista Virtualia, noviembre 2009, año VIII, n° 19, Recuperado en: <https://www.revistavirtualia.com/articulos/395/dossier-sintoma-y-lazo-social-enapaol/el-sintoma-su-opacidad-y-su-funcionamiento>

7 NAJILES, Ana Ruth, “El sufrimiento de los niños”, Revista Rayuela Padres exasperados y niños terribles, Recuperado en: <https://www.revistarayuela.com/es/009/template.php?file=notas/el-sufrimiento-en-los-ninos.html>

8 NAJILES, A. R. (2008): “Psicoanálisis y derecho”, Problemas de aprendizaje y psicoanálisis, Grama, Bs. AS., 2008, p.15.

9 Utilizamos la palabra hiancia para referirnos a la distancia, al espacio, que es inevitable entre una concepción universal del sujeto (sujeto de derecho) y lo particular o singular de cada caso (el niño o niña en cuestión). Dicha brecha no puede anularse, de ahí la habilidad y expertise profesional que sepa preservar la tensión entre lo universal y lo singular de cada situación. Por ejemplo, todo niño o niña tiene derecho a vivir en familia, sin embargo, sabemos que no siempre están en condiciones subjetivas de ejercer dicho derecho. Diferenciar los tiempos legales de los tiempos subjetivos es poder mantener dicha tensión entre lo universal y lo singular en nuestra práctica profesional.

y, de suprimir la posibilidad de poner a trabajar ese síntoma en un espacio terapéutico con el tiempo que se requiera (cuando hablamos de tiempo nos referimos, como hemos señalado, a un tiempo lógico, subjetivo, no medible de manera cronológica<sup>10</sup>). Entonces, se hace necesaria “la preservación de la dignidad del niño como sujeto hablante con su síntoma y su deseo no alineado a Otro estragante”<sup>11</sup>.

## El niño tiene derecho a ser oído... pero ¿quién sabe escucharlo?

El art. 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño prevé el derecho de los mismos a ser escuchados en todo asunto que importe comprometer su interés. Esta escucha y participación deben ser evaluadas cuidadosamente y en el marco de la capacidad progresiva que éstos adquieren en razón de su mayor edad y grado de madurez. Este derecho es replicado en normas de jerarquía inferior, en la ley 26.061, en el Código Civil y Comercial de la Nación, leyes locales, decretos reglamentarios, guías de buenas prácticas, etc.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha puntualizado que

la obligación de escuchar a los niños y sus padres incluida en la ley coincide con el derecho a ser oído consagrado por la Convención Americana. Al respecto, (...) ha señalado que el artículo 8.1 de la Convención consagra el derecho que ostentan todas las personas, incluidos las niñas y los niños, a ser oídos en los procesos en que se determinen sus derechos (...) dicho derecho debe ser interpretado a la luz del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño, que establece el derecho a ser oído, con el objeto de que la intervención de la niña o niño se ajuste a las condiciones de éste y no redunde en perjuicio de su interés genuino.<sup>12</sup>

---

10 Ver MILLER, J.-A., *La erótica del tiempo*, Tres haches, Bs. As., 2001, p. 19. y Miller, J.-A., “Elaboración sobre el tiempo”, *El ultimísimo Lacan*, Paidós, Bs. As., 2013, p. 276.

11 GOLDENBERG, M. (2019): “Elogio de la Nota sobre el niño”, *Revista Virtualia*, octubre 2019, año VIII, n° 37, Recuperado en: <https://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/CZ5DcH1stwpHASpmel32jXLnO65bioOyOxJcjrXL.pdf> Con la expresión *Otro estragante*, citada en el texto, entendemos la presencia de todo discurso (terapéutico, jurídico, escolar, entre otros) que anule el síntoma sin dar lugar al despliegue del mismo y a la palabra. El desafío profesional es lograr que el niño o niña deje de estar alienado, sujetado, al discurso de los otros (otros que hablan por él, que determinan qué quiere y qué debe hacer), para acceder a una palabra y deseo propio.

12 Cfr. Opinión Consultiva OC-17/02, supra, párr. 99; Caso Atala Riffo y niñas Vs.

En efecto, existe una relación directa entre el derecho a ser oído y el interés superior del niño. No es posible una aplicación correcta de ese interés sin respetar su derecho a ser oído, el cual abarca el derecho de cada niño o niña de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que lo afectan y el subsiguiente derecho de que esas opiniones se tengan debidamente en cuenta, en función de su edad y madurez<sup>13</sup>.

El Comité de los Derechos del Niño ha resaltado la importancia de que las niñas y los niños sean escuchados en los procesos donde se adopten decisiones de apartarlos de su familia porque son víctimas de abusos o negligencia en su hogar.<sup>14</sup>

Las niñas y niños ejercen sus derechos de manera progresiva a medida que desarrollan un mayor nivel de autonomía personal ... En consecuencia, el aplicador del derecho, sea en el ámbito administrativo o en el judicial, deberá tomar en consideración las condiciones específicas del niño o niña y su interés superior para acordar la participación de éste, según corresponda, en la determinación de sus derechos<sup>15</sup>. En esta ponderación se procurará el mayor acceso de la persona menor de edad, en la medida de lo posible, **al examen de su propio caso** (negrilla propia).<sup>16</sup>

Ahora bien, el escuchar a las niñas no importa aceptar incondicionalmente sus deseos<sup>17</sup>. Los tribunales deben asignarle al principio de interés superior del niño un contenido preciso y razonable. La CSJN ha sostenido que el mejor interés de la infancia es un concepto abierto y que, en consecuencia, los tribunales están llama-

---

Chile, *supra*, párr. 196, y *Caso Furlan y familiares Vs. Argentina*, *supra*, párr. 228.

13 Cfr. *Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile*, *supra*, párr. 200 y *Caso Furlan y familiares Vs. Argentina*, *supra*, párr. 230, citando el Comité de los Derechos del Niño, Observación General No. 12: El derecho del niño a ser escuchado, 20 de julio de 2009, Doc. ONU CRC/C/GC/12, párrs. 15 y 53. Véase también, Comité de los derechos del niño, Observación General No. 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1), 29 de mayo de 2013, Doc. ONU CRC/C/GC/14, párr. 43.

14 Cfr. Comité de los Derechos del Niño, Observación General No. 12: El derecho del niño a ser escuchado, 20 de julio de 2009, Doc. ONU CRC/C/GC/12, párrs. 53 y 54.

15 Cfr. Opinión Consultiva OC-21/14, *supra*, párr. 122, citando el Comité de los Derechos del Niño, Observación General No. 12: El derecho del niño a ser escuchado, 20 de julio de 2009, Doc. ONU CRC/C/GC/12, párr. 21.

16 Cfr. Opinión Consultiva OC-17/02, *supra*, párr. 102; *Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile*, *supra*, párr. 199, y *Caso Mendoza y otros Vs. Argentina*, *supra*, párr. 143.

17 Conf. Kemelmajer de Carlucci, "El derecho constitucional del menor a ser oído", en *Revista de Derecho Privado y Comunitario*, Rubinzal Culzoni Editores, n° 7, página 177).

dos a asignarle contenidos precisos y, al mismo tiempo, a dar buenas razones acerca de la selección que realicen, para no caer en un uso antifuncional de sus facultades discrecionales<sup>18</sup>.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos indicó que los magistrados deben explicar de qué manera tomaron en cuenta las declaraciones y preferencias de los niños<sup>19</sup> y que, hallándose en juego los derechos humanos de personas menores de edad, deben actuar con especial diligencia y celeridad<sup>20</sup>.

El Comité de los Derechos del Niño en el marco del 51º período de sesiones de las Naciones Unidas, en Ginebra, 25 de mayo a 12 de junio de 2009 adoptó la Observación General N° 12, “El derecho del niño a ser escuchado”.

Allí señala según entiendo relevante a los fines del presente aporte:

“16. El niño, sin embargo, tiene derecho a no ejercer ese derecho. Para el niño, expresar sus opiniones es una opción, no una obligación. Los Estados partes deben asegurarse de que el niño reciba toda la información y el asesoramiento necesarios para tomar una decisión que favorezca su interés superior”.

“21. ... Hay estudios que demuestran que el niño es capaz de formarse opiniones desde muy temprana edad, incluso cuando todavía no puede expresarlas verbalmente. Por consiguiente, la plena aplicación del artículo 12 exige el reconocimiento y respeto de las formas no verbales de comunicación, como el juego, la expresión corporal y facial y el dibujo y la pintura, mediante las cuales los niños muy pequeños demuestran capacidad de comprender, elegir y tener preferencias.”, pero también en el mismo apartado señala: “...los Estados partes deben ser conscientes de las posibles consecuencias negativas de una práctica desconsiderada de este derecho, especialmente en casos en que los niños sean muy pequeños o en que el niño haya sido víctima de delitos penales, abusos sexuales, violencia u otras formas de maltrato. Los Estados partes deben adoptar todas las medidas necesarias para garantizar que se ejerza el derecho a ser escuchado asegurando la plena protección del niño”.

“22. El niño tiene el “derecho de expresar su opinión libremente”. “Libremente” significa que el niño puede expresar sus opiniones **sin presión y puede escoger si quiere o no ejercer su**

---

18 Fallos 333:1776.

19 Corte IDH, Caso Atala Riffo y niñas vs. Chile, 24 de febrero de 2012, párrs. 199 y 208.

20 Corte IDH, Caso Furlan y familiares vs. Argentina, 31 de agosto de 2012, párr. 127.

**derecho a ser escuchado.** “Libremente” significa también que **el niño no puede ser manipulado ni estar sujeto a una influencia o presión indebidas.** “Libremente” es además una noción intrínsecamente ligada a la perspectiva “propia” del niño: el niño tiene el derecho a expresar **sus propias** opiniones y no las opiniones de los demás.” (negrilla propia).<sup>34</sup>

“24. El Comité hace hincapié en que **el niño no debe ser entrevistado con más frecuencia de la necesaria, en particular cuando se investiguen acontecimientos dañinos. El proceso de “escuchar” a un niño es difícil y puede causar efectos traumáticos en el niño**” (negrilla y subrayado propio).<sup>35</sup>

“29. Al exigir que se tengan debidamente en cuenta las opiniones, en función de su edad y madurez, el artículo 12 deja claro que la edad en sí misma no puede determinar la trascendencia de las opiniones del niño. Los niveles de comprensión de los niños no van ligados de manera uniforme a su edad biológica. Se ha demostrado en estudios que la información, la experiencia, el entorno, las expectativas sociales y culturales y el nivel de apoyo contribuyen al desarrollo de la capacidad del niño para formarse una opinión. Por ese motivo, **las opiniones del niño tienen que evaluarse mediante un examen caso por caso.**” (negrilla propia).<sup>36</sup>

“35. Una vez (que) el niño haya decidido ser escuchado, deberá decidir **cómo** se lo escuchará: “directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado”. El Comité recomienda que, siempre que sea posible, se brinde al niño la oportunidad de ser escuchado directamente en todo procedimiento”.

36. El representante puede ser uno de los progenitores o ambos, un abogado u otra persona (por ejemplo, un trabajador social). Sin embargo, hay que recalcar que **en muchos casos** (civiles, penales o administrativos) **hay riesgo de conflicto de intereses entre el niño y su representante más obvio (progenitor(es)).** Si el acto de escuchar al niño se realiza a través de un representante, es de suma importancia que el representante transmita correctamente las opiniones del niño al responsable de adoptar decisiones. El método elegido deberá ser determinado por el niño (o la autoridad competente en caso necesario) conforme a su situación particular. Los representantes deberán conocer y comprender suficientemente los distintos aspectos del proceso de adopción de decisiones y tener experiencia en el trabajo con niños”.

**Esto conlleva que el juez puede designar como “representante” -en los términos de esta opinión consultiva- a un psicólogo que garantice la neutralidad** -en caso de controversia parental- para interpretar y volcar la opinión del niño.<sup>37</sup>

“40. La aplicación de los dos párrafos del artículo 12 exige que

se adopten cinco medidas para hacer realidad efectivamente el derecho del niño a ser escuchado: .... **a) Preparación ... b) ... 42. El contexto** en que el niño ejerza su derecho a ser escuchado tiene que ser propicio e inspirar confianza, de modo que el niño pueda estar seguro de que el adulto responsable de la audiencia está dispuesto a escuchar y tomar en consideración seriamente lo que el niño haya decidido comunicar. **La persona que escuchará** las opiniones del niño puede ser un adulto que intervenga en los asuntos que afectan al niño (por ejemplo, un maestro, un trabajador social o un cuidador), un encargado de adoptar decisiones en una institución (por ejemplo, un director, un administrador o un juez) **o un especialista (por ejemplo, un psicólogo o un médico)...** . **c) Evaluación de la capacidad del niño** 44. Las opiniones del niño deben tenerse debidamente en cuenta, siempre que un análisis caso por caso indique que el niño es capaz de formarse un juicio propio. Si el niño está en condiciones de formarse un **juicio propio de manera razonable e independiente**, el encargado de adoptar decisiones debe tener en cuenta las opiniones del niño como factor destacado en la resolución de la cuestión. Deben establecerse buenas prácticas para evaluar la capacidad del niño... **d) Información** sobre la consideración otorgada a las opiniones del niño.... e) Quejas, vías de recurso y desagravio...”.

“71. El interés superior del niño, establecido en consulta con el niño, no es el único factor que debe tenerse en consideración en la actuación de las instituciones, las autoridades y la administración. Sin embargo, es de importancia fundamental, como lo son las opiniones del niño”.

“119. A ese respecto, el Comité acoge con interés las conclusiones del estudio de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños e insta a los Estados partes a que apliquen plenamente sus recomendaciones, en particular la recomendación de ofrecer el margen necesario para que los niños expresen **libremente** sus opiniones y tener debidamente en cuenta esas opiniones en todos los aspectos de la prevención, la presentación de informes y la vigilancia de la violencia contra los niños”.

“132. El Comité insta a los Estados partes a **evitar los enfoques meramente simbólicos** que limiten la expresión de las opiniones de los niños o que permitan que se escuche a los niños pero no que se tengan debidamente en cuenta sus opiniones. Hace hincapié en que **permitir la manipulación de los niños por los adultos**, poner a los niños en situaciones en que se les indica lo que pueden decir o exponer a los niños al riesgo de salir perjudicados por su participación **no constituyen prácticas éticas y no se pueden entender como aplicación del artículo 12”**.

**“133. Para que la participación sea efectiva y genuina es necesario que se entienda como un proceso, y no como un acontecimiento singular y aislado”.**

En el trabajo judicial cotidiano, una experimentada funcionaria destacó:

oír no es simplemente percibir sonidos o darse por entendido de algo dicho. En la práctica profesional, oír es algo más que una acción e involucra, sistemáticamente, otras acciones que lo integran y complementan: es empatizar, es observar, es escuchar, es saber preguntar, es relacionar, es contrastar, es analizar. Es poder distinguir lo manifiesto de lo latente, lo demandado de la necesidad sentida, lo que aparece de lo que es. Y es fundamentalmente, poder integrar y comprender lo así oído en el interior del juego de relaciones que conforman la dinámica organización de una particular familia y su medio.<sup>21</sup>

Cuándo, cómo y para qué es escuchado el niño o niña también debe interpelarnos en nuestras prácticas. Los niños tienen derecho a ser oídos y sabemos que eso que se escucha se traduce de manera diferente según el discurso operante. Desde lo terapéutico, el derecho a ser oído implica que el niño o niña pueda poner en palabras su malestar, y ese malestar no siempre coincide con lo que los adultos definen como síntoma<sup>22</sup>. Escuchar a un niño o niña nos permite diferenciar su malestar y su pedido del malestar o la demanda de los adultos (familia, referentes socio-afectivos, discursos que rodean la infancia). Esta diferencia permitirá que el niño o niña localice un síntoma propio y reconocer un deseo que no esté en línea con el discurso parental. Por la relación de dependencia del niño o niña con los otros que le tocan en suerte, la infancia repite el discurso de esos otros, se alinea a las palabras de los otros sobre él. El desafío para los que nos dedicamos a las infancias es cómo pasar de esa sujeción inevitable al sostén de una palabra propia.

Debemos ser cuidadosos en la práctica de escuchar niños, pues no son pocas las veces que la soberbia judicial (Ministerio Público incluido) pretende arrogarse el conocimiento y expertise para saber, con media hora o cuarenta minutos de diálogo con la persona en ámbito judicial, cuál es su interés superior, qué es lo que quiere y cuál es el sentido de sus palabras.

Dar lugar a la integración de ese acto con el proceso terapéutico

21 PEREYRA, Graciela “Oír a los Niños” en Derecho de Familia Revista interdisciplinaria de doctrina y jurisprudencia- N° 35, p. 88, Lexis Nexis, diciembre 2006.

22 NAJLES, A. R. (2008): Problemas de aprendizaje y psicoanálisis, Grama, Bs. AS.,2008.

-desarrollado durante semanas, en clave de transferencia y confianza profesional/paciente- resulta fundamental para poder interpretar la voz del niño.

## Algunos escenarios donde pueden silenciarse los procesos psíquicos de los niños

### Definición de situación de adoptabilidad

En toda adopción hay una discontinuidad<sup>23</sup> que, de no ser acompañada adecuadamente, en lugar de ser una experiencia reparadora puede devenir -no únicamente por esta razón- en procesos desvinculatorios, dificultades para el desarrollo de habilidades y aptitudes, y a veces en nuevos daños y patologías serias.

Dependiendo de la edad y las vivencias, los niños requieren procesos psíquicos para elaborar sus percepciones, sus recuerdos, sus afectos, sus fantasías o sus traumas.

Hemos señalado en otra oportunidad la diferencia entre la declaración de “situación de adoptabilidad” de la de “estado de adoptabilidad”<sup>24</sup>. Indicamos que situación de adoptabilidad se refiere al aspecto técnico procesal en virtud del cual se indaga sobre las posibilidades fácticas que el niño o niña pueda retornar a su familia nuclear o ampliada en la medida que se hubieran modificado las condiciones iniciales por las cuales se encontraban vulnerados sus derechos. Luego de evaluar las competencias parentales, posibilidades de cambios en las conductas, en las condiciones de reproducción social, dentro de los plazos legales y con todas las garantías del debido proceso -lo que incluye la participación con patrocinio letrado de la familia de origen-, si no fuese posible el reintegro a la familia de origen o a la ampliada y la adopción fuera la herramienta adecuada para restituir los derechos vulnerados, se declara la situación de adoptabilidad.

El estado de adoptabilidad, son las condiciones psíquicas, subjetivas del niño o niña para poder incorporarse a un proyecto de vida familiar alternativa mediante la adopción; ello supone haber transi-

23 JANIN, Beatriz, “Adopciones tardías”; en Revista Desvalimiento Psicosocial N°4, ISSN 2362-6542; UCES, del 18 de octubre de 2017.

24 VENTURA, Ana, SIDERIO, Alejandro: “Tiempos legales, tiempos subjetivos: situación y estado de adoptabilidad” Derecho de Familia Revista interdisciplinaria de doctrina y jurisprudencia N°. 71, Abeledo Perrot/Lexis Nexis, Bs. As., septiembre de 2015.

tado espacios reparadores de los daños, elaboración de distintas situaciones traumáticas para evitar que devenguen en eventuales patologías y haber transitado el duelo de su propia familia de origen<sup>25</sup>

Valencia y Lombardi con similares alcances identifican estos contenidos bajo el concepto de “disposición adoptiva”:

“El trabajo sobre la disposición adoptiva de NNYA, es decir, aquella posibilidad de dar lugar a un otro que advendrá a un lugar parental, encuentra imprescindible la tarea de historización y de reconstrucción de la propia historia vital, para luego pensar-se en otra familia. Deberán poner a trabajar sus marcas, deseos, temores, en medio de un contexto de institucionalización, que muchas veces colabora en este sentido, y otras tantas, despersonaliza.... ¿De qué se trata escuchar a un niño/a que ha caído de su trama familiar de origen? Escuchar a un niño es mucho más que pedirle que hable. Implica escuchar aquello que no puede decir a través del lenguaje gestual, corporal, gráfico y lúdico. Siguiendo la concepción de Austin. L. sobre los actos del habla, “...tanto en el acto ilocucionario como en la fuerza ilocutiva, es preciso distinguir de alguna manera, por un lado, unos componentes y operaciones verbales, y por el otro, componentes y operaciones no-verbales o cognitivas”.

Así, esta perspectiva teórica viene a validar y complejizar la apertura en la escucha ofrecida, al incluir el contexto, las circunstancias y todo aquello que no puede ser dicho verbalmente.

“En casos de niños víctimas de abandono o maltrato, desobedecer el mandato del silencio es un camino de difícil tránsito. Reconocer la crueldad en la persona destinada a su protección puede resultar traumático. Debido a esta complejidad, la escucha requiere un corrimiento de su literalidad expresada a favor de un trabajo clínico que muchas veces pone palabras a ciertos silencios...Los NNYA a quienes se les ha decretado el estado de adoptabilidad han sido, en la mayoría de los casos, protagonistas de extremos escenarios de crueldad, en quienes no han funcionado las producciones ejes de la ternura: ni empatía ni miramiento. Por un lado, el suministro de lo necesario y adecuado para el niño no ha estado presente (calor-alimento-palabras), así tampoco el haber sido mirado con afecto amoroso, recono-

---

25 En algunos casos pese a la negligencia o maltrato, los niños siguen deseado a esa familia de origen, pues se encuentran naturalizadas las experiencias y así como hay huellas mal hirientes, también pueden existir -aun aisladamente- huellas afectivas de las cuales se sostienen en el recuerdo anhelando y fantaseando ese pedacito de esperanza, como si fuera un trozo de madera para sostenerse en medio de un naufragio.

cido sujeto distinto y ajeno. Sumado a esto, la inexistencia de instancias de apelación para el niño hasta el momento de tomarse una medida de protección o excepción, han configurado vivencias con efectos muchas veces devastadores. La ternura parental, instancia psíquica fundadora de la condición humana, ha sido desprovista. El dispositivo<sup>26</sup> se erige entonces en un tercero de apelación bajo la lógica vincular de la ternura. Propone tener en cuenta ciertas consideraciones del proceso subjetivo en juego: construir un relato posible que implique a sus primeros otros, situar en el relato qué lugar tiene el otro parental, y no dejar de considerar los vínculos fraternos, de forma tal que se habilite la diferenciación en las posibilidades de cada niño respecto de la adopción. En este sentido, resulta imprescindible agudizar la escucha para determinar si existe o no vínculo fraterno, es decir, no dar por supuesto que la consanguinidad construye per se el lazo entre hermanos.”<sup>27</sup>

Aún luego de elaborado el duelo por parte del niño o niña de volver a su familia de origen debe preparárselos y acompañarlos<sup>28</sup> para una nueva etapa: la vinculación.

En ella resulta de vital importancia trabajar también con los postulantes<sup>29</sup>, futuros guardadores/adoptantes, quienes son mayormente los responsables de posibilitar la integración. Sin embargo, es necesario, de acuerdo a las edades y experiencias de los niños poderlos escuchar en forma diferencial para comprender sus necesidades en esta especial etapa<sup>30</sup>.

---

26 Se refieren al trabajo desarrollado como integrantes del Equipo de Vinculaciones y Adopción del Hospital Carolina Tobar García.

27 VALENCIA, María G.; LOMBARDI, Laura; “La disposición adoptiva”, en Temas de Derecho de Familia, Sucesiones y Bioética, Erreius, noviembre 2021.

28 OTERO, Federica Los procesos de adopciones de niños, niñas y adolescentes -desafíos para una adecuada integración familiar. Noveduc 2018.

29 No siendo pertinente a los efectos de este trabajo, entendemos que corresponde remitir a la particular para comprender la necesidad de preparación de los adultos para los procesos adoptivos. OTERO, Federica, ob.cit.; VALENCIA, María G.; LOMBARDI, Laura, ob.cit.; Giberti, Eva, Adopción siglo XXI. Leyes y Deseos, Buenos Aires, Sudamericana, 2010. Ventura, Ana y Siderio, Alejandro, “Tiempos legales, tiempos subjetivos: situación y estado de adoptabilidad”, en Derecho de Familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia, N° 71, Buenos Aires, Abeledo Perrot, septiembre de 2015; Di Renzi, Cristian, Adoptar Hoy, Buenos Aires, Paidós, 1994; Lipski, Graciela, “La necesidad de la interdisciplina”, en Giberti, Eva, El poder, el no poder y la adopción, Buenos Aires, Lugar, 1996.

30 En un caso, una adolescente en proceso de adopción, dijo en el colegio que en la casa le pegaban y la dejaban sin comer; luego pudo admitir que esas expresiones eran mentira. Junto con su terapeuta se pudo navegar e interpretar lo que estaba ocurriendo, qué respuesta estaba buscando a sus palabras:

## Revinculaciones luego de mediar una denuncia de abuso sexual infantil

Existen distintos supuestos que puede desarrollarse a partir de una denuncia de Abuso Sexual Infantil (ASI) intrafamiliar.

### *Casos con condena penal.*

El caso más sencillo es cuando existe prueba acabada del hecho y existe sentencia penal condenatoria. En estos casos el hecho (o los hechos) se encuentra(n) acreditado(s) y en virtud de la comisión de delito contra la integridad del hijo es de aplicación el art 700 y 700 bis del Código Civil y Comercial de la Nación<sup>31</sup>, que privan de

---

en el grupo familiar la palabra no circulaba adecuadamente, los adultos utilizaban expresiones y comparaciones que a la joven “le dolían”; la niña utilizó la palabra -también- para causar dolor a esos adultos. A partir de ello los profesionales que trabajan con el grupo familiar pueden desarrollar otro campo del acompañamiento para modificar la circulación de la palabra, su utilización, su oportunidad, su función comunicativa, preventiva y reparadora. No estaba en juego el deseo de la joven ni de los adultos en interrumpir el proceso adoptivo. La joven solo quería que se modificase la forma en que le hablaban. Una escucha inadecuada, fuera de contexto y sin interpretación terapéutica, puede llevar a actuar inadecuadamente, (vg. interrumpir el proceso adoptivo, re institucionalizar a la joven -y a su hermana- desestabilizar a sus hermanos incorporados en otra familia adoptiva y a otro aún institucionalizado).

31 ARTICULO 700.- Privación. Cualquiera de los progenitores queda privado de la responsabilidad parental por: **a) ser condenado como autor, coautor, instigador o cómplice de un delito doloso contra la persona o los bienes del hijo de que se trata;** b) abandono del hijo, dejándolo en un total estado de desprotección, aun cuando quede bajo el cuidado del otro progenitor o la guarda de un tercero; **c) poner en peligro la seguridad, la salud física o psíquica del hijo;** d) haberse declarado el estado de adoptabilidad del hijo.

En los supuestos previstos en los incisos a), b) y c) la privación tiene efectos a partir de la sentencia que declare la privación; en el caso previsto en el inciso d) desde que se declaró el estado de adoptabilidad del hijo.

ARTICULO 700 bis: Cualquiera de los progenitores queda privado de la responsabilidad parental por:

a) Ser condenado como autor, coautor, instigador o cómplice del delito de homicidio agravado por el vínculo o mediando violencia de género conforme lo previsto en el artículo 80, incisos 1 y 11 del Código Penal de la Nación, en contra del otro progenitor; b) Ser condenado como autor, coautor, instigador o cómplice del **delito de lesiones previstas en el artículo 91 del Código Penal**, contra el otro progenitor, **o contra el hijo o hija de que se trata;** c) **Ser condenado como autor, coautor, instigador o cómplice del delito contra la integridad sexual previsto en el artículo 119 del Código Penal de la Nación, cometido contra el hijo o hija de que se trata.** La privación operará también cuando los delitos descriptos se configuren en grado de tentativa, si correspondiere. **La condena penal firme produce de pleno derecho la privación de la responsabilidad parental.** La sentencia definitiva debe ser comunicada al Ministerio Público a los

responsabilidad parental al autor.

Los daños sufridos pueden generar consecuencias que incluso proyectan efectos intergeneracionales. Investigaciones especializadas han afirmado qué “los efectos traumáticos de las agresiones sexuales no sólo se manifiestan en la generación que la padece, sino que se puede irradiar a las generaciones siguientes”<sup>32</sup>.

Aun así, debe repararse que -cumplida la pena-, el daño psíquico puede persistir y ser éste -y no el agotamiento de la condena- lo que impida la revinculación.

Ello no obsta a que, desde el lugar de la víctima, si se requiriese para su proceso de sanación, puedan realizarse a su instancia -y no a pedido del condenado- encuentros asistidos, bajo la estricta dirección del personal de la salud mental que así lo sugiera como parte de una estrategia de restitución de la salud mental de la víctima. Debe considerarse que la protección a la víctima debe extenderse aún agotada la condena por las dimensiones del daño que constituye el arrasamiento a la subjetividad.

### *Casos en los que no media una condena penal.*

Hemos referido en otra oportunidad<sup>33</sup> que, a menudo, se presentan situaciones donde existen denuncias de abuso sexual infantil y el presunto agresor es sometido a un proceso penal que, en algunos de los casos, culmina con una sentencia de sobreseimiento en virtud de que las pericias realizadas, aun cumpliendo con los protocolos actuales, no logran dar certeza a los magistrados penales de la ocurrencia del hecho o de la imputación a una persona particular.

En virtud de eso y por el principio de presunción de inocencia, el denunciado es sobreseído, lo cual no equivale a sostener, en ma-

---

finde de lo previsto en el artículo 703, teniéndose en cuenta la asistencia letrada establecida en el artículo 26, segundo párrafo y a la autoridad de protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes competente en cada jurisdicción, a efectos de que proceda en sede civil, a los efectos de este artículo. Se deberá observar lo previsto en el artículo 27 de la ley 26.061.

32 FRANCO, Adriana en La crueldad y el horror -Violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes- Topia; Bs. As, 2023, p. 14; en el mismo sentido, JANIN, Beatriz: “Las marcas de la violencia, los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva” en Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 2002; 33/34, 149-171.

33 VENTRUA, Ana; SIDERIO, Alejandro; “A treinta años de la Convención de los Derechos del Niño y a Veinticinco de la Reforma Constitucional: del Interés Superior del Niño como pináculo legal a la construcción interdisciplinaria de su contenido” en: Revista de Actualidad Derecho de Familia Nro 10. Buenos Aires, 2019; Ediciones Jurídicas. ISBN 978-950-758-187-8.

teria de abuso sexual infantil, que los hechos no hayan ocurrido; sólo que no han sido probados con la contundencia necesaria que requiere la justicia penal para imponer una sanción.

Berlinerblau<sup>34</sup> ha destacado las diferentes categorías de interpretación de los dictámenes periciales: para la autora, algunos pueden encontrarse sustanciados y otros no sustanciados. Esto implica que el material otorgado por la víctima en la pericia ha sido suficiente o insuficiente para llegar a una conclusión categórica, de forma tal que aquí los exámenes no sustanciados, es decir, cuyo contenido no alcanza para asegurar la ocurrencia o no ocurrencia del hecho, no implica que los hechos no hayan sucedido, sino tan solo que la pericia ha sido insuficiente para asegurar que ocurrió o para asegurar que el abuso no aconteció.

En cambio, dentro de la categoría de pericias sustanciadas podemos encontrar que el material pericial ha sido suficiente para que los peritos indiquen que el hecho ha existido o que no ha existido.

Diversas son las razones por las cuales en una pericia penal la víctima no logra transmitir lo que ha acontecido. Recordemos que, aun cumpliendo con los protocolos establecidos para el escucha del niño o niña en forma pericial, la edad del peritado, el lugar, el momento subjetivo, la cantidad de tiempo dispensado para la evaluación, la calidad de rapport o alianza con el entrevistador, pueden resultar insuficientes o inadecuados y de esta forma arrojar que la pericia no ha logrado sustanciarse debidamente.

A veces, el impedimento puede surgir del propio mecanismo interno por el cual la víctima se siente culpable, no solamente de todas las consecuencias que ocurrieron desde que habló, sino que se siente culpable del encuentro sexual<sup>35</sup>.

---

34 BERLINERBLAU, Virginia; “El ‘backlash’ y el abuso sexual infantil. Reacción negativa y violenta contra profesionales que trabajan en el campo de la Protección de la Infancia”[www.iin.oea.org/Cursos\\_a\\_distancia/explotación\\_sexual/Lectura 36.backlash.pdf](http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/explotación_sexual/Lectura%2036.backlash.pdf)

35 “Los niños se sienten física y moralmente indefensos, sus personalidades son aún débiles para protestar, incluso mentalmente; la fuerza, y la autoridad aplastante de los adultos los dejan mudos e incluso pueden hacerles perder la conciencia. Pero cuando este temor alcanza su punto culminante, los obliga a someterse automáticamente a la voluntad del agresor, a adivinar su menor deseo, a obedecer olvidándose totalmente de sí e identificándose por completo con él. Por identificación digamos que por introyección del agresor, éste desaparece en cuanto realidad exterior y se hace intrapsíquico; pero lo que es intrapsíquico va a quedar sometido, en un estado próximo al sueño (como lo es el trance traumático) al proceso primario, es decir que lo que es intrapsíquico puede ser moldeado y transformado de una manera alucinatoria, positiva o negativa, siguiendo el principio del placer. En cualquier caso, la agresión cesa

Puede ocurrir que el niño, niña o adolescente, tiempo después, y en otras condiciones (por ejemplo, en el espacio terapéutico, donde logra sentirse contenido, en positiva transferencia con el terapeuta) confía y comienza a transmitir aquello que no logró expresar en oportunidad de la pericia.

La envergadura de la propia experiencia traumática activa mecanismos defensivos<sup>36</sup> que impiden, a veces, brindar en el espacio pericial los elementos necesarios para acreditar los hechos.

Para Silvia Lastra “Las operaciones psíquicas de defensa buscan mantener apartadas las experiencias traumáticas y los sentimientos asociados. En la situación traumática lo que ocurre es la imposibilidad de establecer ligazones y de representar. A partir del análisis de los casos que formaron parte de la muestra identificamos como mecanismos defensivos predominantes: Disociación; Escisión del Yo; Renegación; Desmentida; Identificación con el agresor; Retracción”<sup>37</sup>

Toporosi, sostiene que, en numerosas ocasiones, se intenta encapsular la vivencia traumática a través del mecanismo de escisión:

[...] la escisión tiene un alto costo para el psiquismo, dado que empobrece al Yo. En pos de la evitación del dolor el sujeto no registra una serie de acontecimientos que pudieran conectarlo emocionalmente con lo que tiene encapsulado para no reactivarlo.<sup>38</sup>

---

de existir en cuanto realidad exterior y, en el transcurso del trance traumático, el niño consigue mantener la situación de ternura anterior. Pero el cambio significativo provocado en el espíritu infantil por la identificación ansiosa con su pareja adulta es la introyección del sentimiento de culpabilidad del adulto: el juego hasta entonces anodino aparece ahora como un acto que merece castigo. Si el niño se recupera de la agresión, siente una confusión enorme; a decir verdad, ya está dividido; es a la vez inocente y culpable, y se ha roto su confianza en el testimonio de sus propios sentidos. A ello se añade el comportamiento grosero del adulto, aún más irritado y atormentado por el remordimiento, lo que hace al niño más consciente de su falta y más vergonzoso. ... su vida sexual no se desarrolla o adquiere formas perversas; no hablaré de las neurosis y de las psicosis que pueden resultar en estos casos. Lo que importa desde el punto de vista científico en esta observación es la hipótesis de que la personalidad aún débilmente desarrollada reacciona al desagrado brusco no mediante la defensa sino con una identificación ansiosa y con la introyección de lo que la amenaza o agrede” (GIBERTI, Eva; Abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes: un daño horroroso que persiste al interior de las familias; Noveduc, pg. 173)”.

36 GIBERTI, Eva; Incesto paterno/filial; Noveduc, 2014, pgs. 126, 143.

37 LASTRA, Silvia -Historizar una investigación acerca de las condiciones de implementación de mecanismos defensivos ante lo traumático del ASI en niños, niñas y adolescentes -en La crueldad y el horror... p.38.

38 LASTRA, Silvia -Historizar...p.39.

Indica Silvia Lastra que

La desmentida en el abuso sexual se presenta de diversas maneras. Una de ellas es cuando los adultos responsables, sea por complicidad con el abusador, o por renegación o incapacidad de representar las aberraciones no dan crédito al abuso. La desmentida es un mecanismo de defensa ante la angustia de la amenaza y apunta a la percepción de la realidad externa. Es una acción muy enérgica para mantener renegada una percepción traumatizante.<sup>39</sup>

Franco, por su parte, aporta que

la desmentida del agresor o quienes lo encubren consciente o inconscientemente enloquece, desorganiza, fractura la constitución psíquica de quienes padecieron esos abusos por intrusión de la sexualidad adulta en el cuerpo y psiquismo de un sujeto aún en vías de constitución psíquica y subjetiva.<sup>40</sup>

Invocando a Inés Intebi, la autora indica que:

si bien la retractación no puede ser considerada estrictamente un mecanismo defensivo, la hemos incluido ya que se trata de una estrategia de sobrevivencia del niño, niña o adolescente (Intebi 1998). La autora sostiene la inducción a la retractación como otra forma más de maltrato y violencia. La define como “el conjunto de actitudes y conductas ejecutadas por adultos que tienen como fin alterar la percepción de la realidad del niño o la niña sujeto/a de abuso, mediante presión psicológica, amenaza, culpabilización, retiro de afecto y/o castigo corporal con el objetivo de lograr el ocultamiento de la verdad.”<sup>41</sup>

Pero más allá de la imposibilidad de “brindar prueba”, lo más preocupante deviene en que

aún cuando la escisión del Yo esté instalada, la desautorización operando y el contenido traumático sea encapsulado, al no poder transformarse el episodio traumatizante en una experiencia subjetiva, metabolizable, el destino más cruel es la identificación con el agresor. El niño o la niña siguen dedicando sumisión y obediencia a esos adultos violentos que, a la vez, eran proveedores del sustento físico y emocional.<sup>42</sup>

Es en el espacio terapéutico donde logran significarse situaciones

---

39 LASTRA, S. *id.* p. 40.

40 FRANCO, Adriana, *La Crueldad ...* p. 16.

41 LASTRA, S. *id.* p. 41.

42 LASTRA, *id.* p. 41.

que anteriormente no podían ser expresadas pues, dada la corta edad, tal vez, no llegaban a connotarse y por ello lo vivenciado no lograba ser descripto con palabras adecuadas.

En la clínica de pacientes con vivencias traumáticas, compartir el hecho acontecido con el terapeuta o psicoanalista posibilita el proceso de transformarlo en experiencia en la medida que se pueda conectar el afecto, la angustia con las representaciones. El psiquismo necesita de esta articulación para poder metabolizar dichas vivencias y transformarlas en experiencias vividas.<sup>43</sup>

La falta de experticia interdisciplinaria deja expuesto muchas veces a los niños, dado que luego de una sentencia absolutoria en la justicia penal los denunciados concurren a la justicia civil reclamando la re vinculación con los niños fundado en la absolució n penal.

El adecuado cuidado de la niñez implica que, no obstante la absolució n penal, debe designarse un dispositivo terapéutico especializado<sup>44</sup> que evalúe si el niño, niña o adolescente está en condiciones de realizar una revinculació n. Si fuera así, la misma debe hacerse en ese espacio terapéutico donde se explicita y explique cuáles fueron las razones de esa separació n temporal, cuáles son las expectativas de la revinculació n y se brinde un marco adecuado para que el niño o niña, en caso de ser necesario, no se sienta revictimizado.

## Revinculaciones en procesos de disputa familiar

Puede ocurrir que, aun no mediando una denuncia por abuso sexual, exista denuncia por otro tipo de violencias dentro de la familia, tanto en forma directa sobre los hijos o sobre el/la progenitor conviviente y con el niño o la niña como testigo directo de los acontecimientos. O, aun encontrándose ausente vivencia las consecuencias de la violencia sobre -en general- la progenitora custodia, cuya disponibilidad afectiva puede encontrarse interceptada por su propio sufrimiento. En estos casos también es prudente analizar la salud mental de estos hijos, quienes pueden encontrarse severamente afectados, aun cuando sus reacciones puedan ser diversas.

Puede suceder que el niño o la niña manifieste “querer” ir con el progenitor agresor y ello responder a una estrategia interna de reducir su miedo o temor a que las represalias por manifestar su oposició n se conviertan en una nueva arremetida de violencia so-

---

43 LASTRA, id. 41.

44 BAITA -VISIR; “Controversias de la revinculació n en casos de abuso sexual y sus consecuencias para el psiquismo infantil”, en *Abuso sexual en la infancia 2*; compilación de JORGE VOLNOVICH. ED. Lumen Humanitas.

bre sí o sobre la progenitora. No es poco frecuente observar en casos de violencia sobre la mujer que los hijos “se sacrifican” para defender o atemperar las agresiones respecto a la madre. En otras oportunidades, los niños logran manifestar en forma más o menos explícita su oposición al contacto paterno filial.

No es poco frecuente detectar que es el propio comportamiento del progenitor no custodio quién puede contribuir al problema, sin registrar su propia participación en aquellas situaciones que desagradan y generan el rechazo del hijo o hija<sup>45</sup>. Debemos decir que, aún con menos frecuencia, también puede suceder que los hijos queden bajo el cuidado del progenitor y la oposición sea al contacto materno.

En todos los casos debe despejarse si resulta genuina la oposición de vinculación o se trata de un acomodamiento a una situación que psíquicamente el hijo o hija no puede aún procesar o un alineamiento -a veces defensivo- a la posición del progenitor(a) custodio.

Los adultos pueden tener comportamientos inapropiados hacia los hijos o hacia la pareja y ello afectar la percepción de los hijos. El rechazo genuino a la vinculación puede estar alojado en la más íntima subjetividad de los hijos y debe ser respetada.

No basta el arrepentimiento del adulto, su tratamiento terapéutico, su concurrencia a grupos especializados. La huella psíquica que se deja en los niños es propia de cada uno y los tiempos y viabilidad de su “proceso de remoción” es solo una posibilidad y se encuentra atravesada por tiempos inalienables.

El punto de partida será indefectiblemente el reconocimiento del adulto, su sincera constricción, arrepentimiento y procura de no reiteración a través de sendos tratamientos terapéuticos; pero, aun así, es la víctima del padecimiento que en sus tiempos puede, o no, habilitar una nueva oportunidad. Las oportunidades de revinculación son esfera de poder de la víctima, no del victimario; si no fuera así, el poder del agresor para forzar la vinculación se convertiría en una re victimización. El perdón debe exigirse al victimario, pero solo es concedido -o no- por la víctima.

### *Maltrato emocional*

El daño psicológico es descrito como

la modificación patológica del aparato psíquico de un niño, niña o adolescente como consecuencia de un trauma que des-

---

45 LINARES, Juan Luis (comp.); *Prácticas alienadoras familiares*; Gedisa, Barcelona, 2015.

borda toda posibilidad de elaboración simbólica o verbal produciendo una alteración de la personalidad, que se expresa a través de síntomas tales como inhibiciones, depresiones, bloqueos o actuaciones.<sup>46</sup>

También se ha definido como maltrato emocional a

todas las acciones por omisión o comisión sostenidas en el tiempo o características de la interacción que dañen la salud psíquica y emocional del niño, niña o adolescente en el curso de su desarrollo mental y afectivo, producidas en su centro de vida ya sea dentro de la familia por progenitores y familiares afines y fuera de la familia por quienes detenten una relación de poder y autoridad sobre la vida de niños, niñas y adolescentes.<sup>47</sup>

Volnovich, realizando una adaptación de la clasificación realizada por Danya Glaser en 1983. (Abuso y negligencia emocional (maltrato psicológico): un marco conceptual. - Department of Psychological Medicine, Great Ormond Street Hospital for Children, London), ha definido dentro de las categorías del maltrato psicológico (abuso emocional):

“4. El fracaso en el reconocimiento o la toma de conciencia de la individualidad del niño/a y las fronteras psicológicas - Falta de habilidad para distinguir la diferencia entre la realidad del niño/a, las creencias y los deseos de los adultos. Esta categoría del abuso emocional es frecuentemente hallada en el contexto de disputas por la custodia y el contacto dentro de los procesos de divorcio e incluye inducir o manipular al niño, niña y/o adolescente al rechazo hacia el/la otro/a progenitor/a. También esta categoría está presente cuando se intenta inducir o manipular al niño, niña o adolescente en contra de las instituciones de protección de los derechos vulnerados de la infancia y la adolescencia...” y “6. Niños, niñas y adolescentes testigos de violencia - Exposición a la violencia domestica extrema y/o crónica (incluye la violación intramatrimonial) -Presenciar el consumo crónico de drogas ilegales y/o el estado de ebriedad crónico de los progenitores y/o referente. - Escucharla violencia sucedida habiendo estado o no de cuerpo presente en la esce-

---

46 H.H.G y otro /s pretensión indemnizatoria. Juz. Primera Inst. en los Contencioso administrativo de La Plata, 21/9/2017.

47 Aporte de VOLNOVICH; Jorge, al documento: “Necesidad de Reforma Penal en Función del Interés Superior del Niño”; Proyecto redactado por el Grupo 9+: Dr. Diego Freedman; Dr. Héctor Raffo; Dr. Jorge Volnovich; Dra. Beatriz Esther González; Dr. Lucas Díaz; Lic. Nicolás Fariña; Dr. Juan Pablo María Viar; Dra. Liliana Carrasco; Lic. Mauro Pinelli; Dr. Jorge Mazzini; Lic. Ana Satto; inédito, suministrado por el autor.

na de violencia. - Observación de consecuencias inmediatas a la agresión; los niños, niñas y adolescentes ven moretones, heridas, objetos y mobiliario rotos, ambulancias y policía, reacciones emocionales de gran intensidad en familiares adultos. Una vasta práctica llevada a cabo desde la salud mental demuestra lo lesiva que resultan dichas experiencias con una menor o mayor gravedad en la vida infanto-adolescente ya que, en su conjunto, la exposición a las formas de violencia descritas genera en NNyA una matriz identificatoria inconsciente hacia la víctima, hacia el victimario o a la escena, comprometiendo la vida infantil, juvenil y adulta del sujeto. Asimismo, tales experiencias contribuyen al desarrollo de conductas e interrelaciones ensayadas cotidianamente como estrategias de supervivencia que sólo pueden comprenderse accediendo al contexto de reproducción de la vida cotidiana en la familia de origen, en cualquiera de sus configuraciones vigentes.”<sup>48</sup>

Superada ya científica y jurídicamente la inexistencia del Síndrome de Alienación Parental<sup>49</sup> como estrategia de agresores para la re-victimización, debemos identificar que existen situaciones donde la privación del contacto parental puede constituirse en maltrato emocional. Ello puede provenir, o no, de falsas denuncias; es decir: formulación a sabiendas de la inexistencia o mentira de las afirmaciones que se incoan, o también por la obstrucción sistemática de los contactos sin mediar la imputación de acciones o hechos.

Ochoterena y Arrubarrena Madariaga, citando un trabajo de Garbarino, proponen dentro de cuatro tipos de indicadores comportamentales de los padres, con características diferentes en función de la edad del niño o niña para establecer maltrato emocional, la categoría de aislamiento, que

se refiere a todos los comportamientos que tienden a privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales.

---

48 Aporte de VOLNOVICH; Jorge, al documento: “Necesidad de Reforma Penal en Función del Interés Superior del Niño”; Proyecto redactado por el Grupo 9+ Dr. Diego Freedman; Dr. Héctor Raffo; Dr. Jorge Volnovich; Dra. Beatriz Esther González; Dr. Lucas Díaz; Lic. Nicolás Fariña; Dr. Juan Pablo María Viar; Dra. Liliana Carrasco; Lic. Mauro Pinelli; Dr. Jorge Mazzini; Lic. Ana Satto; inédito, suministrado por el autor

49 Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra las mujeres y las niñas, sus causas y consecuencias, Reem Alsalem; “Custodia, violencia contra las mujeres y violencia. contra los niños”, adoptado por el Consejo de Derechos Humanos -ONU- en el 53er período de sesiones desarrollado entre el 19 de junio y el 14 de julio de 2023 (<https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/ahrc5336-custody-violence-against-women-and-violence-against-children>).

Hasta los dos años se expresaría, por ejemplo, en la negación de la posibilidad de interactuar con los padres u otros adultos.<sup>50</sup>

También será necesaria una intervención profesional para posibilitar la interpretación de lo que le sucede en ese contexto a ese niño o niña en particular para evaluar si su síntoma está en relación con la subjetividad de la madre<sup>51</sup>, que deja por fuera la función del padre con las consecuencias para ese hijo en su constitución subjetiva. De ahí los diferentes vínculos observables de un niño o niña con su padre o con su madre. Por ejemplo, Mauricio Goldenberg señala “la subjetividad de la madre que toma al niño como objeto, rechazándolo como sujeto, en su filiación paterna, obstruyendo u obstaculizando el lazo con el padre o quien encarna esa función y con toda la familia paterna<sup>52</sup>. De ahí la importancia de intervención profesional en esos casos, aunque: “No siempre el discurso jurídico u otros discursos<sup>53</sup> pueden encarnar esa terceridad que rechaza la madre”<sup>54</sup>.

Se ha sostenido y compartimos que:

el impedimento de contacto injustificado constituye una forma de maltrato emocional muy frecuente, contemplado en el artículo 90 de la reforma propuesta (del Código Penal). Asimismo, entendemos que en principio esta forma de vulneración de derechos de NNA debe ser abordada por los Juzgados de Familia y solamente cuando se incumplen los regímenes de comunicación provisorios o definitivos fijados por aquellos se debe dar intervención a los Juzgados Penales como ultima ratio.<sup>55</sup>

En cualquiera de los casos de maltrato por violencia directa, indirecta o abuso emocional en sus diferentes variantes debe existir un proceso de evaluación particular que dé cuenta de los elementos específicos del caso concreto, situación particular del niño o niña, atravesamiento de la historia vincular, huellas traumáticas,

---

50 OCHOTORENA, J. de Paul; ARRUBARRENA MADARIAGA, M.I., Manual de Protección Infantil 2da Edición, Elservier Masson, Barcelona, 2001.

51 LACAN, J. (1969): “Dos notas sobre el niño”. En *Intervenciones y textos 2*, Manantial, Buenos Aires, 1993.

52 GOLDENBERG, M. (2019): “Elogio de la Nota sobre el niño”, *Revista Virtualia*, octubre 2019, año VIII, n° 37, Recuperado en: <https://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/CZ5DcHlStwpHASpmel32jXLnO65bioOyOxJcjrXL.pdf>

53 Por ejemplo, los dedicados a la salud mental.

54 GOLDENBERG M. *Ibid.*

55 “Necesidad de Reforma Penal en Función del Interés Superior del Niño”; Proyecto redactado por el Grupo 9+ Dr. Diego Freedman; Dr. Héctor Raffo; Dr. Jorge Volnovich; Dra. Beatriz Esther González; Dr. Lucas Díaz; Lic. Nicolás Fariña; Dr. Juan Pablo María Viar; Dra. Liliana Carrasco; Lic. Mauro Pinelli; Dr. Jorge Mazzini; Lic. Ana Satto; inédito.

recursos psíquicos propios, espacios y procesos de elaboración y posibilidades -o no- de revinculación.

Existen experiencias de derivaciones judiciales a dispositivos especializados<sup>56</sup> que -si bien requieren el consentimiento de las partes- posibilitan el estudio profundo de los antecedentes, consecuencias subjetivas para todas las partes involucradas, recursos de transformación de los escenarios iniciales, para evaluar las condiciones de posibilidad de llevar adelante revinculaciones en formas asistidas, respetando la palabra y los tiempos de los niños, y contemplando las dinámicas familiares.

La revinculación no puede ser un objetivo en sí mismo sin contemplar las condiciones de factibilidad subjetiva para llevarse adelante. De lo contrario, podría generarse una violencia institucional inaceptable al no respetarse las necesidades y tiempos subjetivos de los niños.

Si bien la comunicación entre padres, madres e hijos es un derecho recíproco, por mandato convencional (art. 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño; art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional), debe contemplarse que es el interés superior del niño el que debe primar ante cualquier decisión administrativa y judicial.

El interés superior del niño es una construcción interdisciplinaria en cada caso concreto, sin poder imponerse antecedentes jurisprudenciales (internos o internacionales), estadísticas, protocolos, que eviten la consideración circunstanciada, puntual y específica.

## El espacio terapéutico: garantía de estabilidad e inviolabilidad

Uno de los problemas que atraviesan los niños judicializados es que no siempre se respeta su ámbito terapéutico. En efecto, muchas veces la designación del profesional que atiende al niño o niña se transforma en otro objeto litigioso. En otras oportunidades, se ataca al profesional por “falta de resultados”, o “...por los largos tiempos sin avances...” o “porque está alineado con (la madre o padre)” y es entonces donde se pretende intervenir en dichos procesos terapéuticos.

Es un desafío para el derecho, en especial para el procesal, hacer valer como prueba fundamental para interpretar el interés superior del niño el contenido del ámbito terapéutico. En ese ámbito

56 Punto de Encuentro Familiar de Mar del Plata. Ídem de Rosario. MINNICELLI, M; BARRARIN, S; LAPUGNANI, S.; Fraternidades y parentalidades malheridas. Puntos de Encuentro Familiar. HomoSapiens, Rosario, 2da edición, 2020.

soberano no se admiten consultores de parte, pues esa intervención conllevaría destruir el encuadre que posibilita la intimidad profesional paciente en el que se puede desplegar la palabra, la interpretación, la contención, la elaboración y por lo tanto la cura.

El intento de apropiarse del contenido terapéutico por quien “no resulta favorecido” puede resultar un acto de violencia equiparable a la violación de la más sensible intimidad.

Para explicar la importancia del respeto al ámbito terapéutico, eximirlo de interferencias o continuos cambios, se ha explicado que:

la crisis (...) produce rupturas en la continuidad del sí mismo, en las relaciones con el medio junto con vivencias y fantasías específicas. Entonces se crea una situación de transición y de pasaje. Esto significa que se pasa de la incapacidad para manejar la masividad de los estímulos displacenteros originados por la violencia a la capacidad para reconocer y asumir la realidad de lo que pasó. Para que este pasaje se produzca, la crisis debe ser elaborada. Los efectos de ese hecho traumático volvieron frágil el yo a causa del desborde de tensión y angustia. Es importante, por lo tanto, operar sobre las funciones del yo... (;) en el proceso de consulta y orientación, así como posteriormente en los grupos o ámbitos psicoterapéuticos, reforzar, resignificar y estimular esas funciones yoicas provee a la consultante un contexto de protección y seguridad. Este espacio, al que llamaremos ámbito protegido de consulta, le permite crear un yo observador en relación a sí misma: a su imagen pasada, a su estado actual y a las posibilidades de futuros cambios... Consideramos a las entrevistas de consulta y orientación (así como a otras instancias de ayuda y contención) como un espacio transicional, según la definición que de este concepto hace Winnicott (1972). El espacio transicional se va constituyendo a partir de un modo particular de organización de la subjetividad en las situaciones de crisis. En él se podrán ir creando vínculos (por ejemplo, con los profesionales) para recorrer el camino de lo puramente subjetivo a la objetividad. La transicionalidad que opera en este espacio sirve para la situación crítica de pasaje, para la reorganización del psiquismo y para la elaboración de la experiencia de ruptura ocasionada por la crisis. Está constituida por un espacio interno y otro externo. El primero corresponde al mundo intrapsíquico -ansiedades, fantasías, sentimientos de ambigüedad e incertidumbre-, y el segundo se constituye a partir de los vínculos con los profesionales que le prestan ayuda. El espacio transicional, entonces funciona como intermediario entre el aparato psíquico y el contexto, lo subjetivo y lo objetivo. Desde el primer contacto con una consultante los profesionales deberán crear un “ambiente facilitador” ... En este marco el profesional pondrá en marcha

una serie de funciones o sea, actividades e intervenciones que se ajusten a las necesidades de cada consulta y en concordancia con la transicionalidad. De estas funciones interesa aquí recalcar tres: 1.- Función de sostén: el profesional debe cumplir lo que Winnicott llama “contención emocional” que posibilitará el pasaje por la situación crítica... 2.- Función de cuidado: se requerirá de un profesional que se muestre confiable y sensible a las necesidades de cuidado, atención y escucha... 3.- Función nutricia: frente a una situación vivida en forma traumática suelen manifestarse, siguiendo las ideas de Bowlby, diferentes estados afectivos: rabia, enojo, desesperanza, retraimiento (desapego emocional). A causa de estos estados (la consultante) tiene “hambre” de ser atendida y acompañada. Requiere de palabras y actitudes que la calmen y la sostengan para reducir las tensiones intrapsíquicas que debe soportar. Esto implica proveerle cierto grado de seguridad.<sup>57</sup>

## La terapia por mandato como ámbito para (quizás) restituir derechos

Hay quienes sostienen que una terapia no puede realizarse por mandato, más bien que es necesario que un niño o niña localice un malestar y tenga una demanda de tratamiento dirigida al profesional. Muchas veces es en el espacio terapéutico que dicho pedido de ayuda se construye para que el niño o niña consienta a conversar con un terapeuta con el fin de solucionar su padecimiento. Que los discursos que rodean la infancia o los adultos con los que convive soliciten un tratamiento para el niño o niña no implica sí o sí que ese pedido sea acertado. Una de las particularidades de la clínica con niños y adolescentes es que el pedido de consulta parte del adulto, por lo general: la familia, el pediatra, la escuela, otros profesionales, los organismos de protección de derechos, el poder judicial, etc. Esos otros representan los distintos discursos que rodean y atraviesan las infancias.

Ahora bien, que alguien considere que un niño o niña debe hacer terapia implica para el equipo interdisciplinario una evaluación de ese pedido y de sus razones. Luego de esa escucha de distintos profesionales se podría indicar o no tratamiento para el niño o niña. Para iniciar un tratamiento debe haber un síntoma, un malestar, localizar el mismo en las primeras entrevistas permitirá determinar la conducta terapéutica a seguir.

57 VELAZQUEZ, Susana; *Violencias Cotidianas...* Capítulo 14, Paidós, Bs. As., 2003.

## Algunos modos en que se presenta la demanda de tratamiento para los niños

Desde la familia ocurre que alguno de los padres se hace presente a la consulta con el acuerdo o no del otro; también, en otras ocasiones, ambos padres u otro familiar (abuelos) consultan. En los diferentes casos debemos precisar de qué pedido se trata cuando se solicita un tratamiento para un niño o niña. Por ejemplo: por qué una madre trae a su hijo más allá de la voluntad del padre o por qué ese padre se opone a una consulta; entender la manera en que se realiza el pedido terapéutico permitirá localizar cómo esta diferencia entre ambos afecta al hijo en su padecimiento.

A veces el adulto viene acompañado del niño, niña o del adolescente en el momento que consulta; otras veces asiste solo, porque ese niño, niña o adolescente no ha querido venir o porque no ha sabido cómo explicarle la razón de la consulta (de ahí que la entrevista con el adulto que demanda pueda tomar la forma de una orientación).

Desde el discurso jurídico, los pedidos al equipo de salud son variados: muchas veces se solicita una evaluación interdisciplinaria, o el equipo técnico del juzgado sugiere tratamiento y lo solicita a los profesionales de la salud mental, también puede demandar al equipo de salud una evaluación de competencias parentales, etcétera. No debe el juez (abogado) “derivar” a un tratamiento si no existe una indicación de profesional habilitado que así lo sugiera. La derivación no puede convertirse en un recurso que alivie la responsabilidad de la justicia cuando corresponde emitir una resolución.

Con respecto al discurso médico, muchas veces se solicita tratamiento psicoterapéutico al descartar la causa orgánica de algunos síntomas u observar dificultades vinculares entre los niños y sus padres que afectan su evolución subjetiva.

Cuando el pedido es de alguien que no es la familia del niño, niña o adolescente, tal como la escuela, el pediatra, el juez, puede suceder que la familia no acuerde con dicha demanda. Una madre que había consultado por su hijo en un servicio de salud mental, se expresaba de la siguiente manera frente al profesional: “en casa es otro chico, pero la escuela quiere que consulte porque pega a los compañeros, no hace caso a las maestras, empuja, etcétera, pero yo lo veo bien”.

Ana Ruth Najles<sup>58</sup> explica que, en todos los casos, más allá de cómo

---

58 NAJILES, Ana Ruth, “El sufrimiento de los niños”, Revista Rayuela Padres exasperados y niños terribles, Recuperado en: <https://www.revistarayuela>.

se presente la consulta, lo primero que hay que determinar es por qué alguien viene a hablarnos de un niño o niña. Hay que evaluar qué demanda el que viene a hablar por una persona menor de edad, cómo eso de lo que vienen a hablar puede transformarse en un síntoma analizable o no. Es decir que podría ocurrir que el niño o niña quedara por fuera de la escena ya que no le ocurre nada, no tiene ningún malestar o problema o que realmente si los tenga, es decir, cuando en la entrevista evaluamos la presencia de un síntoma en la infancia, un sufrimiento que amerite un tratamiento; en el caso en que el niño o niña no presente un malestar, entonces, el padecimiento queda localizado del lado del adulto, que en un primer momento no ha podido solicitar una consulta para él, desimplicándose de la situación al colocar en el afuera el problema.

El equipo interdisciplinario de salud mental debe escuchar el pedido y lograr que la demanda se exprese. Por eso no hay que tomar rápidamente al niño o niña en tratamiento sin escuchar previamente a los padres. Ruth Najles utiliza una palabra del derecho, comparecer, para explicar cómo se debe hacer comparecer a los padres que demandan un tratamiento para sus hijos. Comparecer implica dar razones, explicar qué es lo que se pide. Lo mismo deberemos hacer cuando el pedido viene de otras instituciones y adultos que trabajan con las infancias. También podría pasar que en esos pedidos aparezca un síntoma en la persona menor de edad. En muchos casos del relato de los padres se evidencia la existencia de sufrimientos en los niños o niñas: fobias, terrores etc. Otras veces es el niño o niña quien manifiesta su malestar en la primera entrevista.

Muchas veces los padres se presentan con resistencia al tratamiento terapéutico del niño o niña. Por más que la escuela lo sugiera, no realizan la consulta, u optan por acudir a otros discursos, como la neurología, donde encuentran la prescripción de una medicación que se corresponda con una explicación orgánica del malestar que los desresponsabiliza en su implicación en el sufrimiento de sus hijos. Otros padres asisten al tratamiento del niño o niña, acceden a las entrevistas familiares, aunque con reticencia a toda intervención que ponga en cuestión sus funciones parentales<sup>59</sup>.

---

[com/es/009/template.php?file=notas/el-sufrimiento-en-los-ninos.html](http://com/es/009/template.php?file=notas/el-sufrimiento-en-los-ninos.html)

59 Resulta fundamental el posicionamiento de los padres en los tratamientos de sus hijos. Se ha sostenido: “La posibilidad de elaboración para un niño de un hecho disruptivo y potencialmente traumatogénico depende del adecuado posicionamiento de los adultos a cargo, de la donación de representaciones de sostén que le permitan procesar el cambio, la separación o pérdida y alteraciones pasajeras de la conducta o alteraciones de las funciones corporales. El posicionamiento afectivo y representacional de los adultos responsables impide que categorías ya adquiridas se desmoronen o se altere o bloquee su

En ese contexto debe repararse que también ha sido catalogado como una forma de maltrato emocional el rechazo en la atención psicológica e incluso el retraso en la atención psicológica<sup>60</sup>.

Los tratamientos en las infancias suponen la responsabilidad de los padres con respecto al padecimiento del hijo, es decir, la implicación subjetiva de los mismos. Algunos ejemplos de entrevistas con padres en un servicio de salud mental infanto-juvenil ejemplifican lo desarrollado: una madre le decía a la psicóloga de su hijo que su estado de angustia era absorbido por éste que consideraba era “una esponja”, y reconocía que dejarlo solo para ir a trabajar provocaba un malestar en el niño. Por el contrario, en otro caso, una madre no entendía el porqué de las conductas de riesgo de su hijo (comportamientos de consumo de sustancias), que quedaba solo todo el día debido a su ausencia. Solamente le preocupaba que su hijo limpie, se bañe y ordene la casa, sin registrar la necesidad de acompañamiento que él mismo necesitaba de un adulto. De ahí que un espacio terapéutico pueda incidir no solo en el niño o niña sino en los adultos que conviven con el mismo, orientando, acompañando a sostener las funciones de cuidado y protección hacia los hijos. En algunas ocasiones puede observarse que los padres dificultan el camino de reparación terapéutica de sus hijos<sup>61</sup>.

---

construcción” (TOMEI, Fabiana; “A quien convocar en las consultas por abuso sexual infantil. Una reflexión desde la experiencia clínica” en TORPOROSI, S. y FRANCO, A., *La Crueldad y el Horror*, Topía, 2023, p. 58).

60 “El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos (Gaudin, J.M; *Child neglect: A guide for intervention*. U.S. Government Printing Office, U.S. Department of Health and Human Service, National Center on Child Abuse and Neglect, Washington, 1993.) en un estudio nacional sobre la incidencia y prevalencia del maltrato y abandono infantil, realizó un esfuerzo importante para elaborar la definición y descripción de las diferentes formas de presentación del abandono emocional, que quedó categorizado de la siguiente manera: ...5. Rechazo de atención psicológica: Se rechaza iniciar el tratamiento de algún problema emocional o conductual del niño, existiendo acceso a un recurso de tratamiento que ha sido recomendado por profesionales competentes. 6. Retraso en la atención psicológica: No se proporciona o no se busca ayuda psicológica para resolver una alteración emocional o conductual del niño ante una circunstancia en la que cualquier persona profana y no especialista habría reconocido la necesidad de ayuda profesional...” en OCHOTORENA, J. de Paul; ARRUBARRENA MADARIAGA, M.I., *Manual de Protección Infantil 2da Edición*, Elsevier Masson, Barcelona, 2001.

61 “... nos encontramos con una mamá que lejos de acompañar atacaba el espacio terapéutico de su hijo viviendo nuestras intervenciones como amenazas y persecutorias. Ella sentía que perdía el control de su hijo. Se instaló una transferencia psicótica con la que fue difícil lidiar (MONTERO, Gabriela; *Vicisitudes en la atención virtual de pacientes violentadas sexualmente durante la pandemia*, en *La crueldad ...*p. 84)

## A modo de cierre

El respeto al niño, niña y adolescente como sujetos de derecho impone el deber ético de respetar su síntoma.

Ello no equivale a no intervenir en las problemáticas familiares que le causen sufrimiento.

El espacio terapéutico indicado por mandato judicial puede convertirse en un espacio para construir la demanda. Serán los profesionales de la salud mental, con su experiencia y posicionamiento ético<sup>62</sup>, quienes buceando en los antecedentes y en contacto con los pacientes determinen si ese espacio se transforma por mandato judicial en una victimización y violencia institucional -rechazando su participación-; o bien en un ámbito que empatiza con los objetivos tenidos en cuenta por la justicia, que entiende que ello puede ser una estrategia viable para cuidar al niño, niña o adolescente, acompañar el síntoma, disminuir el sufrimiento y por ello, restituir derechos.

## Bibliografía

Arruabarrena Madariaga, M.; Ochotorena, J. 2001. Manual de Protección Infantil 2da Edición, Elsevier Masson, Barcelona.

Baita, S.; Visir, P. "Controversias de la revinculación en casos de abuso sexual y sus consecuencias para el psiquismo infantil", en Abuso sexual en la infancia 2; compilación de Jorge Volnovich, Lumen Hvmánitas.

Barrarin, S.; Lapugnani, S.; Minnicelli, M. 2020. Fraternidades y parentalidades malheridas. Puntos de Encuentro Familiar. HomoSapiens, Rosario.

Berinerblau, V. "El 'backlash' y el abuso sexual infantil. Reacción negativa y violenta contra profesionales que trabajan en el campo de la Protección de la Infancia". Disponible en [www.iin.oea.org/Cursos\\_a\\_distancia/explotación\\_sexual/Lectura\\_36\\_backlash.pdf](http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/explotación_sexual/Lectura_36_backlash.pdf)

Camalay, G. 2009. "El síntoma, su opacidad y su funcionamiento", en Revista Virtualia, año VIII, nº 19, recuperado en: <https://www.revistavirtualia.com/articulos/395/dossier-sintoma-y-lazo-so->

---

62 "...sin equidad no hay verdadera inclusión de la alteridad, sin alteridad no hay verdadera comprensión de género, sin despliegue de los posibles no hay verdadero trabajo diagnóstico diferencial, sin escucha crítica y amplia no hay evaluación sino acto de fe. Y sin libertad no hay pensamiento" (TOMEI, p. 61)

Di Renzi, C. 1994. *Adoptar Hoy*, Paidós, Buenos Aires.

Franco, A. 2023. *La crueldad y el horror –Violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes*, Topia, Buenos Aires, p. 14.

Freud, S. 1991. “Conferencia 17: El sentido de los síntomas”, en *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, Tomo XVI, Amorrortu Editores, Buenos Aires, pp. 235-249.

Giberti, E. 2010. *Adopción siglo XXI. Leyes y Deseos*, Sudamericana, Buenos Aires.

Giberti, E. 2014. *Incesto paterno/filial*, Noveduc, Buenos Aires, pp. 126, 143.

Giberti, E. 2015. *Abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes: un daño horroroso que persiste al interior de las familias*, Noveduc, Buenos Aires, p. 173.

Goldenberg, M. 2019. “Elogio de la Nota sobre el niño”, *Revista Virtualia*, año VIII, n° 37, recuperado en: <https://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/CZ5DcHlIstwpHASpmel32jXL-nO65bioOyOxJcjrXL.pdf>

Janin, B. 2002. “Las marcas de la violencia, los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva”, en *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, pp. 33-34, 149-171.

Janin, B. 2017. “Adopciones tardías”, en *Revista Desvalimiento Psicosocial N°4*, UCES.

Kemelmajer de Carlucci, A. “El derecho constitucional del menor a ser oído”, en *Revista de Derecho Privado y Comunitario*, Rubinzal Culzoni Editores, Santa Fe, p. 177.

Lacan, J. 1993. “Dos notas sobre el niño”. En *Intervenciones y textos 2*, Manantial, Buenos Aires.

Lastra, S. “Historizar una investigación acerca de las condiciones de implementación de mecanismos defensivos ante lo traumático del ASI en niños, niñas y adolescentes”. En *La crueldad y el horror –Violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes*, p. 38.

Linares, J. (comp.). 2015. *Prácticas alienadoras familiares*, Gedisa, Barcelona.

Lipski, G. 1996. “La necesidad de la interdisciplina”, en Giberti, E., *El poder, el no poder y la adopción*, Buenos Aires.

Miller, J. 2001. *La erótica del tiempo*, Tres haches, Buenos Aires, p. 19.

Miller, J. 2013. “Elaboración sobre el tiempo”, en *El ultimísimo*

Lacan, Paidós, Buenos Aires, p. 276.

Montero, G. “Vicisitudes en la atención virtual de pacientes violentadas sexualmente durante la pandemia”, en *La crueldad y el horror –Violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes*, p. 84.

Najles, A. 2008. “Psicoanálisis y derecho”. En *Problemas de aprendizaje y psicoanálisis*, Grama, Buenos Aires, p.15.

Najles, A. “El sufrimiento de los niños”, en *Revista Rayuela Padres exasperados y niños terribles*, recuperado en: <https://www.revistarayuela.com/es/009/template.php?file=notas/el-sufrimiento-en-los-ninos.html>

Otero, F. 2018. *Los procesos de adopciones de niños, niñas y adolescentes -desafíos para una adecuada integración familia*, Noveduc, Buenos Aires.

Pereyra, G. 2006. “Oír a los Niños”. En *Derecho de Familia Revista interdisciplinaria de doctrina y jurisprudencia- N° 35*, Lexis Nexis, p. 88.

Siderio, A.; Ventura, A. 2015. “Tiempos legales, tiempos subjetivos: situación y estado de adoptabilidad”, en *Derecho de Familia Revista interdisciplinaria de doctrina y jurisprudencia N° 71*, Abeledo Perrot- Lexis Nexis, Buenos Aires.

Siderio, A.; Ventura, A. 2019. “A treinta años de la Convención de los Derechos del Niño y a Veinticinco de la Reforma Constitucional: del Interés Superior del Niño como pináculo legal a la construcción interdisciplinaria de su contenido”, en *Revista de Actualidad Derecho de Familia Nro 10*, Ediciones Jurídicas, Buenos Aires.

Silberg, J. 2019. *El niño superviviente: curar el trauma del desarrollo y la disociación*, Dessclee de Brower, Bilbao.

Tomei, F. 2023. “A quien convocar en las consultas por abuso sexual infantil. Una reflexión desde la experiencia clínica”, en Franco, A., *La crueldad y el horror –Violencias sexuales contra niñas, niños y adolescentes*, Topía, p. 58.

Valencia, M.; Lombardi, L. 2021. “La disposición adoptiva”. En *Temas de Derecho de Familia, Sucesiones y Bioética*, Erreius, Buenos Aires.

Velázquez, S. 2003. *Violencias Cotidianas*, Capítulo 14, Paidós, Buenos Aires.



## El reclamo permanente: la necesidad de la mirada experta en infancias y adolescencias

### María Graciela Iglesias

Abogada (Universidad Nacional de Mar del Plata). Secretaria Ejecutiva del Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental, Ley 26.657, Ministerio Público de la Defensa de la Nación. Ex Jueza de Familia.

## Introducción

La situación de las infancias y juventudes que están en el centro del sistema de atención por salud mental no resiste más declaraciones ni análisis sobre la exclusión, discriminación y vulneración de derechos esenciales (internacionalmente reconocidos) que sufren.

Un aporte a la exigibilidad de cumplimiento puede construirse al deponer lo aprendido y volver a crear formas, cercanías y procesos que contenga en su formalidad los contenidos que reclaman los y las protagonistas.

Para lograr eso -o intentar hacerlo-, en este texto trataremos de hacer un estado de situación del presente (entendido ampliamente, partiendo desde los años de pandemia por COVID-19) que viven niños, niñas y adolescentes (NNyA) en el contexto descripto.

## Pandemia: internaciones de NNyA

A partir de la pandemia, la Secretaría Ejecutiva del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental (ORN)<sup>1</sup> comenzó a realizar un

<sup>1</sup> Entidad específica de protección de los derechos humanos de los usuarios de servicios de salud mental; la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) creó este organismo en el ámbito del MPD. A su vez, la Ley 27.149 integró al ONR a la estructura del MPD, donde funciona su Secretaría Ejecutiva con el objetivo de implementar estrategias políticas, jurídicas e institucionales, siguiendo los lineamientos acordados por el Plenario multisectorial que conforma el ONR.

análisis cuantitativo de las comunicaciones de internaciones de infancias y adolescencias en cumplimiento con la disposición de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657), particularmente en sus arts. 18, 21, 22 y ccddes.

El art 18 de la ley establece que:

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<sup>2</sup>.

El artículo 21, por su parte, puntualiza que:

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 in-

---

2 <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

voluntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

Finalmente, el art. 22 define que:

La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. 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.

A medida que se fue desarrollando el análisis realizado por el ORN -cuya pretensión era establecer las causales que determinaban la internación de NNyA-, se comenzó a abrir un abanico de enormes complejidades. Esos núcleos problemáticos interpelan (o deberían interpelar) a todos los sectores intervinientes y los moviliza (o debería movilizar) para replantear lineamientos y conceptualizaciones sobre las modalidades de intervención que -hoy- están visiblemente marcadas por la falta de logros en términos de realización de los derechos de las NNyA.

A continuación, realizaremos un breve racconto de la información recabada para intentar dar cuenta, de manera realista, de la situación actual de NNyA en cuanto a internaciones por salud mental.

## Datos cuantitativos<sup>3</sup>

Durante 2023, la Secretaría Ejecutiva del ORN recibió 918 comunicaciones de internación de NNyA en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ello significó un aumento del 35,4% respecto de 2022, cuando se recibieron 678 comunicaciones de internación, lo que implica un incremento en la demanda de atención en salud mental de este sector de la población.

A través de las intervenciones de la Secretaría Ejecutiva se constató que el tiempo de internación -siempre hablando de infancias y adolescencias- es de más de 30 días y de más de 90 días en más de 1/3 de la población internada (75% es de 30 días y el 25% de más de 90).

Las intervenciones han variado. Mayoritariamente se realizaron en procesos judiciales de convalidación de la internación, de control de legalidad y -las más de las veces- en el entrecruce con las medi-

3 Informe anual del MPD 2023: <https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/Libro%20IA%202023.pdf>

das excepcionales dictadas por el Consejo de Derechos de NNYA o los “abrigos” de los servicios locales del Sistema de Protección y Promoción de la provincia de Buenos Aires.

La SE del ORN ha intervenido en audiencias, se han apelado resoluciones y solicitado medidas cautelares con relación a la garantía de derechos de NNYA. La intervención en el campo sanitario se ha hecho a través de la interacción con los equipos tratantes, con las autoridades del Ministerio de Salud tanto de la CABA como de Nación ante la problemática, para tratar ausencias o deficiencias que presenta el sistema, dando cumplimiento a la obligación legal de supervisar el sistema de salud mental en el desarrollo de la política pública.

Se ha observado que se continúa en un abordaje centrado en la internación y la derivación ante situaciones de vulnerabilidad social o factores de violencia, o que requieren un “abordaje de fortalecimiento familiar” en la derivación a hogares convivenciales o terapéuticos, según el caso, como única forma de solución y respuesta.

Esa relación internación/hogar es uno de los ejes de trabajo de la SE del ORN a fin de erradicar las barreras para que NNYA permanezcan en el ámbito familiar y/o con familias sustitutas y para poder incidir con los estándares actuales de infancias y juventudes en la transformación de esas situaciones tanto a nivel sanitario como, transversalmente, a las intervenciones en el ámbito jurisdiccional o en los sistemas de protección y promoción de derechos de NNYA.

Esta responsabilidad se ve recortada por la realidad de las múltiples barreras existentes.

## **Barreras I. Soledad**

Entre las barreras, se destaca en primer lugar la carencia de acompañamiento por falta de familiares y/o referentes afectivos, así como la escasez de acompañantes hospitalarios y acompañantes terapéuticos, quienes responden a un llamado de intervención tan múltiple que no resulta proporcional al recurso y a la capacitación existente.

Los NNYA tienen derecho a estar acompañados en la internación, pero su soledad sigue siendo un indicador alarmante que la presencia de defensores/as de la Unidad de Letrados de NNYA de la DGN intenta mitigar, mientras reclaman por los derechos de sus defendidos.

## **Barreras II. Violencia institucional**

En la búsqueda de otros indicadores en el control de derechos se ubicó a la violencia institucional. En ese campo se identificaron

medidas restrictivas, así como incremento de personal de seguridad que, sin embargo, no garantiza ni previene los episodios de violencia, sino que, eventualmente, produce riesgos (por ejemplo, lo vinculado al uso de armas dentro de los servicios de salud).

La modalidad del abordaje continúa siendo tradicional, casi en su totalidad revistiendo un carácter clínico asistencial sin los ajustes requeridos frente al modelo de atención comunitaria establecido por los estándares internacionales y la normativa nacional.

En este sentido, se advierte la persistencia de prácticas de orden restrictivo centradas en las intervenciones sobre el control disciplinar de los cuerpos (ejemplo: las fuerzas de seguridad; Frankel, 2015) antes que en el acompañamiento terapéutico.

### **Barreras III. Reinternaciones y derivaciones**

En el hospital psiquiátrico infanto-juvenil Carolina Tobar García de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se observó la continuidad de una dinámica basada en la institucionalización con significativas reinternaciones y derivaciones a hogares convivenciales o terapéuticos de gran parte de la población internada. Esto, sin haber agotado medidas menos restrictivas vinculadas a los apoyos y al acompañamiento en el centro de vida o residencia habitual de los/as NNYA internados/as.

### **Barreras IV. Educación e información.**

También se identificó la ausencia de una promoción intensiva vinculada a la inclusión educativa que tiene como efecto la pérdida del ciclo lectivo de la mayoría de los niños, niñas y adolescentes que cursan internaciones prolongadas. Eso, que se da también en el ámbito privado, responde al mismo modelo descripto anteriormente con internaciones más breves en el tiempo.

Ni en el ámbito privado ni en el público se reconoce el derecho a la opinión o al consentimiento informado de NNYA.

## **Abordaje de la problemática de conductas suicidas de NNYA**

En el mismo informe elaborado por el ORN en 2023 se destaca que entre un 60% y un 80% de las causas de internación de NNYA es por conducta suicida, intento suicida, ideación suicida y conducta autolesiva.

Este hallazgo obligó a analizar los indicadores comunes surgidos de las comunicaciones referidas y que explican la dificultad en la resolución de las situaciones que atraviesa este segmento de la población.

A partir de la Resolución SE N°13/2022<sup>4</sup>, el Ministerio de Salud de la Nación había solicitado a la SE del ORN mantener reuniones de trabajo con la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos (DNAISMYCP), a fin de promover una articulación conjunta que dé respuesta a la situación cuantitativa en el país sobre suicidio vinculado a la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N°27.130 y su decreto reglamentario N°603/2021. La articulación conjunta quedó formalizada a través del documento “Acuerdo de trabajo entre la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión de la Nación Ley 26.657 y la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos (DNAISMYCP)”. Su finalidad es contribuir a la generación de información de calidad y accesible sobre la problemática del suicidio mediante el relevamiento y análisis de datos informados sobre internaciones por motivos de salud mental de NNyA en efectores de salud del territorio nacional.

A través del acuerdo se estableció, además, diseñar y desarrollar espacios de comunicación, cooperación y asistencia técnica “tendientes a abordar la problemática de intentos de suicidio de Niños, Niñas y Adolescentes a nivel Nacional”.

Sobre este tema versan los siguientes apartados.

## Relevamiento nacional sobre intento de suicidio en NNyA (Acuerdo de Trabajo)

Como consecuencia del acuerdo entre la SE del ORN y la DNAISMYCP, decíamos, se realizó un relevamiento nacional de las comunicaciones de internaciones que efectúan los distintos establecimientos de salud, tanto públicos como privados.

Con el fin de realizar un muestreo entre septiembre y noviembre de 2023, y con el acuerdo de todos los Órganos de Revisión de

---

4 Mediante esta resolución la SE aprobó el informe “Relevamiento sobre ideación suicida, suicidio y conductas autolesivas en NNyA”, documento que se proponía obtener un mayor conocimiento sobre los abordajes en las internaciones por salud mental en NNyA con intentos o conducta suicida, y la política integral en la prevención y posvención que se abordan en el ámbito de atención sanitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El informe se puede consultar en el siguiente enlace: [https://www.mpd.gov.ar/pdf/Res\\_SE\\_13\\_2022\\_Suicidio\\_NNyA.pdf](https://www.mpd.gov.ar/pdf/Res_SE_13_2022_Suicidio_NNyA.pdf)

las provincias, se les solicitó a Entre Ríos, Chaco, Chubut, Neuquén y Santa Fe la información pertinente a partir de la sistematización de datos propuesta por la SE del ORN y la DNAISMYCP: jurisdicción de carga, edad, género, establecimiento, dependencia del establecimiento, localidad de procedencia, motivo de la internación, tipo de conducta suicida, mecanismo utilizado e internaciones previas/reinternaciones<sup>5</sup>.

## Interrogantes

¿Cómo se producen las reinternaciones y cómo se vinculan a las ausencias y fallas de política pública (que no otorga una respuesta intersectorial e interministerial al suicidio infantil y adolescente)? Vale decir que el abordaje sanitario solapa las dramáticas situaciones de vida que necesitan de otras intervenciones conjuntas para poder establecer perfiles que miren integralmente lo que le “sucede” o “expresan” los niños, niñas y adolescentes con hechos tan límite como la afectación de su integridad personal.

Podríamos decir que se aborda la complejidad desde la fragmentación. Esto, en tanto existen políticas públicas no integrales como funciones que pueden contener miradas unívocas y desconocer la actuación de otro sector u organismo distinto a su especialidad.

## Comunicaciones de internación recibidas por mandato legal en la SE del ORN

El informe de gestión mencionado pone la mirada en los aspectos que tienen que ver con el universo detrás de las comunicaciones recibidas por los establecimientos de salud o por vía judicial.

Las comunicaciones de internación analizadas dieron cuenta de violencias, abuso sexual, violencia intrafamiliar, guardas y/o adopciones no resueltas en el entramado familiar, bullying y psiquiatría de género, entre otras situaciones.

A partir de los principales datos relevados puede afirmarse que:

- El porcentaje de motivos de internación por autolesiones, ideación suicida e intento de suicidio representa el 66% del total de las internaciones de NNyA.

---

5 Para más información acerca de esto recomendamos consultar el informe de gestión año 2023 de la Secretaría Ejecutiva del ORN ante la Defensoría General de la Nación en <https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/Libro%20IA%202023.pdf>

- El mayor índice de conductas suicidas se da entre los 14 y los 17 años.
- El 62% de las internaciones son de niñas y mujeres adolescentes mientras que el 36% representa las internaciones de niños y varones adolescentes. El 2% restante corresponde a internaciones de personas trans.

## Relevamiento sobre ideación suicida, suicidio y conductas autolesivas en NNYA llevada a cabo por el ORN en la CABA entre septiembre y diciembre de 2023

A continuación, se presenta el relevamiento que la Secretaría Ejecutiva del ORN realizó entre septiembre de 2023 en función de lo dispuesto por la resolución N°13/2022. Dicho relevamiento consiste en una actualización mensual de los datos del registro de internaciones de NNYA especificando los motivos (autolesiones, ideación suicida, intento de suicidio y motivo no relacionada a conducta suicida).

MOTIVOS DE INTERNACIÓN	CANTIDAD DE CASOS	%
Autolesión	43	63.8%
Ideación suicida	107	
Intento de suicidio	119	
No relacionada a conducta suicida	142	33.8%
Sin datos	10	2.4%
<b>TOTAL</b>	<b>421</b>	<b>100%</b>

EDAD	CANTIDAD DE CASOS	%
8	1	0.23%
9	1	0.23%
10	6	1.4%
11	16	3.8%
12	23	5.4%
13	47	11.1%
14	69	16.3%
15	80	19%
16	90	21.3%

EDAD	CANTIDAD DE CASOS	%
17	81	19.2%
18	1	0.23%
Sin datos	6	1.4%
<b>TOTAL</b>	<b>421</b>	<b>100%</b>

GÉNERO	CANTIDAD DE CASOS	%
Mujer	261	62%
Mujer trans	3	0.7%
Varón	150	36%
Varón trans	7	1.66%
(en blanco)	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>421</b>	<b>100%</b>

## Algunos de los derechos no presentes

En el marco de las internaciones de NNYA por cuestiones de salud mental hay una pluralidad de situaciones cambiantes que requieren de ajustes proporcionales a la complejidad que presentan. Esto sucede, por ejemplo, con el derecho a ser oído (art.12 de la Convención de los Derechos de NNYA<sup>6</sup>), que mayoritariamente no es tenido en cuenta. También ocurre con el consentimiento informado como derecho en ejercicio, previo a establecer cuadros diagnósticos irreductibles, que se diluyen en formatos construidos y esquivan la noción restaurativa de vidas arrasadas que se encuentran por debajo de la edad adulta.

El relevamiento elaborado por la ORN permite, a través de las distintas aristas del tema que hemos presentado, confrontar una dimensión social, epistemológica y jurídica de la situación que viven los NNYA en situación de vulnerabilidad. Esta situación transita la legitimidad de los derechos y el discurso jurídico y los abordajes conceptuales y programáticos dentro de políticas públicas que no encuentran la respuesta. En este sentido podemos citar a Mirta Bokser (2002) cuando dice que:

6 Ratificada por el Estado argentino en 1990 por Ley N°23.849.

[...] aún hoy la distancia es abismal entre la situación y el panorama que ofrecen “los usos sociales” “la cosificación” de los seres humanos y la normativa jurídica que afirma y promueve con su letra y espíritu esas metas de una vida estable, equitativa y pacífica que fueron nutrientes y proyección de los pactos celebrados por la comunidad internacional. Ese desfasaje y esa desarmonía continúan motivando nuevas búsquedas, van profundizando los desafíos evidentes, los latentes y los pendientes.

## Discapacidades

Se ha ido generando un corpus iuris de derechos de NNyA que no llegó a aquellos con alguna discapacidad. Muchos NNyA fueron invisibilizados por un sistema y por prácticas nacidas en la “tutela y sustitución”, cuyo origen clasista en el trato a la persona menor de edad vulnerable se manifiesta en acciones de “caridad” (respuestas públicas de gran contenido asilar para alojar a las personas; y, por otra parte, un sentido de fragmentación del colectivo que generó aislamiento social).

En el Boletín “Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio” de la CEPAL (2013) se puede leer que:

El impacto principal y más inmediato es que son los propios niños y niñas quienes sufren las limitaciones que les impone una sociedad, un contexto y un medio ambiente no inclusivos y que no les ofrecen oportunidades para disfrutar plenamente sus vidas y alcanzar todo su potencial.

Mitigar y evitar este impacto es la base moral sobre la que se adoptó la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD); excluir a los niños y niñas con discapacidad perjudica a toda la sociedad (CEPAL, 2013).

Raquel Santos Garcia, Oficial de Asuntos Sociales de la CEPAL (2013), reflexiona, en el boletín nombrado líneas arriba:

Asimismo, las niñas y niños que enfrentan desigualdades estructurales, ya sea por su condición étnica o racial, situación socioeconómica, territorio de origen, género, o factores de riesgo como la violencia, inseguridad alimentaria, falta de acceso a agua y saneamiento, servicios de salud y educación, todos ellos agravados y profundizados durante la pandemia, enfrentan desafíos desde una temprana edad para acceder a oportunidades educativas y laborales en el futuro, lo que perpetúa el círculo de desigualdades. La idea de que en la niñez sólo se necesita de cuidados ha evolucionado hacia la visión de que las sociedades

deben fomentar y facilitar el desarrollo integral de las niñas y niños, asegurando condiciones de buena salud, nutrición adecuada, protección y seguridad, aprendizaje temprano y atención receptiva que, como propone el marco 'Cuidado Cariñoso y Sensible', permitan construir una base sólida para su desarrollo (OPS/UNICEF/Banco Mundial, 2021).<sup>7</sup>

Conjugar la interdependencia de la Convención de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CDN), la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad impone una carga de responsabilidad a los Estados por incumplimiento de los derechos reconocidos que no tiene en las agendas políticas el tratamiento merecido.

La CEPAL (2023) también destaca que excluir a NNyA

[...] en el juego y en la escuela no solo viola sus derechos, sino que perjudica a toda la sociedad, ya que estos niños y niñas pueden, con el apoyo adecuado, convertirse en miembros plenos, productivos y ser maravillosos compañeros para otros niños. No solo se trata de pérdidas económicas a largo plazo, sino también en el mediano plazo, pues la discriminación y la desigualdad que sufren pone en peligro los objetivos de desarrollo social, que no podrán ser alcanzados si de un 5% a un 15% de la población es excluida.

La Comisión señala, también, que “entre el año 2000 y 2011 la población que residía con alguna discapacidad en el continente ascendía a más de 66 millones de personas, lo cual representa un 12,3% de la población regional, un 12,4% de la población de América Latina y un 5,4% de la de los países del Caribe”<sup>8</sup>, y que la prevalencia de la discapacidad es superior en las mujeres que en los hombres. Estas cifras, de acuerdo al Banco Mundial, serían aún mayores: el organismo estima, en su “Informe Mundial sobre la Discapacidad” de 2011 elaborado con la cooperación con la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la población del continente que tiene alguna discapacidad llegaría a 85 millones personas.

Nuevamente para la CEPAL (2023),

---

7 Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/primer-a-infancia-la-pospandemia-america-latina-caribe>

8 CEPAL. 2013. Los derechos de la infancia y adolescencia con discapacidad” en Desafíos No. 15: Los derechos de la infancia y adolescencia con discapacidad,

la reducción de la pobreza infantil en todas sus dimensiones es una de las tareas más urgentes e importantes que confronta el mundo, y requiere esfuerzos concertados y sostenidos para dar prioridad a los niños y ofrecerles todo lo que necesitan para tener una oportunidad justa que les permita sobrevivir y prosperar.

Debido a que los/las niños/niñas experimentan la pobreza en diversas facetas es fundamental proporcionarles servicios equitativos –como, por ejemplo, atención esencial de la salud y una educación de calidad–. Las pensiones, exenciones de pago, subvenciones para manutención y transferencias en efectivo son enfoques eficaces que pueden reducir la pobreza y la privación, fortalecer la capacidad de las familias para atender a sus hijos/hijas, y superar los obstáculos en el acceso a servicios esenciales<sup>9</sup>.

Lo dicho desarticula per se cualquier intento de reducir las garantías y la responsabilidad estatal en la seguridad social, teniendo un esquema claro que un NNyA que recibe una pensión no es por ser discapacitado/a tal como cierto sector afirma al decir que se está discapacitando a los NNyA. Se debe colocar la discapacidad no en la persona a modo de estigma, sino en cumplimiento de los derechos emergentes del modelo social de la discapacidad, donde la discapacidad como fenómeno que se encuentra en la sociedad y debe dejar de sufrir barreras gubernamentales de accesibilidad para el disfrute de los derechos. En palabras de la Corte Constitucional Colombiana

tal es el origen de las preocupaciones expresadas por los órganos de interpretación y control de la CDPD y de otros instrumentos internacionales de Derechos Humanos ante la constatación de prácticas que, en contravía de los principios de dignidad inherente, igualdad, autonomía individual, participación plena e inclusiva que inspiran el modelo social de la discapacidad, perpetúan la discriminación de las personas con discapacidad y las exponen a diversos riesgos de violencia.<sup>10</sup>

Por otro lado, la observación General N°5 del Comité de la CDN refiere al bienestar más alto de NNyA en la salud afirmando que

La labor orientada a la realización del derecho del niño a la salud ha de tener como destinatarios privilegiados a los niños desfavorecidos y que se encuentran en zonas insuficientemente atendidas. Los Estados deben determinar los factores de ámbito nacional y subnacional que generan vulnerabilidad en los ni-

9 UNICEF/UNI154479/Pirozzi, Estado Mundial de la Infancia, 2016.

10 Corte Constitucional Colombiana Sentencia T-573/16. Modelo social de discapacidad en el marco internacional de protección de los derechos humanos, 2016.

ños o colocan en situación desfavorable a determinados grupos de niños. Estos factores deben tenerse presentes al elaborar leyes, reglamentos, políticas, programas y servicios en el ámbito de la salud infantil y al trabajar en pro de la equidad (...).<sup>11</sup>

## Legislación y políticas públicas

La Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (26.061) creó un sistema de protección de derechos para NNyA considerando a estos como sujetos de derecho. Tiene como objetivo la protección integral por parte del Estado de todos los derechos de esta parte de la sociedad, para que su ejercicio pueda ser pleno, efectivo y permanente (arts. 1 y 2).

En el terreno de la salud mental, las prácticas actuales dan cuenta de un sistema confuso en el que se realizan las mismas prácticas de modelos anteriores, pero con nombres de prácticas actuales. Un ejemplo es la derivación de NNyA a hospitales dentro de un sistema que da solución a la externación con un hogar convivencial, lugar que generalmente no responde a la accesibilidad requerida para una promoción de la vida de NNyA en situación de discapacidad.

Es común escuchar que las y los jóvenes no responden o no tienen “perfil”, razón por la cual atraviesan un camino infinito hacia el menoscabo de su propia existencia, pues permanecen largos períodos en guardias de hospital, esperando que se los ubique en algún lugar mientras los funcionarios de cada uno de los sectores intervinientes sienten el fracaso y la impotencia de una realidad anómica y maltratante.

La crudeza de la realidad parece anular la creatividad de una época dominada por vínculos ligados a las redes. La expresión de un reclamo sin palabras para que se modifique el tránsito de la institucionalización por otro modelo, más cercano, con voces de sus pares, con acompañamiento permanente aun en la fase aguda de la crisis que origina un criterio de internación realizados (si bien la falta de información invisibiliza esta problemática) muestran que los niños y las niñas con discapacidades psicosociales están desproporcionalmente institucionalizados en la mayoría de los países (WHO-Gulbelkian, 2015).

---

11 CRC/C/GC/15 Convención sobre los Derechos del Niño. Distr. General 17 de abril de 2013.

Español Original: inglés Comité de los Derechos del Niño Observación general N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24).

Barcala y Luciani Conde (2015) han analizado el fenómeno desde la subjetividad de los NNYA. Diversas investigaciones realizadas en distintas provincias de nuestro país evidencian que las políticas implementadas no tuvieron un impacto significativo en el campo de la salud mental infantil y, paradójicamente, muchos niños y niñas encuentran sus derechos vulnerados. Los trabajos realizados también permitieron visibilizar las desigualdades en la provisión de cuidados en salud mental entre las diferentes provincias y en sus distritos.

Proliferan hoy una multiplicidad de instancias diagnósticas, pero no se brindan respuestas a sus necesidades y problemáticas. Resulta importante recordar el pensamiento de Baruch Spinoza (2008), cuando escribió: “y de todas las ideas, que cada uno tiene, hacemos un todo o, lo que es lo mismo, un ente de razón, al que llamamos entendimiento”.

## La realización del derecho a la salud de NNYA

En su Observación general N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), el Comité de los Derechos del Niño establece que:

71. Los Estados tienen tres tipos de obligación con respecto a los derechos humanos, incluido el derecho del niño a la salud: respetar las libertades y derechos, proteger esas libertades y derechos de terceros o de amenazas sociales o ambientales y hacer efectivos los derechos mediante facilitación o concesión directa. De conformidad con el artículo 4 de la Convención, los Estados partes harán efectivo el derecho del niño a la salud al máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional.

También subraya que:

72. Todos los Estados, con independencia de su nivel de desarrollo, deben adoptar de inmediato medidas para cumplir estas obligaciones con carácter prioritario y sin imponer discriminación alguna. Cuando pueda demostrarse que los recursos disponibles son insuficientes, los Estados deberán adoptar medidas selectivas para proceder lo más expedita y eficazmente posible en pro de la plena realización del derecho del niño a la salud.

Independientemente de los recursos disponibles, los Estados tienen la obligación de no adoptar medidas retrógradas que puedan entorpecer el disfrute por el niño de su derecho a la salud.

A su vez, el logro del derecho del NNYA a la salud depende de la

realización de otros muchos derechos enunciados en la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>12</sup>.

## Derecho a la no discriminación. Género

A fin de lograr la plena realización del derecho de todos los NNyA a la salud, los Estados partes tienen la obligación de asegurar que la salud del niño no quede minada por la discriminación, importante factor que contribuye a la vulnerabilidad.

En el artículo 2 de la Convención figuran diversos motivos con respecto a los cuales está prohibido discriminar, en particular “la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otro tipo, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales”<sup>13</sup>. Al respecto cabe mencionar también la orientación sexual, la identidad de género y el estado de salud, en particular el VIH/SIDA y la salud mental.

También hay que prestar atención a cualquier otra forma de discriminación que mine la salud del/a niño/a y hacer frente a los múltiples tipos de discriminación. La discriminación basada en el género está especialmente extendida y da lugar a una amplia gama de fenómenos, desde el infanticidio o femicidio hasta las prácticas discriminatorias en la alimentación de lactantes y niños y niñas pequeños, los estereotipos basados en el género y las diferencias en el acceso a los servicios.

También debe prestarse atención a las distintas necesidades de los niños y las niñas y al impacto de las normas y valores sociales relacionados con el género en la salud y el desarrollo de los niños y las niñas. Igualmente, hay que prestar atención a las prácticas y normas de comportamiento nocivas basadas en el género que están arraigadas en las tradiciones y costumbres y minan el derecho de las niñas y los niños a la salud<sup>14</sup>.

Las leyes no son artefactos mágicos para cambiar la realidad, pero difícilmente la realidad cambia sin el amparo de leyes<sup>15</sup>.

---

12 Ver Protect us! Inclusion of children with disabilities in child protection Internal Report. Disponible en: [https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/protect\\_us-child\\_protection\\_and\\_disability\\_study-full\\_report.pdf/](https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/protect_us-child_protection_and_disability_study-full_report.pdf/)

13 Ver: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>

14 Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24).

15 Ver: <https://www.unicef.org/republicadominicana/Boletin12Unicef.pdf>

La fragmentación intersectorial. Falta de acceso a la justicia en términos de accesibilidad a las personas en situación de discapacidad

El ejercicio del derecho a ser oído, el contexto y las barreras sumado a ello el maltrato institucional, la victimización secundaria y de la inadecuación de la respuesta del sistema frente a las víctimas en general no se limita al sistema de justicia, sino que incluye a todas las dimensiones del sistema social, comunitario, institucional, incluso familiar donde se insertan las víctimas esto implica para ellas una nueva fuente de experiencia traumatizante.

Los casos de violencia contra las mujeres y las niñas con discapacidad raras veces se investigan debido a las barreras sociales<sup>16</sup>.

## **Algunas acciones que modifican la cultura del paradigma de la ausencia**

Es insoslayable tener en cuenta que los determinantes de la salud que establece la Observación General N°15 están vinculados con el acceso a la educación, al apego, a mitigar la soledad, a recibir alimentos y tener garantizada una atención integral en su calidad de persona.

Es necesario, complementariamente, invertir en las políticas de prevención; promover valores no violentos y capacitación en los medios de comunicación; sistemas de registro de denuncias y servicios accesibles y adecuados para los/las niños/as. Han tenido mucho éxito los mecanismos como líneas telefónicas de ayuda mediante los cuales los niños, niñas y adolescentes pueden denunciar los abusos, hablar con un asesor capacitado de manera confidencial y pedir apoyo<sup>17</sup>.

## **Recomendaciones para abrazar los cambios de actuación**

En la mencionada Observación, el Comité se muestra preocupado [por] el aumento de la mala salud mental en los adolescentes,

---

16 Relator Especial del Alto Comisionado de Naciones Unidas 2021. Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas con discapacidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2012). A/HRC/20/5 GE.12-12583 15. <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-violence-against-women>

17 Ver [https://www.unicef.org/republicadominicana/Repdom\\_Res\\_Prensa\\_estudio\\_violencia.pdf](https://www.unicef.org/republicadominicana/Repdom_Res_Prensa_estudio_violencia.pdf)

en concreto, trastornos en el desarrollo y la conducta, depresión, trastornos alimentarios, ansiedad, traumas psicológicos resultantes del abuso, la desatención, la violencia o la explotación, el consumo indebido de alcohol, tabaco y drogas, comportamientos obsesivos, como un uso excesivo de Internet y otras tecnologías hasta un punto adictivo y la autolesión y el suicidio. Cada vez se es más consciente de la necesidad de prestar mayor atención a las problemáticas sociales y de conducta que socavan la salud mental, el bienestar psicosocial y el desarrollo emocional de los niños. El Comité advierte del peligro del recurso excesivo a la medicalización y el internamiento e insta a los Estados a que adopten un enfoque basado en la salud pública y el apoyo psicosocial para hacer frente a la mala salud mental de los niños y adolescentes e invertir en enfoques de atención primaria que faciliten la detección y el tratamiento precoces de los problemas psicosociales, emocionales y mentales de los niños.<sup>18</sup>

Estas observaciones ya habían sido mencionadas en los informes de UNICEF de 2017 y 2021. Garry Conille, director regional de UNICEF para América Latina y el Caribe, señala que:

El estado de la salud mental de la infancia y adolescencia de América Latina y el Caribe es alarmante. Según cifras de UNICEF, 1 en cada 7 niños, niñas y adolescentes viven con un trastorno mental diagnosticado, mientras que el suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes entre 15 y 19 años. Esta situación fue agravada por la pandemia y el acceso a la atención de salud mental sigue siendo un desafío para muchos de ellos, especialmente los más vulnerables. Desde UNICEF la participación activa de niños, niñas y adolescentes es clave para poder derribar los tabúes y abrir la conversación sobre su bienestar emocional, físico y mental. Por eso el lanzamiento de este juego plantea hablar sobre salud mental como una responsabilidad colectiva de toda la sociedad, no únicamente del individuo<sup>19</sup>.

Colectivamente es un juego de cartas que también abre la conversación entre familias y cuidadores, quienes requieren de acceso a un apoyo adecuado para que puedan brindar cuidados cariñosos y una crianza positiva a sus hijos e hijas: “desde UNICEF recogemos

---

18 “Comité de los Derechos del Niño. Observación general N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24).

19 Ver: <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/colectivamente-unicef-y-america-solidaria-presentan-juego-cocreado-con-adolescentes-hablar-salud-mental#:~:text=%E2%80%9CEI%20estado%20de%20la%20salud,entre%20y%2019%20a%C3%B1os.>

la consigna que adolescentes y jóvenes posicionaron en el marco de la cumbre: “¡Nada de nosotros, sin nosotros!”<sup>20</sup>.

## Desinstitucionalización

Para finalizar, citamos las guías de desinstitucionalización del Comité de la CDPD, que establecen que:

45. Los niños y niñas internados en instituciones por discapacidad real o percibida, pobreza, origen étnico u otra filiación social tienen probabilidades de desarrollar deficiencias, o de que se agraven las deficiencias existentes, a causa del internamiento. El apoyo a los niños y niñas con discapacidad y a sus familias debe incluirse lo antes posible en el apoyo general que se ofrece a todos los niños y niñas. El apoyo a niños, niñas y adolescentes por sus pares es esencial para la plena inclusión en la comunidad.

46. Incluso un internamiento de corta duración fuera de la familia puede causar un gran sufrimiento, traumas y deficiencias emocionales y físicas. Evitar el internamiento de niños en instituciones ha de ser una prioridad. Deben crearse oportunidades de acogimiento familiar, acompañadas de ayudas económicas y de otro tipo, para todos los niños y niñas con discapacidad. Debe considerarse el acogimiento en la familia de origen antes que cualquier otra modalidad alternativa de acogimiento familiar.

47. El artículo 23, párrafo 4 de la Convención dispone que no debe separarse a los niños y las niñas de sus padres por motivos de discapacidad, ya sea del menor o de uno o ambos progenitores. Los Estados partes deben proporcionar a los padres con discapacidad apoyo y ajustes razonables para evitar que sus hijos sean internados en instituciones, y deben establecer sistemas inclusivos de protección infantil.<sup>21</sup>

## Palabras finales

La tarea diaria de un organismo de control da cuenta de que, de-

---

20 Ver: [https://www.unicef.org/media/108166/file/Resumen%20regional:%20America%20Latina%](https://www.unicef.org/media/108166/file/Resumen%20regional:%20America%20Latina%20)

21 Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia, disponible en: <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=-6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhSrUSo2TIYtHaYAWJ%2Byrd8Skkty8%2BxJZ8vIb-GxhckIkHBIkay8anAORxj78wGfLbNTy6PGKBBR4U2W2PL2kFFqig%3D>

trás de una internación de una niña, niño o adolescente, hay un abuso, sea sexual, físico o institucional con el agravante de que no cuentan -las más de las veces- con voz propia. Por eso, la tarea irrenunciable de la defensa pública es que donde haya una niña, niño o adolescente que sufra la restricción del ejercicio de sus derechos debe haber un equipo de defensa técnica dispuesto a velar por ellos y a complementar su voz.

Es la defensa independiente la que resulta ser la llave de accesibilidad a la justicia y quien visualiza aquellos indicadores que permiten conocer el origen o las causas de la problemática suicida. Como hemos advertido, la atención sintomática del sistema sanitario deja atrás la suma de otras vulneraciones de derechos que comienzan, la mayoría de las veces, en la primera infancia y que indefectiblemente continúa hacia la mayor edad.

En síntesis: es la actividad de la defensora o el defensor la que permite que la dramática de vida en las infancias, muchas veces encorsetada en un diagnóstico, pueda hacerse visible.

## Bibliografía

Baruch Spinoza, B. 2008. Tratado del Entendimiento. Buenos Aires: Colihue Clásica.

Bokser, Mirta. 2002. Legalidades ilegítimas. Derechos Humanos y Prácticas Sociales. Buenos Aires: Colihue.

Barcala, A. "Niñez e Institucionalización psiquiátrica: violencias en contextos de encierro. Salud Mental, políticas públicas y derechos humanos". En *Infancias y juventudes: diversidades, prácticas y perspectivas en derechos y políticas*. Pablo Vommaro, Lucia Rangel y Alejandra Barcala (editores). CONDE-Manizales, COLEF y CLACSO (En prensa).

Barcala, A. y Luciani Conde, L. (comp.), 2015. "Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas". Buenos Aires: Teseo.

CEPAL. 2013. Panorama social de América Latina (LC/G.2557-P), Santiago de Chile, enero. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.13.II.G.6.

CEPAL. 2013. "Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio", Número 15, abril de 2013, ISSN 1816-7535.

CEPAL. 2023. "Primera infancia, desigualdades y derechos en América Latina y el Caribe". Boletín Desafíos N°25, diciembre

2023. ISSN versión electrónica 1816-7535.

Frankel, Daniel. 2015. Eugenesia social. Configuraciones del poder en tiempos de muerte en vida. Buenos Aires: El Ágora.

## **Internaciones prolongadas: la invisibilización del abandono. La lucha contra la cronificación y los desafíos pendientes.**

### **Mariano Laufer Cabrera**

Abogado (UBA); posgrado en Derecho Civil Constitucionalizado (UP); Defensor Público Coadyuvante, coordinador de la Unidad de Letrados de Personas Mayores de Edad art. 22 Ley 26.657 de la Defensoría General de la Nación.

### **Gabriela Spinelli**

Abogada (UBA); maestría en Diseño de Políticas y Programas Sociales (FLACSO); posgraduada en Determinantes Sociales de la Salud Mental (UBA); funcionaria del Órgano de Revisión de Salud Mental (ORN) en la Defensoría General de la Nación.

## **Introducción**

Durante años la situación de las personas internadas por salud mental estuvo fuera de la agenda del Estado. La inclusión social de quienes permanecían alojados/as en establecimientos “especializados” de salud mental comenzó a delinearse como una política pública luego del incesante activismo del movimiento de personas usuarias de los servicios de salud mental y organizaciones de derechos humanos, que se vio reflejado en la aprobación de instrumentos internacionales junto con trascendentes fallos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación<sup>1</sup> y la sanción de legislación interna<sup>2</sup>, todos factores que marcaron un cambio de rumbo hacia el reconocimiento de los derechos humanos de ese colectivo desde un nuevo paradigma sobre la salud mental y la discapacidad.

1 Nos referimos sobre todo a los antecedentes “Tufano” (Fallos: 328:4832); “R.M.J. s/insania” (Competencia N° 1195. XLII) y las disidencias en Fallos: 332:2068.

2 Especialmente la Ley Nacional 26.657 y el Código Civil y Comercial de la Nación.

Sin embargo, y a pesar de que la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) previó la sustitución definitiva de los hospitales psiquiátricos monovalentes para el año 2020<sup>3</sup>, la cantidad de personas que hoy continúan internadas por larguísimos periodos refleja que la institucionalización sigue siendo una de las principales respuestas estatales y que las vulneraciones de derechos que en ese marco se mantienen, todavía suelen invisibilizarse.

Creemos que en parte ello se debe a que no se ha dado aún una solución global de política pública, ni tampoco con claridad legislativa a la cuestión de la prolongación de las internaciones por problemáticas sociales y habitacionales, que el rol del Poder Judicial no se ha desplegado conforme las exigencias normativas en este especial tipo de casos, y que falta incorporar actores a la gestión de estas internaciones.

Por ello, con este trabajo nos proponemos, por un lado, describir brevemente el alcance de esa problemática analizando la información producida por el Ministerio de Salud de la Nación, por el Órgano de Revisión de Salud Mental (ORN)<sup>4</sup>, por la Defensoría General de la Nación a través de la Unidad de Letrados de Salud

Mental<sup>5</sup>, y por organizaciones de la sociedad civil (CELS, ACIJ). Además, pretendemos articular esa información con las observaciones y recomendaciones recibidas por Argentina desde los organismos que supervisan el cumplimiento de las obligaciones asu-

---

3 El Art. 27 de la Ley 26.657 prohibió la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados y previó la adaptación de los existentes hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Oportunamente, el Decreto reglamentario 603/13 estableció el 2020 como plazo máximo para esa sustitución.

4 La LNSM creó el ORN como organismo de protección de derechos humanos en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa y estableció una composición intersectorial y equitativa entre organismos estatales y no estatales, integrada por el Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y el Ministerio Público de la Defensa –todos de la Nación– y tres organizaciones de la sociedad civil, entre las que se incluye organizaciones de personas usuarias de servicios de salud mental.

5 La Unidad de Letrados de Salud Mental (para personas adultas) fue creada por la Defensoría General de la Nación en el año 2011, en cumplimiento de la garantía de defensa pública especializada prevista en el art. 22 de la Ley Nacional de Salud Mental. También se contempló en el art. 47 de la Ley Orgánica del Ministerio Público de la Defensa. Su objeto de actuación es brindar servicio de defensa técnica para personas adultas internadas involuntariamente por salud mental en la CABA. Tras 12 años de funcionamiento, se ha brindado defensa en aproximadamente 33.000 casos. Para más información y contacto, ver <https://www.mpd.gov.ar/index.php/unidad-de-letrados-art-22-ley-26-657-personas-mayores-de-edad>

medidas por los Estados en virtud de los tratados internacionales de derechos humanos suscritos por nuestro país.

En la segunda parte del artículo revisamos el encuadre jurídico de las internaciones prolongadas por problemáticas sociales, así como el rol del poder judicial y de la defensa pública en la tarea de revertir tal contexto discriminatorio y promover en particular el derecho a la inclusión social y a vivir en la comunidad. Finalmente, esbozamos algunas conclusiones con la intención de contribuir a la formulación de políticas públicas que propicien ese derecho.

El derecho a vivir en forma independiente y a ser incluidas en la comunidad es uno de los principios sobre los que se asienta el modelo social de la discapacidad<sup>6</sup> que parte de concebirla como una cuestión de derechos humanos, y ello significa que las políticas ofrecidas y las respuestas brindadas a los problemas que enfrentan las personas con discapacidad pasan a ser pensadas y elaboradas —desde y hacia— el respeto de los derechos humanos (cfr. Palacios & Bariffi, 2007; 11). Así, el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad les reconoce ese derecho a las personas con discapacidad con la libertad de elegir y controlar su vida en igualdad de condiciones que todas las personas.

En esa línea, el modelo de salud mental comunitario que recoge la LNSM propone la atención fuera del ámbito hospitalario y en el marco de un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial en el ámbito territorial donde las personas desarrollan sus vidas cotidianas y su participación activa en la planificación de su atención y cuidados. En consecuencia, prohíbe la prolongación de internaciones por problemáticas sociales o de vivienda.

Ahora, el único<sup>7</sup> Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019) reveló que todavía hay en Argentina 12.035 personas internadas en 162 instituciones públicas y privadas monovalentes de salud mental que permanecen internadas un promedio de 8,2 años.

Los números sobre la cantidad de personas internadas reflejan que las internaciones prolongadas en instituciones monovalentes

---

6 Este modelo fue receptado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada por Argentina en 2008 por Ley 26.378 y tiene rango constitucional desde 2014 por Ley 27.044.

7 Se trata del primer censo nacional de personas internadas por salud mental que fue llevado a cabo en 2019 a pesar de la exigencia normativa dispuesta en el art. 35 LNSM que preveía su realización a los 180 días de sancionada la ley y una periodicidad bianual.

continúan siendo la principal política para responder, de modo insuficiente e inadecuado, a las necesidades de atención de salud mental de una población históricamente estigmatizada y segregada, y ratifican la inmediata necesidad de diseñar e implementar acciones intersectoriales e interseccionales que garanticen los derechos humanos de esas personas, muy especialmente el derecho a vivir en la comunidad.

En este aspecto, Argentina fue advertida en dos ocasiones por el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad (2012 y 2023)<sup>8</sup> y también por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2018)<sup>9</sup>, ambos de Naciones Unidas (ONU), acerca del déficit de políticas de salud mental basadas en el modelo de derechos humanos de la discapacidad, y fue instada a avanzar en los procesos de externación de las personas institucionalizadas, en el cierre de los hospitales psiquiátricos monovalentes así como en la implementación de un plan integral para la desinstitucionalización.

La transformación global del sistema de salud mental hacia un sistema comunitario con mayor descentralización territorial y con un presupuesto acorde a la pauta del 10% prevista en la LNSM<sup>10</sup>, que permita la sustitución definitiva de los hospitales monovalentes y la externación de quienes permanecen en las instituciones por razones sociales sigue siendo una deuda pendiente. Ello, sin dejar de considerar los avances y cambios sustantivos producidos sobre todo en materia de garantías de derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

## Alcance de la problemática y la opinión de organismos especializados

Según el Ministerio de Salud de la Nación, al 2010 había aproximadamente 21.000 personas internadas por salud mental en instituciones públicas: 14.000 en Colonias y 7.000 en hospitales monovalentes en todo el país<sup>11</sup>. Tal como referimos, el Censo

8 Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad CRPD/C/ARG/CO/1, 17 a 28 de septiembre de 2012 y CRPD/C/ARG/CO/2-3 24/3/2023.

9 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de la Argentina. E/C.12/ARG/CO/4. 1/11/2018

10 El artículo 32 de la Ley 26.657 obliga al Estado a destinar, como mínimo, el 10% del gasto total de salud a salud mental.

11 Ministerio de Salud de la Nación. Camas disponibles destinadas a la atención en salud mental y egresos hospitalarios del sector público en Argentina. Mayo 2010.

Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental reveló que en 2019 todavía había en Argentina 12.035 personas internadas en 162 instituciones públicas y privadas monovalentes de salud mental que permanecían un promedio de 8,2 años y una mediana de 2. Más precisamente, seis de cada diez personas permanecen internadas un año o más y una de cada cuatro (25%) lo está entre once o más.

En consonancia con estos datos, ya el informe “Vidas Arrasadas”<sup>12</sup> publicado por el CELS en 2007, reveló que aproximadamente 25.000 personas estaban en ese entonces alojadas en las instituciones psiquiátricas argentinas. Más de un 80 por ciento de estas personas estaban internadas durante más de un año, y muchas de por vida. Dos tercios de las camas pertenecían al sistema público y el 75 por ciento de las personas se encontraban internadas en instalaciones de 1000 camas o más.

Según el mismo informe, la institucionalización a gran escala y los abusos que la acompañaban se debían, en gran medida, a décadas de una política de invertir en grandes instituciones que segregan a las personas, en lugar de elaborar políticas y destinar los recursos necesarios para el desarrollo de servicios de atención en salud mental y apoyo en las comunidades. El desarrollo de estrategias innovadoras de atención para la salud mental —tales como el subsidio económico para la vivienda, rehabilitación psicosocial y apoyo de los pares— ha probado que la gran mayoría de las personas con discapacidades mentales puede vivir y prosperar en la comunidad.

En simultáneo con estos estudios, se producían en nuestro país medulares cambios normativos. Entre ellos, podemos citar la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y el Código Civil y Comercial de la Nación, que ubican a las personas como sujetos de derecho y proponen un nuevo paradigma sobre la salud mental y la discapacidad vinculado con la concreción de derechos humanos.

Así, el derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad, con la libertad de elegir y controlar su vida, reconocido en el art. 19 de la CDPD significa, según el Comité de los Derechos de Personas con Discapacidad<sup>13</sup>, que las personas con discapacidad cuenten con todos

---

12 Disponible en <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2016/10/2008-CELS-Vidas-arrasadas.pdf>

13 Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. 27 de octubre de 2017. CRPD/C/GC/5

los medios necesarios para que puedan tomar opciones y ejercer el control sobre sus vidas, y adoptar todas las decisiones que las afecten. La autonomía personal y la libre determinación son fundamentales para la vida independiente, incluidos el acceso al transporte, la información, la comunicación y la asistencia personal, el lugar de residencia, la rutina diaria, los hábitos, el empleo digno, las relaciones personales, la ropa, la nutrición, la higiene y la atención de la salud, las actividades religiosas y culturales, y los derechos sexuales y reproductivos.

En esa línea, el modelo que recoge la LNSM dispone la sustitución definitiva del sistema hospitalocéntrico por uno de salud mental comunitaria, integrado por una red de servicios que brinde una atención sanitaria y social integral y humanizada, y que permita a las personas vivir con autonomía fuera de ámbitos hospitalarios o institucionales.<sup>14</sup>

A pesar de ello, según el censo nacional antes aludido casi el 40% de las personas continuaba internada por problemáticas sociales o de vivienda. A su vez, el estudio también reveló que casi el 70% de las personas manifestó tener ingreso, de las cuales el 72% refirió no administrarlos y también que el 58% de las personas manifestó tener vivienda, pero el 74% de ellas no puede disponer de sus casas.

En ese aspecto, el Órgano de Revisión de Salud Mental en ocasión de evaluar el estado de las políticas de salud mental a los diez años de sancionada la LNSM, ha señalado<sup>15</sup> que la permanencia de las personas sin criterio de internación en instituciones monovalentes, sobre todo del sector público, se debe en su mayoría a su alta vulnerabilidad socioeconómica, falta de acceso a recursos básicos como vivienda, empleo, cobertura sanitaria y social, sumado a problemas adicionales de pérdida de autonomía y otras consecuencias que provocan la institucionalización prolongada así como a la insuficiencia de políticas públicas (dispositivos comunitarios tales como casas de medio camino, acompañantes terapéuticos, residencias protegidas, etc.). Otro de los obstáculos identificados por el organismo ha sido la persistencia, en algunos servicios, de la

---

14 El art. 11 de la LNSM además, promueve el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, entre otros.

15 En el anexo a la Resolución SEORN 2/20, que aprueba el documento “A diez años de la Ley Nacional de Salud Mental: posicionamiento del Órgano de Revisión de Salud Mental”, disponible en <https://www.mpd.gov.ar/pdf/RE-SO10ORN.pdf>

idea de que las personas con padecimiento de salud mental tienen que vivir en hospitales, especialmente si son personas que llevan mucho tiempo de internación y no tienen familia. Eso suele provocar la falta de implementación de abordajes destinados a revertir las consecuencias que los años de institucionalización producen sobre las personas como modo de recuperar habilidades y promover la autonomía para encarar su retorno a la vida independiente.

Es decir que en las internaciones prolongadas no se identifican situaciones de riesgo cierto e inminente, y la prolongación del alojamiento está vinculada con la falta de acceso a derechos sociales y al abandono estatal a las que suelen estar expuestas las personas “institucionalizadas”. Pero además de la falta de recursos socioeconómicos en general, también incide en muchos otros casos la falta de estrategias articuladas de externación y apoyos que debieran brindárseles a quienes, aun contando con vivienda familiar e ingresos de algún tipo, no pueden acceder o retornar a ellos por falta de acompañamiento familiar pero fundamentalmente de acompañamientos estatales o judiciales para volver a vivir en su comunidad.

Tanto el Plan Nacional de Salud Mental aprobado por la Dirección de Salud Mental de la Nación para el periodo comprendido entre 2013 y 2018<sup>16</sup> como el sancionado para el quinquenio 2023/2027<sup>17</sup> tuvieron como objetivo avanzar en la transformación estructural del sistema de atención de la salud mental hacia el paradigma comunitario y de inclusión social previsto en las normas. Sin embargo, no se han desarrollado políticas públicas suficientes para concretarlo ni se han promovido políticas específicas de desinstitucionalización de las personas que aún permanecen internadas innecesariamente en esas instituciones. Así, se observa insuficiente -cuando no inexistente- la atención ambulatoria especializada en los centros de atención primaria, centros provinciales de atención y hospitales generales; los dispositivos de atención intermedios; los servicios de atención domiciliaria supervisada. Además, el diseño de planes de externación específicos, los apoyos financieros para las personas o sus familiares o referentes afectivos u otros dispositivos de apoyo son absolutamente deficitarios, y ello conlleva la prolongación innecesaria de las internaciones.

El análisis de los recursos invertidos por el Ministerio de Salud de la

---

16 Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (2013-2018), aprobado por Resolución N°. 2177/2013, publicada en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2177-2013-225330>

17 Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Salud Mental (2023-2027), aprobado por Resolución N°. 1977/23, publicada en <https://www.boletino-ficial.gob.ar/detalleAviso/primera/293929/2230912>

Nación en salud mental realizado por ACIJ<sup>18</sup> revela que de la pauta presupuestaria del 10% del gasto total en salud que por la legislación nacional debe invertirse en salud mental, solo se destina el 2% y esa cifra se ha mantenido con muy pocas variaciones desde 2012 hasta 2023. Además, la gran mayoría de esos recursos se gasta en hospitales psiquiátricos mientras que las actividades del Ministerio de Salud dirigidas a apoyar y promover la salud mental representan apenas el 2,8% del total de la inversión proyectada para salud mental.

Coincidimos con Barcala y Faraone (2020) cuando refieren que:

[...] a partir de la sanción de la LNSM las políticas públicas deberían haber favorecido en forma explícita las prácticas sociales inclusivas que evitaran las internaciones en grandes instituciones monovalentes; sin embargo, y tal como se transparenta de su descripción, se observa una importante deuda en este campo.

Acerca del déficit de las políticas de salud mental basadas en el modelo de derechos humanos de la discapacidad -como ya anticipamos- Argentina fue advertida en dos ocasiones por el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU<sup>19</sup> quien instó al país a implementar de manera efectiva las estrategias de desinstitutionalización, así como a desarrollar e implementar planes de salud mental basados en el modelo de derechos humanos de la discapacidad. En el informe que da cuenta del resultado del segundo monitoreo realizado a nuestro país, el Comité observó con preocupación la institucionalización y la prolongación de las internaciones de las personas con discapacidad intelectual y/o psicosocial, el incumplimiento del cierre definitivo de los hospitales monovalentes públicos y privados y de la creación de un sistema de atención en comunidad para el año 2020, conforme a la Ley Nacional de Salud Mental. Sin perjuicio de ello, destacó los avances observados en la Provincia de Buenos Aires.

En el mismo sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ONU<sup>20</sup> le recomendó al Estado argentino concretar en 2020 la sustitución del sistema de instituciones psiquiátricas de salud mental públicas y privadas por un sistema integral, inte-

---

18 La Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) realiza estudios sobre el presupuesto destinado a salud mental en nuestro país. Los datos citados en este trabajo pueden verse en <https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2022/11/Salud-Mental--Semana- Presupuesto-y-Derechos -2022-1.pdf>

19 Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad CRPD/C/ARG/CO/1, 17 a 28 de septiembre de 2012 y CRPD/C/ARG/CO/2-3 24/3/2023

20 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ONU. Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de la Argentina. E/C.12/ARG/CO/4. 1/11/2018.

grado, interdisciplinario y comunitario de salud mental, en cumplimiento del Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018. Asimismo, recomendó que se restrinja la institucionalización y se fortalezca la red de servicios comunitarios, así como la apertura de servicios de salud mental en los hospitales generales, para el cumplimiento de lo establecido en el artículo 28 de la Ley 26657.

El Comité de Derechos Humanos de la ONU<sup>21</sup> es otro de los organismos que en las observaciones finales al quinto informe presentado por Argentina instó al país a velar por la plena aplicación de los estándares internacionales y de la Ley Nacional de Salud Mental.

Con el propósito de brindarle a los países orientaciones concretas para aplicar el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, y acercarles herramientas para superar el aislamiento, la segregación y la discriminación de los niños y adultos con discapacidad, el Comité de los Derechos de las personas con discapacidad aprobó las directrices sobre la desinstitucionalización<sup>22</sup>. En ese instrumento, la institucionalización es considerada como discriminatoria<sup>23</sup> y expone a las personas a situaciones de violencia y a intervenciones forzosas, al tiempo que contradice su derecho a vivir en forma independiente y a vivir en la comunidad.

Por ello, el citado Comité recomienda abolir todas las formas de institucionalización. A su vez, señala que los estados no deben justificar el mantenimiento de las personas con discapacidad en las instituciones o las demoras en su cierre en la falta de apoyo y servicios en la comunidad, la pobreza o los estigmas. A criterio de este organismo, la desinstitucionalización comprende procesos interconectados que deben centrarse en restaurar la autonomía, la elección y el control de las personas con discapacidad sobre cómo, dónde y con quién deciden vivir, y deben ser liderados por las personas con discapacidad, incluidas las institucionalizadas.

En este aspecto, el ORN ha considerado

[...] necesario el desarrollo y fortalecimiento de una red de servicios con base en la comunidad que se integre con los restantes servicios de salud y que articule intersectorialmente con otras áreas y además debe garantizarse la disponibilidad y ac-

21 Comité Derechos Humanos. CCPR/C/ARG/CO/5 del 10/08/2016.

22 Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Directrices sobre la desinstitucionalización, incluso en situaciones de emergencia. CRP-D/C/27/3, 9 Septiembre 2022.

23 La institucionalización a la que se refiere el documento abarca las que se realizan en instituciones de atención social, como en instituciones psiquiátricas, hospitales de estadía prolongada o asilos.

cesibilidad de centros de salud con equipos de salud mental interdisciplinarios, servicios de salud mental en los hospitales generales con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24hs, centros de día comunitarios [...] dispositivos de inclusión socio laboral y habitacionales con diferentes niveles de apoyo, seguros, apoyos financieros [...].

Además, ese organismo destaca también la importancia de que el diseño de los planes de externación se realicen con la efectiva participación de las personas usuarias, con la intervención de todos los poderes del Estado y con la asignación del presupuesto adecuado. Le otorgan un énfasis especial en la formulación de esa política al enfoque interseccional

que tenga en cuenta el impacto diferencial que tiene la internación sobre ciertos colectivos sociales, como las mujeres y la niñez, diversas identidades de género y migrantes, todas ellas particularmente expuestas a la invisibilización y a la estigmatización.<sup>24</sup>

Como vimos, la sustitución del modelo manicomial es una obligación que ha asumido el Estado argentino en su marco normativo vigente y en virtud de ello ha sido instada por los diferentes organismos que velan por el cumplimiento de los compromisos asumidos. Tal sustitución no es posible sin la externación de quienes permanecen alojados en las instituciones, y esa externación tampoco podrá concretarse sin un plan específico dotado de presupuesto que potencie los esfuerzos de todos los sectores e involucre a todos los poderes del Estado.

## **Encuadre jurídico de las internaciones prolongadas por problemáticas sociales. El rol del Poder Judicial y de la Defensa Pública**

En Argentina, como dijimos, se ha consolidado un nuevo paradigma normativo en la temática de salud mental, del cual se deriva un nuevo marco de obligaciones para los juzgados que intervienen en el control de las internaciones.

Para los procesos judiciales de internaciones, la LNSM incorporó específicamente la figura de la defensa pública de personas internadas involuntariamente, y en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) se viene desempeñando este rol desde el año 2011 a través del Ministerio Público de la Defensa.

---

24 Resolución SEORN 2/20 del Órgano de Revisión Nacional (ya citada).

En estas internaciones coactivas, la defensa pública realiza peticiones judiciales y extrajudiciales ante organismos públicos y privados, instituciones sanitarias, coberturas de salud de obras sociales y prepagas, y juzgados, con el fin de obtener las prestaciones necesarias para garantizar los derechos de las personas internadas y asegurar que su internación dure lo menos posible. Sin embargo, la mayoría de las personas adultas internadas en el sector público en CABA no se encuentra en esta situación de involuntariedad, sino que atraviesa “internaciones prolongadas por problemáticas sociales y habitacionales”, de acuerdo al encuadre jurídico otorgado por la LNSM para ese tipo de casos. En este último tipo de internaciones, la ley no previó la intervención obligatoria de la defensa pública.

Estas internaciones prolongadas, muchas veces superiores al año de duración y que se extienden por varios años o incluso décadas en ciertos casos, se concentran mayoritariamente en los dos grandes hospitales monovalentes de salud mental de adultos de la CABA (Hospital Borda y Hospital Moyano). Afectan a un gran número de personas en situación de alta vulnerabilidad socio-económica, las que carecen de la posibilidad de acceso a recursos básicos, a vivienda propia, a empleo, y a coberturas sanitarias privadas.

Como hemos comentado en otros trabajos de relevamiento y análisis desde la defensa pública (cfr. Laufer & Pavicic, 2023; 47), preocupa la persistencia y aumento de las internaciones prolongadas en hospitales públicos monovalentes por obstáculos económicos, habitacionales y sociales (cf. artículos 15 y 18 LNSM). Vale reiterar aquí que se trata de un grupo al cual se referencia como ‘pacientes sociales’, es decir, personas que pudieron ingresar a la internación por una crisis de salud mental pero que, al compensarse del cuadro agudo, permanecieron en los nosocomios, sin riesgo cierto e inminente, debido a su alta vulnerabilidad socioeconómica y falta de acceso a recursos básicos<sup>25</sup>.

Cabe aquí recordar una vez más que la LNSM prohíbe la permanencia en instituciones por motivos sociales y exige al equipo tratante un rol activo en la búsqueda de un dispositivo que pueda brindar un marco adecuado de contención en el momento del alta. Específicamente, el artículo 15 de la LNSM dispone que “en ningún caso la internación puede ser (...) 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”.

Resulta evidente lo perjudicial de mantener una hospitalización a

---

25 Defensoría General de la Nación, Informe Anual 2023, pg. 96 y ss., disponible en <https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/Libro%20IA%202023.pdf>

largo plazo<sup>26</sup>, la que no sólo puede acentuar el deterioro y la cronicidad del padecimiento mental, sino que también impacta negativamente en todos los aspectos de la vida de una persona: su recuperación temprana, su proyecto de vida, su dignidad, su libertad y su integración comunitaria. Y es que

al ser separadas de la sociedad, las personas pierden los lazos que las unen a su familia, amigos y comunidades de referencia. Las personas quedan sometidas al régimen custodial de las instituciones psiquiátricas, y pierden habilidades de vida esenciales que necesitan para sobrevivir en comunidad, lo que impide su rehabilitación.<sup>27</sup>

Desde hace ya varios años, juristas y organismos internacionales (como la Corte y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la Organización Mundial y Panamericana de la Salud, los Comités de Derechos Humanos de la ONU) vienen señalando que el modelo de atención asilar de la salud mental genera segregación de las personas con discapacidad y perpetúa la discriminación estructural de este grupo vulnerable<sup>28</sup>. Para dichos casos de internaciones prolongadas, tanto la LNSM, como el CCCN, previeron una intervención especial de los juzgados de familia<sup>29</sup>, que debería

---

26 Al respecto, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) ha sostenido que “[...] hoy nadie niega que las internaciones psiquiátricas que se prolongan innecesariamente son dañosas y conllevan, en muchos casos, marginación, exclusión y maltrato y no es infrecuente que conduzcan a un “hospitalismo” evitable. En esta realidad, el derecho debe ejercer una función preventiva y tuitiva de los derechos fundamentales de la persona con sufrimiento mental, cumpliendo para ello un rol preponderante la actividad jurisdiccional” (“R., M.J.”, rta. el 18/02/2008).

27 CELS op. cit. pág. 12.

28 Entre muchas otras medidas, como ejemplo podría citarse la posibilidad de accionar en el marco de la Ley 26.754 para la defensa de personas en situación de calle o en riesgo de quedar en esa situación, la cual en su art. 2 inc. a) incluye a quienes “residan en establecimientos públicos o privados –sean médicos, asistenciales, penitenciarios u otros– de los cuales deban egresar por cualquier causa en un plazo determinado y no dispongan de una vivienda para el momento del egreso”.

29 En efecto, el artículo 18 de la LNSM establece en su parte pertinente que “...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...”. En tanto, el CCCN dispone en el artículo 41 que la internación “...es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo y por el tiempo más breve posible; debe ser supervisada periódicamente (...) debe garantizarse el debido proceso, el control judicial inmediato (...) la sentencia que aprueba la internación debe especificar su finalidad, duración y periodicidad de la revisión. Toda persona con padecimientos

ser activa, periódica e inmediata<sup>30</sup>, y estar orientada a la adopción de oficio de medidas que impliquen exigir al Estado prestaciones, dispositivos y cursos de acción, en pos de garantizar el derecho a la vida en la comunidad de las personas institucionalizadas.

Sin embargo, la falta de organismos específicos obligados a intervenir como actores procesales estables en este tipo de procesos judiciales, dejan a los juzgados en estos casos con insuficiente impulso de parte; y pese a las nuevas exigencias normativas que pesan sobre ellos en cuanto a la oficiosidad, no resulta evidente que éstos asuman el activismo judicial requerido para dismantelar una situación de discriminación estructural.

Desde nuestra experiencia, consideramos que la labor de la Unidad de Salud Mental (adultos) de la Defensoría General de la Nación y la intervención del Órgano Nacional de Salud Mental han generado cierto impacto en el marco de internaciones prologadas por problemáticas sociales amén de los obstáculos que aún persisten, particularmente ante la falta de políticas públicas para contrarrestar el déficit de recursos sociosanitarios para la atención de este grupo. Así, la Unidad interviene visibilizando la problemática e impulsando judicialmente en cada caso en concreto medidas y peticiones de recursos, instando a su vez a la actividad jurisdiccional activa y oportuna. Específicamente, se requiere a los juzgados encargados del contralor la calificación expresa de estas internaciones como ‘internaciones voluntarias prolongadas por problemáticas sociales’ (cfr. arts. 15 y 18 LNSM). Así, propende a la asunción de un rol judicial procesal de oficio que se oriente a exigir al Estado como garante del servicio de salud -y otros organismos, tales como obras sociales- que provea los recursos sociosanitarios adecuados a través de los organismos competentes y promueva simultáneamente la necesaria intervención activa del Órgano de Revisión Nacional (art. 7

---

mentales, se encuentre o no internada, goza de los derechos fundamentales y sus extensiones.” Asimismo, el artículo 706 del CCCN establece que “...El proceso en materia de familia debe respetar los principios de tutela judicial efectiva, intermediación (...) oficiosidad (...) Las normas que rigen el procedimiento deben ser aplicadas de modo de facilitar el acceso a la justicia, especialmente tratándose de personas vulnerables (...) Los jueces ante los cuales tramitan estas causas deben ser especializadas y contar con apoyo multidisciplinario...”. Y el artículo 709 del CCCN dispone que “...En los procesos de familia el impulso procesal está a cargo del juez...”.

30 En un precedente relevante en la materia la CSJN sostuvo que “una de las obligaciones trascendentales del magistrado interviniente es la de promover la externación oportuna, ya se trate de una internación voluntaria (...) Esto último debe ser tenido en cuenta para evitar que las personas institucionalizadas psiquiátricamente no sean escuchadas “y vistas” por el sistema judicial” (Fallos: 332:2068, voto de los Dres. Lorenzetti, Fayt y Zaffaroni).

h, LNSM), acompañándose para tales fines una evaluación interdisciplinaria confeccionada por el equipo técnico de la dependencia, que describa la situación de internación prolongada y sugerencias para la concreción de un egreso sustentable<sup>31</sup>.

La intervención del Órgano<sup>32</sup> abarca tanto el caso concreto como el plano estructural. Está ligada al impulso de medidas de exigibilidad y de incidencia a través de la gestión activa y a veces coactiva (intimaciones judiciales y acciones administrativas) ante organismos competentes, que se llevan a cabo simultáneamente con reuniones y mesas de trabajo con el propósito de contribuir a la progresiva transformación de las políticas públicas en salud mental, centradas en la segregación en instituciones monovalentes como principal respuesta.

Sin embargo, cabe tener presente que la actuación de la defensa pública en esta tipología de casos deviene circunstancial, en situaciones que originalmente fueron involuntarias y se fueron prolongando en el tiempo por problemáticas sociales y habitacionales. Ello por cuanto, como ya hemos dicho, el esquema legal diseñado por la LNSM solo previó la asistencia jurídica obligatoria en casos de involuntariedad (por existencia de riesgo cierto o inminente, o falta de lucidez).

En opinión de Natella (2019, 316), las respuestas necesariamente deben incluir estrategias conjuntas de todo el espectro social, en particular de orden sanitario y jurídico, tanto en la expansión de los tratamientos con alcance a la inclusión social de las personas que se asisten, como si también en relación con la garantía de un debido proceso que incluya la defensa de toda persona institucionalizada. Así, a nuestro criterio, en cierto modo ha quedado un vacío legal respecto de qué actores u organismos gubernamentales o jurisdiccionales deberían obligatoriamente intervenir en estos procesos judiciales; y como consecuencia de ello, no se ha dotado de las correspondientes asignaciones presupuestarias respaldadas

---

31 El criterio de los juzgados ante estos casos es aún diverso y no consolidado en una línea doctrinaria uniforme, por cuanto tradicionalmente se tendió a considerar que solo había dos tipos de internaciones (voluntarias o involuntarias), y no se visualizó la existencia de esta tercera categoría legal y la consecuente necesidad de mayor actividad jurisdiccional de estos casos que presentan mayor vulnerabilidad.

32 Para ampliar la información sobre las funciones del Órgano de Revisión, ver Spinelli, Gabriela: El rol del Órgano de Revisión de Salud Mental en la prevención y protección de derechos humanos de las personas usuarias de servicios de salud mental, Revista MPD N° 11, en <https://www.mpd.gov.ar/index.php/biblioteca-mpd-n/publicaciones-seriadas/5213-revista-del-ministerio-publico-de-la-defensa-n-11>

en mandato legal, para fomentar la exigibilidad de la política pública sanitaria y estatal en general, para avanzar en externaciones sustentables de este grupo de personas internadas durante años.

## Algunas conclusiones

A través de la información producida por el Ministerio de Salud de la Nación, por el Órgano de Revisión de Salud Mental, la Unidad de Letrados de Salud Mental de la DGN y organizaciones de derechos humanos hemos intentado describir someramente el panorama de la problemática de las internaciones prolongadas por cuestiones sociales, y articularlo con las observaciones y recomendaciones recibidas por Argentina desde los organismos que supervisan el cumplimiento de las obligaciones asumidas por los Estados en virtud de los tratados internacionales de derechos humanos suscritos por nuestro país. También hemos revisado el encuadre jurídico de este tipo de internaciones y el rol de los distintos poderes en la tarea de revertir tal contexto discriminatorio y promover en particular el derecho a la inclusión social y a vivir en la comunidad.

El análisis permite concluir preliminarmente que la cantidad de personas internadas refleja que las internaciones prolongadas en instituciones monovalentes continúan siendo, en los hechos, la principal política para responder, de modo insuficiente e inadecuado, a las necesidades de atención de salud mental de una población históricamente estigmatizada y segregada. Ratifican, además, la inmediata necesidad de diseñar e implementar acciones intersectoriales e interseccionales que garanticen los derechos humanos de esas personas, muy especialmente el derecho a vivir en la comunidad. En ese sentido, la transformación global del sistema de salud mental hacia un sistema comunitario -con un presupuesto acorde a la pauta legal para alcanzar la sustitución definitiva de los hospitales monovalentes y la externación de quienes permanecen en las instituciones por razones sociales- sigue siendo una deuda pendiente.

En cuanto al rol de los juzgados civiles de familia responsables del control individual de las internaciones prolongadas, en ocasiones sustentado en una revisión formal de la legalidad de la internación, pareciera que no resulta suficiente para garantizar los derechos humanos en juego durante esa situación de vulnerabilidad. En consecuencia, no alcanza para desmontar la perpetuación de la discriminación estructural que afecta a las personas con discapacidad internadas por años en establecimientos de salud mental. Sin perjuicio de esto, es claro que el responsable primario de avanzar en esta línea es el Poder Ejecutivo Nacional y el de cada jurisdicción, principalmente a través de sus autoridades sanitarias.

De conformidad con el paradigma normativo vigente en Argentina, y ante las omisiones de la administración pública, se requeriría un rol distinto por parte de los juzgados --asentado en el activismo judicial, en la toma de decisiones según el principio de oficiosidad, y en un control sustancial de la internación prolongada-- que implique la exigibilidad de derechos sociales, mediante el desarrollo de medidas de acción positiva que el Estado debe adoptar en las políticas públicas de salud mental. Entendemos que solo mediante la asunción de dicho rol activo cobra sentido real la garantía de la tutela judicial efectiva para este especial tipo de casos, y así el poder judicial cumplirá con su obligación jurisdiccional de propender a revertir la segregación estructural de las personas con discapacidad institucionalizadas en hospitales monovalentes.

También consideramos que ese rol de exigibilidad judicial hacia el Estado no puede ser solo asumido por los juzgados de familia. Debería establecerse también la obligatoriedad (legal o reglamentaria) de la intervención procesal de otros actores como legitimados activos o litigantes o patrocinantes en estos procesos judiciales de control de internaciones prolongadas por problemáticas sociales (no involuntarias), a efectos de lograr realmente mandas judiciales y supervisión de sentencias que puedan tener impacto no solo individual sino también colectivo en el sistema aun asilar general de atención de salud mental.

Así, subrayamos el vacío legal que, a nuestro criterio, ha quedado respecto los actores u organismos gubernamentales o jurisdiccionales que deberían necesariamente intervenir en estos procesos judiciales, así como la consecuencia que de ello se desprende al no dotar de las correspondientes asignaciones presupuestarias para fomentar la exigibilidad de la política pública sanitaria y general, y avanzar en externaciones sustentables de personas que han estado internadas durante años o décadas.

No quedan dudas de que el fundamento primordial de la internación prolongada es la falta de acceso a derechos sociales y el abandono a las que suelen estar expuestas las personas “institucionalizadas”, y que es desde la política pública desde donde debe concretarse las transformaciones para que las personas puedan volver a vivir en sus comunidades. Pero el rol de Poder Judicial resulta clave para el impulso de acciones que motoricen esos cambios -en las jurisdicciones donde esto no se lleva delante de oficio como política de estado- y que, en articulación con los otros poderes, hagan efectivo el derecho a la vida independiente en nuestro país.

## Bibliografía

Faraone, S. y Barcala, A. 2020. A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible. Buenos Aires: Editorial Teseo. URL: <https://www.teseo-press.com/leysaludmental>

Laufer Cabrera, Mariano y Pavicic, Maria Magdalena. “La actuación de la unidad de letrados de salud mental: la defensa pública en 28 mil casos y el acceso a la justicia en las internaciones involuntarias”. Revista de las Defensorías Públicas del Mercosur: Acceso a la justicia de las personas con discapacidad psicossocial, Año 2023, Defensoría General de la Nación, en [https://www.mpd.gov.ar/pdf/Revista\\_REDPO\\_Nro\\_10.pdf](https://www.mpd.gov.ar/pdf/Revista_REDPO_Nro_10.pdf)

Natella, Graciela. 2019. “Internaciones Prolongadas” en Trimboli, Alberto (dir.), El fin del manicomio: construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos. Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires.

Palacios, Agustina y Bariffi, Francisco. 2007. La discapacidad como una cuestión de derechos humanos Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ediciones Cinca. Madrid.

Spinelli, Gabriela. 2016. “El rol del Órgano de Revisión de Salud Mental en la prevención y protección de derechos humanos de las personas usuarias de servicios de salud mental” en Revista MPD N° 11. Disponible en: <https://www.mpd.gov.ar/index.php/biblioteca-mpd-n/publicaciones-seriadas/5213-revista-del-ministerio-publico-de-la-defensa-n-11>



## Las consignas policiales en las internaciones por motivos de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

### Joaquín Freije

Abogado (UBA). Prosecretario letrado a cargo de la Unidad de Letrados de Salud Mental (Penal) de la Defensoría General de la Nación.

### Introducción

En el transcurso de los últimos años se ha evidenciado un incremento en la presencia de personal policial en las instituciones de internación por motivos de salud mental, tanto en efectores públicos como privados y, en el primer caso particularmente, en hospitales generales y hospitales especializados en salud mental o “monovalentes”. La particularidad que ha caracterizado a esta nueva presencia policial, a diferencia de otras intervenciones periódicas -como la toma de denuncias o declaraciones in situ- es su permanencia en la institución en forma continuada en el cumplimiento de la función de “consigna”.

La consigna policial puede ser caracterizada como la presencia de uno o más agentes de una fuerza de seguridad en un determinado lugar, en forma continua y fija y por un tiempo indeterminado. La tarea asignada a la consigna policial (como veremos más adelante) puede estar más o menos definida, pero siempre se vinculará con la internación de una persona por motivos de salud mental. En el campo de ese tipo de internaciones, la tarea se encuentra asociada a un usuario o usuaria de los servicios de salud mental que cursa una internación -en general- involuntaria. Los motivos por los cuales se establece una consigna policial en estas situaciones pueden variar y, por eso, resulta necesaria la descripción de sus diferentes recorridos burocráticos.

Si bien la presencia policial en instituciones de salud mental no es un fenómeno exclusivo de los últimos años, su incremento exponencial torna conveniente su análisis en el período que inicia en el año 2020, cuando dicho fenómeno se empezó a problematizar por los organismos de actuación de la defensa pública.

En el presente artículo se pretende realizar una descripción de la actuación de las fuerzas de seguridad, particularmente la Policía de la Ciudad, en el mencionado rol de consigna respecto de personas internadas por motivos de salud mental en instituciones de la Ciudad de Buenos Aires, junto con la trayectoria burocrática administrativa y judicial por la cual aparecen en escena y las vinculaciones con equipos de salud y personas internadas. Para ello, se relevarán diferentes fuentes que van desde la observación directa de agentes de la defensa pública que cumplen la función prevista por el artículo 22 de la Ley 26.657 hasta el relevamiento de documentación, que incluye informes de equipos de salud, presentaciones de la defensa, documentos elaborados por las fuerzas de seguridad y resoluciones judiciales.

Posteriormente, se analizarán las estrategias de intervención conducidas por la defensa pública que actúa en favor de las personas internadas por motivos de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires y los resultados obtenidos. Allí también se analizarán los estándares introducidos por la Resolución S.E. 6/23 del Órgano Nacional de Revisión de Salud Mental.

Como consideraciones finales, se abrirán interrogantes que exploren la vinculación entre la creciente presencia policial en la internación por salud mental con los discursos y tensiones propios de ese campo y los de los campos penal y policial.

## Procesos penales e internaciones por salud mental

En primer lugar, es necesario generar una descripción de los casos que vinculan el curso de un proceso penal con la internación de una persona por motivos de salud mental. En este marco, nos encontraremos con dos grupos de situaciones: las personas que son declaradas inimputables y aquellas personas imputadas (o sindicadas, por lo menos), pero cuyo proceso penal se suspende por presentar una incapacidad procesal sobreviniente.

El artículo 34, inciso 1º del Código Penal determina la posibilidad de que cuando se verifica la causal de inimputabilidad sobre una persona se puede ordenar su encierro forzoso en un establecimiento adecuado hasta que se compruebe que ha desaparecido el “peligro”. Estas medidas han sido tradicionalmente denominadas “medidas de seguridad” y las prácticas históricas determinaron que dicho encierro se cumpla general y mayoritariamente en establecimientos penitenciarios y con control de juzgados con competencia en ejecución penal. Un cambio en la jurisprudencia del fuero penal fue girando desde esta práctica a la imposición de medidas

de seguridad con control de juzgados civiles, para luego empezar a sustituir las medidas de seguridad y decidir la internación de personas en efectores de salud y remitir el caso a juzgados civiles y para, finalmente -en una gran cantidad de casos- ordenar una evaluación interdisciplinaria de acuerdo con la ley 26.657 (art. 20) y el Código Civil y Comercial de la Nación (art. 42).

En el otro supuesto, cuando una persona se enfrenta a un proceso penal pero presenta una problemática de salud mental o una discapacidad que le imposibilita o dificulta el ejercicio de su defensa en juicio, se lo ha de colocar dentro de la categoría específica de “incapacidad sobreviniente” (art. 77, CPPN y 35, CPPCABA). Ello implica la suspensión del trámite del proceso hasta que se pueda reiniciar y continuar su curso o se adopte una decisión que le ponga fin. En lo que nos interesa ahora, si las condiciones de la persona imputada lo hicieran necesario, el juez o jueza penal tiene la facultad de ordenar la internación.

A partir de eso, se pueden desarrollar varias posibilidades. En algunos casos, la situación de detención de la persona (quien todavía no se encuentra indagada o a quien no se le han formalizado cargos y, por lo tanto, no se ha ordenado su prisión preventiva, pero continúa detenida) se prolonga en una mixtura con una internación por motivos de salud mental y su control es ejercido por el propio juzgado penal. En otros supuestos, en casos de personas que vienen cumpliendo una detención porque se le ha impuesto una prisión preventiva, dicha medida cautelar cesa para dar lugar a lo que se denomina una “reclusión provisional”, también con control de un juzgado penal.

También se puede dar la posibilidad de que la internación ordenada implique el cese (temporario) de la función jurisdiccional (penal) sobre la persona y se encomiende el control de esa medida de internación a un juzgado civil.

Por otro lado, en una menor cantidad de casos, se puede ver que la problemática de salud mental y/o consumo problemático de sustancias o la discapacidad de la persona puede ser justificante para que la persona sea internada en un dispositivo de salud, pero ello no modifica su situación procesal. En dichos casos, la persona continúa detenida sin una suspensión del proceso por incapacidad sobreviniente, sino que la detención o prisión preventiva se hace efectiva mediante el formato de una internación. También se han verificado casos donde la persona ha de cumplir parte de su condena en un dispositivo de salud (extramuros).

Casi en la totalidad de estas situaciones, se ha constatado la presencia de personal policial en el cumplimiento de función de consignación. Incluso en los casos de personas que son trasladadas por

personal policial con el otorgamiento de su libertad y para evaluación interdisciplinaria se ha verificado la permanencia de la consigna. Esto último se debe a que la consigna puede ser dispuesta por autoridad judicial con diferentes alcances: a) sólo al efecto del traslado de la persona al efector de salud; b) hasta que se realice o finalice la evaluación interdisciplinaria; c) hasta que el equipo de salud determine que no es necesaria; d) hasta que ordene judicialmente su cese; o d) sin tiempo determinado.

Sin perjuicio de que el análisis de este artículo se centrará en las internaciones por salud mental que no tengan una vinculación con procesos penales, es necesario realizar un breve recorrido de la relación entre procesos penales e internación para poder exponer una variable del campo en análisis que permita, luego, formular interrogantes sobre la intersección del campo penal y el de salud mental. Por otro lado, también es importante debido a que es muy común el supuesto en que, una vez finalizada la jurisdicción penal, se mantenga la consigna policial pero se traslade su control desde el órgano jurisdiccional penal al civil.

## Prácticas policiales respecto de personas detenidas

Desde el campo penal puede afirmarse la existencia de un conjunto de prácticas desarrolladas por las fuerzas policiales cuando se trata de personas detenidas en el marco de un proceso penal. Por el momento, sólo es necesario detenerse en algunos de los circuitos producidos cuando la persona detenida requiere de atención en salud que -por cualquier razón- no le es brindada en su lugar de detención (comisaría, alcaldía o inclusive en ámbito penitenciario).

En estos supuestos, la persona es trasladada a un efector de salud, pero su “calidad de detenido” no desaparece. Por ello, las fuerzas de seguridad, sea por orden judicial o por decisiones autónomas (reglamentarias o no), proceden a tomar recaudos para asegurar que no haya un cese de hecho de esa detención (lo que vulgarmente puede ser denominado como “fuga del detenido”).

Durante el tiempo que se prolongue la atención en salud, la fuerza policial acompañará de forma cercana y permanente a la persona detenida, adoptando las medidas que estime pertinentes o necesarias para evitar cualquier hecho que puedan catalogar como “incidentes” con la seguridad de la persona, de sí mismos o terceros. Para ello, se ha desplegado, además de esta función de “custodio”, la función del “esposamiento”, sea de sus miembros superiores e

inferiores entre sí, como de sus miembros a objetos inmóviles<sup>1</sup>.

Tener en mente estas prácticas vinculadas a la detención de personas en procesos penales será necesario, posteriormente, para analizarlas cuando se presenten ya no con personas detenidas, sino con personas internadas por motivos de salud mental.

## Internaciones por salud mental en hospitales generales y consignas policiales

Los procesos penales previos o concomitantes a la internación no son la única causa de las consignas policiales en el campo de la internación por motivos de salud mental. Un caso bastante común donde se percibe la presencia policial son las internaciones que inician o se llevan adelante en hospitales generales<sup>2</sup>. Estas internaciones pueden o no encontrar vinculación con un proceso penal. En este acápite, abordaré aquellas que inician por evaluación interdisciplinaria de un equipo de salud, pero que no se han fundado en el requerimiento de un órgano del fuero penal. Para ello es necesario comprender las diferentes características de las internaciones por motivos de salud mental en hospitales generales de la Ciudad de Buenos Aires.

Una gran parte de los hospitales generales no cuentan con salas de internación por salud mental. En dichos efectores, cuando un equipo de salud de guardia decide la internación involuntaria de una persona, ella permanece en el servicio de guardia hasta tanto se habilita la posibilidad de que sea derivada para continuar la internación en otro servicio u otro efector de salud.

Para comprender las características del funcionamiento de la consigna policial en estos casos, es necesario primero conocer la forma en que se desarrolla esta internación en servicio de guardia. Allí, la internación de la persona puede prolongarse desde unos días hasta semanas y se han registrado casos de personas que

---

1 Estas prácticas difícilmente resultan extrañas a cualquier operador y operadora del sistema de justicia penal. En gran parte han proliferado y se han arraigado en el tratamiento de personas detenidas, con un cierto grado de naturalización del sistema penal, encontrando límites cuando se lo ha catalogado como práctica abusiva. Por ejemplo, cuando se interpuso una acción de habeas corpus (Juzgado Nacional en lo Criminal y Correccional N° 50, CCC 65990/2023, 22/11/2023).

2 Para tener una noción del problema, la Unidad de Letrados Art. 22, Ley 26.657 extrajo una estadística de mediados de febrero a mediados de marzo del año 2023, la cual arrojó que, sobre 92 comunicaciones de internaciones involuntarias en hospitales generales, 32 de ellas ingresaron con consigna policial o con pedido de consigna.

después de un mes todavía continuaban internadas en guardia a la espera de una cama en otro efector. La internación se cursa generalmente en un box<sup>3</sup> y también se han entrevistado personas cuya internación en guardia se desarrollaba en el pasillo del servicio. Las personas no duermen en camas, sino en camillas. Por otro lado, una de las características principales es que no hay un equipo de salud que pueda hacer un seguimiento del tratamiento y que pueda evaluar periódicamente la persistencia de los motivos que justifican la internación, sino que se trata de equipos rotativos que cambian cada día. Sin perjuicio de las diversas medidas terapéuticas que llevan adelante estos equipos de salud, muchas de las estrategias de intervención o cursos de acción se ven obligatoriamente reducidos a la solicitud y periódico reclamo de la derivación a otro efector (en general, hospitales monovalentes).

En algunos casos, se ha relevado que está situación adquiere (a veces, transitoriamente; a veces, en forma más definitiva) otra variante y la persona es internada “fuera de área” (esto es, en un servicio de internación que no es de salud mental, pero que “acepta” la internación mientras el tratamiento queda a cargo de un equipo de salud mental). Si bien la situación parece adecuarse parcialmente, la internación “fuera de área”, los equipos tratantes -del servicio o de salud mental- han manifestado la insuficiencia o inadecuación de las condiciones de internación, también en términos infraestructurales y ante la falta de especialidad del servicio de enfermería.

Por otro lado, también hay hospitales que tienen salas específicas para internación por motivos de salud mental y tienen la capacidad para conducir tratamientos en internación cuando cuentan con camas disponibles para ello. Cuando no cuentan con camas disponibles, las prácticas se asemejan a las internaciones en servicios de guardia o fuera de área.

La frecuencia de presencia policial como consigna de personas internadas se podrá clasificar a partir de estos supuestos. Mientras que es menor la frecuencia en salas específicas de internación, se incrementa en las internaciones “fuera de área” y se vuelve una práctica muy asidua en todas las instituciones de salud cuando se trata de internaciones en servicios de guardia. Respecto a este último supuesto, se ha empezado a arraigar la práctica de requerir la presencia o permanencia de una consigna policial en el mismo momento que se cursa la comunicación de la internación involuntaria (a las 10 horas, de acuerdo con el artículo 16, ley 26.657).

---

<sup>3</sup> Habitación de pequeñas dimensiones donde se pueden encontrar una o más camas, en algunos casos sin puerta o baño particular, sin capacidad para recibir visitas de forma cómoda y tampoco tiene consultorios u oficinas.

## Fundamentos de la consigna policial en internaciones por salud mental

En los casos de personas internadas (detenidas) como consecuencia de un proceso penal, la justificación de la presencia policial se fundaría (con mayor o menor nivel de explicitación) en el custodio de la persona para evitar su fuga. Diferente es el caso de las internaciones civiles.

En las internaciones por salud mental (civiles), no suele haber una intervención judicial previa, sino que la intervención es posterior y como consecuencia de la comunicación a la que obliga la ley 26.657 en su artículo 16. En una reducida cantidad de casos, podrá verificarse una intervención judicial previa en los casos de pedidos de evaluación compulsiva (art. 42, CCCN). Por ello, en general, se puede verificar que es el equipo de salud quien requiere a la autoridad judicial que asigne una consigna policial.

En muchos casos, no hay una expresión de los motivos de la solicitud de la consigna. En otros casos, se hace mención a locuciones tales como “hasta que se pueda efectivizar su traslado a otra institución”, “para resguardo de la integridad del paciente”, “dado que el hospital no tiene sala de internación por salud mental” o “ausencia de acompañamiento familiar”. En otros casos, se han dado una mixtura de estas razones.

En el caso de “MSMM”<sup>4</sup>, internada en un hospital general y por quien todavía no se había habilitado la cama de internación en un hospital monovalente, se solicitó la permanencia de una consigna debido a ello y al “riesgo de que la paciente incurra en abandono del tratamiento e institución, y la necesidad de preservar su cuidado, el de otros pacientes, profesionales y establecimiento”.

En el caso de “FTL”<sup>5</sup>, un hospital con sala de internación por salud mental solicitó la permanencia de consigna policial “ante la imposibilidad de garantizar acompañamiento familiar [...] hasta que cese la situación de riesgo para si y/o terceros”. En el mismo caso, en un diferente momento, el equipo de salud informó que “se requiere colaboración de la policía para la administración [de la medicación]”. Posteriormente, el equipo de salud informó que:

Considerando que es necesario garantizar la permanencia de la paciente en el servicio, solicitamos que se asignen los recursos

4 Juzgado Nacional en lo Civil N° 76, expediente N° 59202/2023.

5 Juzgado Nacional en lo Civil N° 106, expediente N° 68931/2023.

humanos necesarios para efectivizar un acompañamiento permanente pudiendo el mismo estar a cargo de acompañantes terapéuticos. Hasta la instauración de dicho recurso, se solicita el mantenimiento de la consigna policial.

En el caso de “AYS”<sup>6</sup>, un hospital general sin sala de internación requirió la consigna policial debido a que “el paciente presenta riesgo cierto e inminente para sí y/o para terceros y ha tenido numerosos intentos de abandonar la internación, superando la capacidad de este hospital y su red sociofamiliar”.

## Desarrollo de la consigna

Cuando una persona cursa una internación involuntaria y se le ha impuesto una consigna policial, esta última puede asumir varias modalidades de intensidad. Por ejemplo, en algunos servicios del Hospital “Dr. José T. Borda” las consignas policiales (y pueden ser varias en un mismo momento) pueden permanecer fuera del servicio y cuando las personas internadas salen de permiso o se trasladan a otro servicio de internación, la consigna acompaña este movimiento. Mientras la persona se mantiene dentro del servicio de internación, el o la agente de policía que cumple la función de consigna no desarrolla tarea específica.

En otros casos, cuando la persona se traslada, la consigna se mueve con ella siguiendo todos sus movimientos. En algunos intercambios mantenidos con los agentes de policía, han informado que tienen el mandato de no perder de vista a la persona, ni siquiera cuando va al baño, por lo que le solicitan que deje la puerta entreabierta. Esta práctica se ha relevado en el caso de personas detenidas en hospitales y también de personas internadas.

Una de las expresiones más comunes de parte de los y las agentes de policía que cumplen con la consigna en internaciones, al ser indagados por su presencia allí, es que les fue ordenado por la comisaría en la cual se desempeñan y que ello debió haber sido ordenado por una autoridad judicial competente. Al indagar cuál es esa autoridad competente o cuál es la orden específica que deben cumplir, su respuesta confirma el desconocimiento de ello o se reduce al remitir al área de Judiciales de la comisaría. Tampoco pueden identificar y expresar cuáles son las características específicas de su función o su extensión, sino que dan respuestas que versan sobre brindar apoyo a los equipos tratantes o evitar que las personas se vayan del lugar hasta que haya una orden en contrario de la autoridad judicial competente.

---

6 Juzgado de Familia de Feria N° 106, expediente N° 1474/2024.

De esa manera, nos podemos encontrar con situaciones en los que los agentes de policía han interpretado que la consigna se fija para cumplir con todos los objetivos antes expresados por los equipos de salud: evitar la fuga y proteger al personal de salud y terceros y al patrimonio y para ello, entonces, no puede permitir que la persona egrese del lugar de internación sin una orden en contrario de autoridad competente. En algunos casos, ello ha significado que los agentes policiales han obstaculizado salidas de la institución para interconsultas, permisos terapéuticos e, incluso, el alta de internación de la persona o el abandono del tratamiento en caso de internaciones voluntarias.

Los servicios de internación son, generalmente, espacios reducidos y cerrados donde las personas desarrollan casi todos los aspectos de su vida mientras permanecen internadas. Cuando en un mismo servicio se empiezan a alojar varias personas que tienen consigna policial, estas se empiezan a acumular. En diferentes visitas institucionales de la defensa pública a través del tiempo se ha podido constatar la presencia de seis (o más) policías de forma permanente en un servicio de internación. La presencia permanente de agentes policiales, en mayor o menor medida, derivó en la asignación de espacios comunes que antes eran ocupados por las personas internadas.

A ello se suma que la función de consigna policial de una persona internada/detenida puede ser cumplida por más de un agente policial. En algunos casos de mujeres detenidas o internadas en guardias de hospitales generales, se ha empezado a ver la presencia de dos agentes de policía mujeres. En el caso de “M”, detenido en el marco de un proceso penal federal en un hospital monovalente, se le había impuesto una consigna policial que constaba de cuatro agentes de la Policía de Seguridad Aeroportuaria en todo momento, que se sumaban a otros dos policías que se encontraban como consignas de otros dos usuarios internados en el mismo servicio.

En cuanto a la imagen, los agentes policiales en función de la consigna policial portan el uniforme correspondiente y también portan su arma reglamentaria. En algunos casos aislados, también se ha notado la presencia de personal policial con mayor cantidad de equipo (chalecos antibalas, por ejemplo). Algunos equipos de salud han requerido a la fuerza de seguridad que el personal policial se vista de civil con el objetivo de que sea menos intimidatorio.

También se ha requerido que no porten armas de fuego dado el riesgo que ello importa para la integridad física y psíquica de todas las personas presentes, pero ello no se ha logrado. En cuanto a la portación de armas, en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear” se evidenciaron dos situaciones diferentes

donde agentes de policía habían dejado su arma de servicio sobre una mesa de un espacio común que compartían dos diferentes servicios de internación. Cuando se les preguntó sobre el riesgo que representa, una de las agentes respondió que contaba con el entrenamiento suficiente para garantizar que ninguna persona pudiese tomar el arma de fuego, mientras que el otro agente de policía sólo se disculpó por el “incidente”.

## Los equipos de salud y las consignas policiales

La información recolectada permite afirmar que no hay una posición única y definida de todos los equipos de salud que intervienen en internaciones por salud mental sobre la presencia de consignas policiales, sino que las opiniones varían de acuerdo al tipo de institución donde trabajan.

Algunos equipos de salud han manifestado situaciones incómodas o desagradables cuando la policía traslada a una persona a un servicio de salud para ser evaluada. Mayormente se ha informado un alto nivel de autoritarismo en el ejercicio de la función policial y una baja predisposición al diálogo y al acuerdo en estrategias de intervención. En otros casos, los equipos de salud han manifestado que el personal policial no brinda respuesta a los requerimientos de colaboración.

Hay equipos de salud que han expresado que la consigna policial no cumple nunca una función terapéutica. En esa línea argumentativa sostienen que la consigna policial no es parte del proceso terapéutico, ni necesario a tal fin. Ello implica que puede darse la posibilidad de que requieran la remoción de la consigna en forma inmediata o, por el contrario, consideran que no es parte de su función requerir el cese de la presencia policial, sino que es una decisión judicial y es la autoridad judicial la que deberá decidir sobre su continuación sobre la base de sus propios criterios de actuación.

Otros equipos de salud solicitan la presencia policial en forma asidua bajo el argumento de la falta de acompañamiento de la persona. Esto es más común en los servicios de guardia de hospitales generales. En algunos casos, en conversaciones informales, los equipos de salud han manifestado que las consignas policiales muchas veces cumplen “casi con la función de acompañamiento terapéutico para los pacientes”. También han manifestado que la presencia policial viene a llenar una falta de recursos humanos de salud y que esto constituye una falta de alternativas (“o es la policía o no hay nada”). Para graficar esta circunstancia se puede recurrir al caso “JF”, quien se encontraba internada en la sala de

salud mental de un hospital general con consigna policial. El equipo de salud requirió al juzgado civil interviniente que se autorice a la consigna policial a acompañar a la persona internada y su referente afectivo a concurrir a una junta evaluadora para la obtención del Certificado Único de Discapacidad.

En otros servicios de internación, las quejas de los equipos tratantes se dirigen a los agentes de policía que no cumplen con las indicaciones terapéuticas o cuando se da una toma de decisiones autónomas de parte de los y las agentes de policía que no tiene en consideración el marco terapéutico de la internación. Se ha expresado que la policía entabla vínculos inadecuados en el marco de la función asignada con las personas usuarias internadas; e, incluso, usuarios y usuarias han relatado sobre consejos o sugerencias formulados por los agentes de policía con relación al tratamiento.

## Prácticas policiales, excesos y violencia institucional

En el ejercicio de la defensa de personas internadas, se han relevado diversas acciones de las fuerzas de policía que constituyen situaciones de violencia institucional. Estas acciones pueden revestir diferente gravedad y son también representativas de otras acciones que todavía no han sido documentadas.

En el caso de “AG”<sup>7</sup>, quien se encontraba internado en el Hospital “Dr. José T. Borda”, se solicitó la asignación de una consigna policial luego de que él denunció una situación de abuso sexual allí. Uno de los agentes de policía denunció que, supuestamente, AG junto a otro usuario allí internado intentaron agredirlo con un elemento cortante y por eso debió descargar su arma de fuego contra el suelo para detener esa agresión. Los dos usuarios fueron denunciados por tentativa de homicidio (contra el agente de policía) y posteriormente AG fue sobreseído por inimputabilidad.

En el caso de “CT”<sup>8</sup>, una persona internada en una sala de salud mental de un hospital general, el equipo de salud informó que la policía permanentemente lo esposaba a la cama, en contra de las indicaciones terapéuticas, argumentando que se encontraba detenido en un proceso penal. Los agentes policiales se negaban a identificarse formalmente. Sin perjuicio de que se pudo determinar que el proceso penal alegado había finalizado hacía un año y ello

7 Juzgado Nacional en lo Civil 7, expediente N° 51655/2022.

8 Juzgado Nacional en lo Civil 7, expediente N° 104276/2022.

fue puesto en conocimiento de la fuerza policial, el esposamiento cesó recién cuando hubo una orden de autoridad competente.

En el caso de “KR”<sup>9</sup>, internada en el box de guardia de un hospital general esperando su derivación a otro hospital, las agentes de policía que cumplían la función de consigna (dos a la vez) decidían autónomamente esposar a la usuaria a la camilla en forma permanente, sin la indicación del equipo tratante de una contención, argumentando que su responsabilidad era que la persona no se escape de la internación (sabiendo que la persona no se encontraba detenida) y que si ello sucedía era posible que se les abriese un sumario administrativo. También argumentaron que el esposamiento respondía a que la usuaria era violenta y había agredido con anterioridad a otra agente de policía.

Hay otro grupo de situaciones que se presentan con las consignas policiales que versan en maltratos verbales dirigidos a las personas internadas. Otras situaciones se vinculan con la mala relación que las personas internadas pueden tener con la institución policial. Algunos usuarios y usuarias que se encuentran en situaciones prolongadas de calle han manifestado ser víctimas de hostigamiento policial en la vía pública y la imagen policial ahí adentro les resulta incómoda y hasta revictimizante. En otros casos, personas internadas han denunciado que la policía generó situaciones de conflicto y luego las detuvo bajo alguna “causa armada”, lo que luego las condujo a la internación, por lo que la presencia policial sólo les causa desconfianza independientemente del profesionalismo con el que pueden conducirse en la internación o de si siquiera advertir su presencia.

Otro caso que es necesario relatar es el de “ACL”<sup>10</sup>, quien transitó un internamiento forzoso luego de ser declarado inimputable por un poco más de 4 meses en el Hospital “Dr. José T. Borda” con consigna policial. El usuario decidió abandonar el tratamiento en contra de la opinión del equipo de salud y se retiró del hospital incluso con la consigna policial presente. Luego de dos semanas, uno de los agentes de policía que cumplió la consigna alegó haberlo reconocido en la calle e interpretó que se había “fugado”, por lo que procedió a su detención. El usuario transitó una detención en comisaría durante casi tres días hasta que fue evaluado en el Hospital “Dr. José T. Borda”, se decidió que no debía ser internado y recién ahí se le otorgó la libertad.

También se pueden verificar situaciones donde la violencia procede en el mantenimiento de una internación que ya no se justifica

---

9 Juzgado Nacional en lo Civil 88, expediente N° 99399/2023.

10 Juzgado Nacional en lo Civil 87, expediente N° 79457/2022.

mediante el uso de la consigna policial. En el caso de “JSO”<sup>11</sup>, el usuario se encontraba imputado en el marco de una causa penal pero en libertad, y se lo había conducido al Hospital “Dr. José T. Borda” para que se evaluara si correspondía su internación por salud mental. El fiscal a cargo de la investigación había ordenado una consigna policial en el hospital para evitar la fuga del imputado y garantizar que se llevara adelante un tratamiento por el tiempo necesario y se negaba a levantarla, sin perjuicio de que el equipo de salud consideraba que debía procederse al alta de internación y solicitaba insistentemente el cese de la presencia policial. Ante la negativa rotunda del fiscal, se requirió a la defensa penal y al juzgado penal que intervinieran al respecto, mientras que se requirió al juzgado civil de control de internación que ordenara el cese de la medida. Eventualmente, la consigna policial se retiró, sin que se pudiese determinar con claridad cuál de todas las acciones o las autoridades consultas emitió la orden de cese.

## El posicionamiento de la Policía de la Ciudad ante la consigna policial

Resulta interesante en este punto cuál ha sido el posicionamiento de la fuerza policial, especialmente el de la Policía de la Ciudad al respecto de consignas policiales.

Durante los últimos tiempos y particularmente luego del “incidente” de “AG” en el Hospital “Dr. José T. Borda”, varias comisarías han requerido a la autoridad judicial el cese de la consigna policial. Con ese fin, han argumentado diferentes cuestiones, entre ellas: la consigna se desarrolla “fuera del radio jurisdiccional de la comisaría”; el hospital cuenta con “las instalaciones y el personal calificado para tratar tales afecciones” (que presenta determinada persona); el “excesivo caudal de requerimientos de consignas fijas de la dependencia”; la “presencia de los oficiales dentro de dichas instalaciones presenta un riesgo tanto para el mencionado como para el resto de los pacientes tratantes por la utilización de armamento propio de sus funciones”; “las consignas policiales implican un recurso humano que es tomado del despliegue territorial de las comisarías para la seguridad de la CABA y es asignado a [un] caso”; y “el personal policial no se encuentra capacitado ni posee los elementos acordes para intervenir ante un “brote o intento de fuga””. En un caso, entre otros argumentos, la policía solicitó que “[...] se analicen los alcances de las consignas comprendidas den-

<sup>11</sup> Juzgado Nacional en lo Civil 86, expediente N° 21941/2020.

tro de “salud mental” en donde los afectados no se encontrarían en carácter de detenidos”.

A partir del caso “AG”, en varias ocasiones, la Policía de la Ciudad solicitó a la autoridad judicial el cese de la consigna policial y para ello argumentó<sup>12</sup>:

- “[...] el ingreso de personal policial armado a una institución de tratamiento neuropsiquiátrico genera una situación de vulnerabilidad y riesgo inminente para la vida e integridad física del personal policial y posibles terceros [...]”;
- “[...] lo contraproducente que resulta el uso del uniforme y armamento asignado para la cobertura del servicio, dado que la imagen del orden impuesta logra alterar a los pacientes alojados logrando desencadenar en situaciones de extrema conflictividad [...]”;
- “[...] Tal como surge del Dictamen 366/2022 emitido por la Dirección de Autónoma de Asuntos Jurídicos de la Policía de la Ciudad de Buenos Aires es menester resaltar que “el personal policial no se encuentra capacitado profesional ni emocionalmente para afrontar el cuidado de personas que sufran enfermedades mentales. Por ello, el tratamiento y seguridad de tales pacientes dentro del nosocomio, sería materia exclusiva y excluyente de los integrantes del equipo interdisciplinario encargado abordar la problemática existente [...]” y “[...] el capital humano de la Policía de la Ciudad no resulta idóneo para cumplimentar la cobertura de consignas en casos como el traído a estudio, entendiendo que su intervención debería limitarse a brindar seguridad desde el traslado hasta la efectiva internación conforme surge del análisis del artículo 42 de del C.C. y C.N [...]”.

## Acciones desarrolladas desde la defensa pública de personas internadas por salud mental

Desde la defensa pública se han conducido un gran número de acciones respecto a las consignas policiales. Para determinar la estrategia es necesario pensar en la cantidad de variables que se han desarrollado en el segmento anterior y pensar la defensa pública regulada en el artículo 22 de la ley 26.657 y 47 de la ley 27.149 en la complejidad de su intervención, de la población a la cual asiste y su inserción en el campo de la salud mental.

<sup>12</sup> Juzgado Nacional en lo Civil 82, expediente N° 754/2024.

La primera acción de la defensa pública, al comenzar su intervención con la persona internada, se vincula con la visita para evaluar sus condiciones de internación y consultar su voluntad, si ello fuese posible. A partir de ahí, con relación a las consignas policiales, es necesario poder identificar su presencia. Ello puede presentar problemas dado que, como se dijo, en algunos casos los agentes de policía se encuentran utilizando vestimenta civil o no se encuentran dentro del servicio o se retiran momentáneamente.

Es necesario tener en cuenta también que, cuando se trata de personas que fueron declaradas inimputables y cesó su detención, pero continúan internadas por motivos de salud mental, el traslado de la consigna policial del proceso penal al proceso civil no siempre es expresa, sino que muchas veces se infiere como una consecuencia del cese de la jurisdicción penal. Por ello, tampoco es posible siempre verificar la presencia de una consigna policial a través de la documentación que se pueda remitir a la defensa en forma previa y con el objetivo de la preparación de la intervención inicial en el lugar de internación.

Al tomar conocimiento de la presencia de una consigna policial, una de las primeras acciones es verificar con la persona asistida sobre el desarrollo de la consigna y la conducta de los y las agentes policiales que la cumplen. En esta etapa también se releva la opinión de la persona con respecto a la presencia policial más allá de la existencia de eventos que pudiesen ser denunciados.

Por otro lado, el accionar de la defensa busca determinar la posición del equipo de salud a cargo del tratamiento con respecto al agente policial. En el caso de que el equipo de salud considere que la consigna no tiene justificativo, se le requiere la elaboración de un informe para solicitar ello de la forma más expeditiva posible a la autoridad judicial. En el caso de que el equipo considere que no es su función determinar el cese de la consigna o que considere que es necesaria la continuación de la consigna, se advierte que se requerirá un pedido de informe para que brinden una justificación formal a la presencia policial.

A partir de aquí, a los fines de los pedidos de informe, se catalogará a la presencia policial como un agravamiento de las condiciones de internación y una restricción más a la libertad de la persona en el marco de la internación. Por ello, para mantener la consigna policial, el equipo tratante deberá sostener cuál es el fundamento terapéutico que le asigna a la consigna.

Mediante esta medida también se pretende promover un control jurisdiccional de la consigna policial requiriendo que sea el juzgado civil de control de la internación quien efectúe un control periódico de la medida y que sea también quien ordena la im-

plementación de la consigna y su cese. El control judicial deberá ser un control eficaz y para ello es necesario que pueda clarificar cuándo no hay un motivo suficiente para otorgar la consigna policial, cuándo deberá cesar y qué medidas deben ser conducidas para alcanzar su reemplazo rápidamente.

El trabajo de la defensa en esta materia no finaliza con la orden judicial de cese de la consigna, sino que es necesaria la verificación de la notificación del cese a la fuerza policial actuante y la comprobación de que la consigna policial ya no se encuentra presente en el lugar. En numerosos casos se ha verificado una demora entre que se ordena y notifica el cese hasta que se cumple, y ello se torna más relevante cuando la consigna obstaculiza el proceso terapéutico de cualquier manera, pero particularmente cuando obtura el alta de la persona.

Muchas de los conceptos y medidas aquí expuestas adquieren un nuevo fundamento en el “Documento sobre el uso de consignas policiales en el marco de internaciones por salud mental” del Órgano de Revisión de Salud Mental (Resolución S. E. 6/23)<sup>13</sup>. Ese documento resulta una pieza fundamental para trazar los estándares de derechos humanos en la materia, en tanto: (a) se enfatiza en la excepcionalidad del uso de consignas policiales en el campo de las internaciones por salud mental y en que la consigna implica un agravamiento de las condiciones de internación; (b) se persigue el fin de la erradicación de la práctica del esposamiento en la internación; (c) encomienda a las autoridades sanitarias que se garanticen las condiciones adecuadas de internación por salud mental; (d) clarifica todas las medidas necesarias para garantizar un control jurisdiccional eficaz de las medidas de consigna policial.

A partir de ahí, se empieza a presentar la necesidad de generar una estrategia de intervención que proponga a los juzgados civiles la aplicación de estas recomendaciones en forma específica como un estándar de actuación. Se pueden enunciar algunos precedentes judiciales recientes que empiezan a construir una jurisprudencia que requiere de profundización.

En un caso, el juzgado civil de control de internación resolvió:

[...] aplicar las recomendaciones elaboradas en el Documento “Uso de consignas policiales en el marco de internaciones por salud mental”, aprobado por el Órgano de Revisión de Salud Mental (Resolución SE 6/2023); Así, se hace saber que tal recurso se otorga con carácter excepcional. Además, requiérase al equipo de salud del Hospital que: a) brinde un fundamento

13 Ver: <https://www.mpd.gov.ar/pdf/RESOORN23.pdf>

adecuado y actualizado sobre la necesidad de la consigna policial; b) informe sobre las medidas adoptadas para la sustitución de la consigna policial; c) determine la extensión de la función de la consigna policial; y d) informe en forma inmediata cuando la consigna deje de ser necesaria u cualquier otra circunstancia sobre la cual sea pertinente ejercer un control judicial.<sup>14</sup>

En otros casos, más acciones han sido requeridas para que los juzgados civiles cesen las medidas de consigna policial que fueron impuestas por juzgados penales al momento de declarar la inimputabilidad de una persona y ordenar su evaluación compulsiva<sup>15</sup>. Incluso, se ha tenido que solicitar que se cesen consignas policiales aunque la jurisdicción penal no haya cesado en casos de que estas obstaculizan el alta<sup>16</sup>.

En el caso de una persona esposada, también se requirió al juzgado que asumiera el control de la consigna policial más allá que no había sido el juzgado que la ordenó y se ordene cesar la práctica de esposamiento que venía desarrollando la fuerza policial<sup>17</sup>.

## Consideraciones finales

Habiendo brindado un marco de referencia sobre las consignas policiales en el marco de internaciones por salud mental, corresponde abrir algunos interrogantes sobre esta materia.

Una de las primeras cuestiones que se presenta a quien se desempeña en el campo de la salud mental se relaciona con los motivos que hacen a la presencia de consignas policiales. En este sentido, se genera una confrontación entre los motivos por los cuales los equipos de salud suelen requerir consignas policiales y las autoridades judiciales suelen otorgarlas y la realidad de su funcionamiento.

A partir de ahí se puede empezar a indagar si cuando se requiere una consigna policial para evitar el abandono de la internación involuntaria no se está evidenciando que no se encontrarían dadas las condiciones (infra)estructurales necesarias para garantizar una internación involuntaria. Por otro lado, cuando se aduce como

14 Juzgado de Feria de Familia N° 23, expediente N° 69775/2023, resolución del 25/01/2024.

15 Juzgado Nacional en lo Civil N° 10, expediente N° 4521/2024, resolución del 27/02/2024.

16 Juzgado Nacional en lo Civil N° 7, expediente N° 98604/2021, resolución del 30/21/2021.

17 Juzgado Nacional en lo Civil N° 88, expediente N° 65235/2023, resolución del 29/12/2023.

motivo el evitar que la persona internada se produzca daño a sí misma o a otras personas, se puede considerar si no se le estaría requiriendo a la policía que asuma una responsabilidad por cuidados a causa de la ausencia de los recursos terapéuticos necesarios. Por último, cuando la consigna se pretende fundar en la protección de los equipos de salud u otras personas usuarias internadas, cabe preguntarse si no se hablaría de una inadecuación de la infraestructura e insuficiencia del personal de salud.

Ahora bien, si no hay un consenso que permita sostener que las consignas policiales cumplen una función terapéutica, ¿qué hace posible que se pueda sostener que cumplen una función de auxilio o colaboración con los equipos de salud? En el mismo sentido, si se pretendiese enmarcar la función de la consigna en la más amplia tarea de prevención general del delito, nos encontraríamos con la pregunta de por qué es necesaria que la consigna sea fija, permanente e incluso llevada adelante por más de un o una agente policial.

Sostener que la consigna policial carece de un fundamento terapéutico conduce a su interrogación como un mecanismo de vigilancia o custodia de la persona. Para ello, es necesario advertir que el cumplimiento de la consigna versa sobre el seguimiento cercano de la persona a todos lados y el monitoreo de casi la totalidad de sus conductas diarias mientras se encuentra internada. Esa lógica nos conduce a tematizar a la consigna policial como el traslado de las prácticas desarrolladas en el custodio de personas encarceladas al mundo de las personas internadas por motivos de salud mental.

Si, en muchas situaciones, la anuencia de los equipos de salud al cese de la consigna policial coincide con el momento en que se evalúa también el cese de la situación de riesgo cierto e inminente que motivó la internación, no puede no pensarse en una asociación -aunque sea, implícita- entre estas dos circunstancias y, a partir de ahí, en la consigna como el mecanismo necesario para garantizar la internación involuntaria.

Pero también cabe preguntarse sobre las consecuencias implícitas de las consignas policiales. En este sentido, quien inadvertidamente concurra a un lugar de internación por salud mental y perciba que una persona internada se desplaza y permanentemente es monitoreada por un agente de policía que la sigue, difícilmente podrá obviar cualquier pregunta que no responda a una lógica “peligrosista”. No resulta tan lejana entonces la representación del “loco peligroso” (Urios, 2017).

Un nuevo interrogante se plantea al analizar las situaciones descritas por las cuales las consignas policiales obstaculizan las decisiones de los equipos de salud por no contar con una orden de autoridad judicial. Por ejemplo, si una consigna policial obstaculiza el alta

otorgada por el equipo de salud y retiene a la persona más allá de este momento, no sólo se desnaturaliza la internación involuntaria (art. 23, ley 26.657), sino que también la transforma transitoriamente en una medida de seguridad (artículo 34, inciso 1°, Código Penal). A partir de esta imagen, se empieza a trazar nuevamente (o, tal vez, a revivir) la asociación entre peligrosidad y medida de seguridad.

Resta también analizar si el cambio en la jurisprudencia del fuero penal que implicó salir del modelo de la aplicación de medidas de seguridad para personas declaradas inimputables que se cumplen en el ámbito penitenciario y la remisión de esas situaciones al mundo de las internaciones civiles puede implicar también el traslado de la expectativa de tratamiento penal en una confusión con el tratamiento por salud mental. Ello se enrola también en la confusión existente en muchos equipos de salud que, sin conocimientos sobre el sistema penal, deben intervenir en conceptos que le son ajenos y que le generan incertidumbre sobre su accionar y respecto a la plena aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental.

En el marco de todo eso, volvemos a preguntarnos sobre la función policial y necesariamente se genera la inquietud sobre la fácil adaptación de la consigna policial al medio de la internación por motivos de salud mental. En esa línea se inscribe la pregunta por la relación entre los equipos de salud y la presencia policial y cómo los diferentes habitus de cada una de sus prácticas pueden llegar a adquirir un equilibrio en el campo de las internaciones (Pérez Clavero, 2014).

Ello se vincula con la relación innegable en las lógicas de encierro que proveen la cárcel y el manicomio. Si esto es así, ¿qué significa para la perspectiva de derechos humanos que pretende implantar todavía hoy la ley 26.657?

Al proponerse la pregunta sobre la función de vigilancia o custodia de las personas internados por las fuerzas de seguridad que operan como consigna, también es posible indagar sobre la eficacia de su cometido. En más de una ocasión se ha relevado que las personas hicieron abandono de internaciones involuntarias, aun cuando se encontraban presentes en el lugar consignas policiales. Si bien ello, tal vez, no resulte problemático en sí mismo, es necesario analizar si esa ineficacia se podría volver fuente de un relato disciplinador que conducirá a elevar el nivel de vigilancia en el cumplimiento de la función y a la adopción de mayor cantidad de medidas restrictivas y violatorias de derechos en una clara asimilación entre persona detenida por motivos penales y persona internada por motivos de salud mental.

Por otro lado, también podrían formularse varios interrogantes cuando se empieza a evidenciar que la casi totalidad de las consignas policiales se encuentran reunidas en internaciones en efecto-

res públicos de salud (hospitales monovalentes y generales). Casi no se ha reportado la presencia de consignas policiales en efectores privados donde se realicen internaciones por salud mental. Sin perjuicio de eso, de acuerdo con la información suministrada por la Unidad de Letrados Art. 22, Ley 26.657, el 40% de las intervenciones de ese organismo se ha llevado adelante en internaciones en efectos privados<sup>18</sup>.

Por último, si se piensa en la relación de las fuerzas de la seguridad con las poblaciones más vulneradas de nuestra sociedad, se comienza a esbozar una explicación de aquello que ha relevado el Órgano de Revisión en su documento sobre las opiniones de las personas internadas:

La presencia policial en los ámbitos hospitalarios ha sido reportada por usuarios y usuarias como displacentera, antagonista, intimidante y traumática. Sumado a ello, en varias ocasiones se ha sugerido que tiende a reforzar la percepción del encierro en la internación y a desvirtuar el aspecto de salud de la internación, lo que dificulta el proceso terapéutico<sup>19</sup>.

Esto coincide con la opinión expresa de la Policía de la Ciudad sobre sus representaciones sobre la presencia en los lugares de internación, sólo que la “imagen de orden” alegada puede encontrar una mejor representación en las personas internadas bajo las figuras de “hostigamiento” o “abuso policial”. Las menciones de la fuerza policial sobre la falta de entrenamiento para la actuación en situaciones que involucren personas con problemática de salud mental son suficientes para desalentar su intervención, pero es aún más problemático cuando se indaga si esa falta de entrenamiento es la causal de supuestos de abusos y excesos y varias formas de violencia institucional.

Este artículo sólo busca introducir una cuestión que se ha venido presentando durante los últimos años en las internaciones por motivos de salud mental y las preocupaciones que ha generado en los actores que se desempeñan en ese campo. Si bien se han descrito las prácticas a través de diferentes relatos de diversos actores del sistema de salud y del sistema judicial, la perspectiva a través de la cual se ha presentado el tema es el enfoque de la defensa pública.

No se pierde de vista que el desempeño profesional de los y las agentes de policía que han cumplido y cumplen con la función de

---

18 Ver: Informe anual 2023. Defensoría General de la Nación (pág. 95): <https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/Libro%20IA%202023.pdf>

19 Ver: <https://www.mpd.gov.ar/pdf/RESOORN23.pdf>

consigna policial puede ser adecuado, pero las situaciones que se han presentado son significativas y representativas de una práctica estructural que, en cualquier momento, puede provocar perjuicios irreparables. No se pretende agotar la cuestión de las consignas policiales, sino brindar un punto de inicio para su debate y que, a partir de ello, también se habilite el debate sobre otras cuestiones problemáticas del desarrollo de las internaciones por motivos de salud mental.

Por último, es necesario remarcar que el trabajo de la defensa pública resulta esencial para el control de las consignas policiales en las internaciones por motivos de salud mental. No sólo su intervención en las instituciones de salud tiene un efecto de reducción de la presencia policial, sino que también su conocimiento de la cuestión ha conducido al desarrollo de estándares específicos con aplicación de un enfoque de derechos y la elaboración de precedentes jurisprudenciales que construyen prácticas de protección derechos de humanos de las personas internadas por motivos de salud mental y/o consumo problemático y adicciones.

## Bibliografía

Defensoría General de la Nación. Informe anual 2023: <https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/Libro%20IA%202023.pdf>

Órgano de Revisión de Salud Mental. 2023. “Documento sobre el uso de consignas policiales en el marco de internaciones por salud mental” (Resolución S. E. 6/23): <https://www.mpd.gov.ar/pdf/RESOORN23.pdf>

Pérez Clavero, L. 2014. “Control Social de la Salud Mental”. En XI Congreso Argentino de Antropología Social.

Urios, R. A. 2017. “Criminología positivista en los medios: la construcción del ‘loco peligroso’”. En VI Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata.

