

Título: Control de legalidad en institucionalizaciones involuntarias de NNyA por ley 26.657: diálogos entre actores y expedientes

Autor: Guemureman, Silvia

Publicado en: RDF 83, 19/03/2018, 227

Cita Online: AP/DOC/60/2018

(*)

I. Institucionalizaciones e internaciones de niñas, niños, adolescentes y jóvenes

Hace algunos años que viene constatándose un descenso en las institucionalizaciones de índole penal en los dispositivos dependientes de la Secretaría Nacional de Niñez y Adolescencia (SENNAF). Este dato abre una cantidad de interrogantes. ¿Es que realmente descienden las internaciones como consecuencia de la prédica sobre lo nocivo de la internación? ¿Es que ha cambiado la cualidad de las conductas disvaliosas protagonizadas por adolescentes y jóvenes? ¿Qué factores contribuyen a explicar este descenso?

En el año 2012, en una conferencia sobre institucionalización de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (en adelante NNyA), la defensora general de la Nación informó que había aproximadamente 500 chicos institucionalizados en clínicas psiquiátricas y comunidades terapéuticas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta afirmación nos invitó a explorar la índole de las internaciones terapéuticas y psiquiátricas (1) y a revisar el aumento sufrido por estas últimas respecto de la cantidad de personas menores de edad alojadas en dispositivos penales, que para entonces estaba estimada en un tercio de este número (2).

Por lo expuesto, en este artículo el objetivo será presentar una caracterización cualitativa y cuantitativa de las internaciones de NNyA motivadas en razones de salud mental, sean estas estrictamente de orden psiquiátrico o se inscriban en los causales de padecimiento mental que estipula la ley 26.657/2010. A partir de las internaciones y los casos, se activan los procesos de control de legalidad y control de internación y la institucionalidad en juego personificada por los actores que intervienen. Dado que la institucionalidad en torno a la salud mental en tanto padecimiento y la presunción de capacidad como prerequisite es bastante reciente, el entramado normativo e institucional está en vías de consolidación y los actores expresan sus posiciones en torno a las normas, mostrando los alcances, los límites, las resistencias y las tensiones institucionales. Por tal motivo, desde la investigación se buscó componer el panorama del abordaje de la salud mental de NNyA que requieren de medidas excepcionales desde la perspectiva de los actores (jueces de familia, defensores públicos, defensores de la Unidad de Letrados, equipos técnicos de todas las dependencias, funcionarios del órgano de revisión, etc.), y desde el abordaje de los casos en tanto expresión de la diversidad de situaciones que encuentran cobijo bajo el amplio paraguas de la categoría "padecimiento mental". Así, se recuperaron notas de campo, material de expedientes y fragmentos de entrevistas como disparadores de reflexiones que se generan en el proceso de investigación que se realizó en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires desde el año 2014.

II. Institucionalizaciones de NNyA en virtud de la ley 26.657/2010, Ley Nacional de Salud Mental

"Una primera zambullida del campo, me depara una sobredosis de ultra realidad sobre cantidad de cosas que ocurren puertas adentro de las casas, puertas adentro de las instituciones, puertas adentro de los juzgados, de las Defensorías, etc.

Vertebrar todas estas cosas que pasan, e indudablemente pasan bajo el prisma de la ley 26.657, parece algo forzado, pero dejar el papel de la ley como argamasa de una cantidad de problemáticas que antes aparecían dispersas, también sería necio". Nota de campo

La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (en adelante, LNSM) 26.657, sancionada a finales de 2010, explica en grado significativo el alto número de institucionalizaciones de NNyA en clínicas psiquiátricas y comunidades terapéuticas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, CABA). Dicha ley entiende que las adicciones deben ser abordadas en tanto padecimientos psíquicos (3) y, por ende, deben ser afrontadas en forma terapéutica y no penal. Esta conceptualización de las adicciones como enfermedad y no como delito explicó, además, el traspaso de la materia y la competencia que las atiende. En el ámbito de la CABA, las comunidades terapéuticas y clínicas psiquiátricas ya habían sido traspasadas a la CABA en virtud del Acta de Traspaso firmada entre Nación y CABA en 2007, en ocasión de dar cumplimiento a la ley 26.061 de Protección de los Derechos de NNyA (4). Así las cosas, el monitoreo de las internaciones por razones de salud mental (del carácter que fueren) debía ir a buscarse al entramado institucional dependiente de la CABA, y, siendo que el ámbito de competencia se reparte entre salud y desarrollo social, ya el referente no era más el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (CDNNYA) sino el Ministerio de Salud, por un lado, y el Ministerio de Desarrollo Social, por otro. Dentro de estos, las dos Direcciones competentes: la Dirección de Salud Mental y la Dirección de Adicciones, respectivamente.

El recorrido permitió reconstruir un mapa de las internaciones por salud mental inscripto en un archipiélago institucional que imbrica dependencias múltiples, problemáticas disímiles, efectores atravesados por lógicas encontradas que van desde el ideal de la cura, la mera estabilización, la contención, la urgente reducción de daños, el implacable control, la pragmática pretensión de fijar referencias o anclajes o límites. Y así las instituciones combinan lo terapéutico-asistencial, lo psiquiátrico-clínico y lo custodial-securitario. Las dificultades para rastrear a los chicos institucionalizados en virtud de la ley deriva justamente del hecho de que, bajo el paraguas de sufrimiento mental, ingresan también otras categorías: niños con vulnerabilidades psicosociales y problemáticas de diferentes índoles, niños en situaciones de abandonos crónicos que son atendidos por hospitales monovalentes como el Tobar García, niños privados de cuidados parentales alojados en hogares de atención especializada, hogares terapéuticos, niños y adolescentes con problemáticas adictivas etc. El universo de las institucionalizaciones por salud mental es mucho más variopinto que el de las cuestiones penales, aun cuando son potencialmente los mismos chicos que virarán y alternarán con mayor o menor solución de continuidad entre el sistema asistencial y el sistema penal.

El ruter de los NNYA institucionalizados se bifurca en múltiples caminos posibles, y también en múltiples vías de fuga, por eso, luego de explorar caminos, atajos, refugios y huidas, se optó por seguir la vía judicial y los expedientes de control de internación (art. 42 del Código Civil y Comercial) (5) y el control de legalidad de las medidas excepcionales de protección de derechos prevista por la ley 26.061 (6), dictadas en razones conexas a las previsiones de la ley 26.657 (7). La LNSM estipula que toda internación de una persona menor de 18 años en virtud de un padecimiento mental se supone involuntaria (8), por lo tanto, requiere de un control de internación por parte del juez, quien debe constatar que el criterio de internación esté bien fundado y demás requisitos previstos en la ley que concibe esta medida como un medida excepcional y por el menor tiempo posible (9). Asimismo, la internación de un NNyA activa la intervención de una asistencia técnica letrada para la persona menor de edad que atraviesa una situación de internación (10).

III. La descripción del entramado institucional y los actores institucionales intervinientes

"Cada actor, para mi informante clave, contesta desde su rol y desde su intervención cotidiana, es decir, como no atienden solamente casos de NNyA institucionalizados en virtud de la ley de salud mental sobre los cuales deben auditar el tránsito por la internaciones, sino que todos ellos, desde distintos roles y lugares atienden y se ocupan de todo lo que pasa por los juzgados de familia (11), es muy difícil que cuando yo invoco la Ley de Salud Mental, no aparezcan también otros casos de salud mental (art. 42, Código Civil y Comercial), la referencia al 'antiguo' y al 'remozado' art. 482, a discapacidades profundas, a padecimientos irrefutables de pacientes crónicos, cuando no situaciones en que niños muy pequeños vienen de la mano de madres con problemas diversos, y en realidad son emergente de problemáticas familiares mucho más complejas y que vienen de larga data.

"Es difícil en una primera instancia no prestar oídos a todo lo que los actores tienen para decir". Nota de campo.

La decisión de internación la toma un equipo técnico interdisciplinario (12) que interviene cuando llega un caso, sea que esto suceda en hospitales monovalentes —como el Tobar García—, hospitales polivalentes —cualquier otro hospital, o una clínica psiquiátrica o comunidad terapéutica, o clínica u hogar de atención especializada en donde se presente un caso de persona menor de edad que requiera de internación—. No importa cuánto dure la internación, si ella será leve o prolongada, siempre se debe informar al juez de la jurisdicción en que esté radicada la institución que ordena la medida restrictiva.

Es el equipo interdisciplinario (psiquiatra, médico, psicólogo, asistente social) de la institución (hospital monovalente, polivalente, clínica o comunidad terapéutica) el que resuelve el criterio de internación e informa al juez para que confiera legalidad a la medida y active el control de internación. En simultáneo, informa a la Unidad de Letrados creada por el art. 22 de LNSM (13) para que en el lapso de pocas horas envíe un abogado de la Unidad para ofrecer asistencia técnica y patrocinio a la persona internada (14).

Si bien el mecanismo es el mismo en todas las jurisdicciones, el entramado institucional que se va a describir corresponde a la Ciudad de Buenos Aires.

El informe que confecciona el equipo interdisciplinario que dispone la internación debe ser comunicado en simultáneo al juez de familia —garante de legalidad— y a la Unidad de Letrados. Asimismo, en los casos de NNyA en situaciones de vulnerabilidad social, se debe informar al organismo técnico administrativo de la jurisdicción, al CDDNYA. Dicho informe debe contener elementos que los jueces observan a fin de sopesar si la medida estuvo bien tomada. Especialmente, se connota si el criterio de internación está bien fundamentado, si el riesgo cierto e inminente existe y si el informe está firmado por un equipo interdisciplinario (15).

En el caso de la Unidad de Letrados, la pretensión es que el NNyA tenga un abogado que defienda

estrictamente sus intereses, aun cuando estos estén contrapuestos a los intereses de sus progenitores (esto sucede mucho en casos de consumos abusivos de sustancias tóxicas) o en abierta contradicción con el dictamen elaborado por la clínica, hospital o comunidad terapéutica que realizó el informe.

Este abogado es el abogado de la persona interesada, que debe velar por sus intereses e interponer los recursos necesarios [\(16\)](#) en tal sentido, es distinto del defensor público oficial que tomará intervención en la sede judicial.

Una vez que la medida de internación goza de legalidad, es necesario monitorearla. El juez debe recibir informes con una periodicidad no mayor a treinta días [\(17\)](#).

Además del juez, intervienen otros actores: el defensor público de menores e incapaces y el tutor, en caso de que la persona menor de edad lo requiera o no haya familia.

A estos actores de rango de funcionarios deben añadirse los profesionales de los respectivos equipos técnicos: hay equipo técnico interdisciplinario en la Unidad de Letrados, que está integrado por un psiquiatra, una trabajadora social y dos psicólogas; y también profesionales del trabajo social y del campo "psi" en los juzgados de familia, en las defensorías públicas de menores e incapaces y en las curadurías/ tutorías.

Es decir que hay asistentes sociales en los juzgados, las defensorías y las curadurías/ tutorías. Es importante identificar estas figuras porque usualmente son las que conocen más sobre la casuística y sobre las circunstancias de las personas y son las más activas en la búsqueda de alternativas, en la toma de contacto con las personas "padecientes" y sus familias y las que realizan los informes sobre los que luego se basará el resto de los actores del campo judicial. Ellos son claves también a la hora de pensar estrategias de intervención.

Lo que se plasma en las frías letras de los expedientes, se nutre de las vivencias, sentires y pesares de los asistentes sociales que muchas veces se desvelan para acertar con intervenciones razonables y, sobre todo, posibles. Si bien los informes no son vinculantes en la teoría, sí lo son en la práctica, ya que los equipos técnicos captan importantes aristas de las problemáticas sociales y familiares complejas —manifiestas o latentes— que entran en juego. Los asistentes sociales suelen ser los ojos del juez, de los defensores, de los tutores.

"Nosotros administramos una problemática que no es estrictamente jurídica, por eso tenemos que buscar otras alternativas, otros modelos de trabajo, puesta en común en el juzgados. En este juzgado, la pieza fundamental pasa por los trabajadores sociales. Si necesito tomar una decisión, la consulto con ellas".

"La mirada interdisciplinaria complejiza, rompe la ilusión del poder del juez" (Entrevista a Juez de Familia).

Decía que los asistentes sociales son actores claves en todo trámite que requiera ver partes y que suponga conflictos. Ninguna situación de padecimiento mental llega sola y se genera en forma espontánea, siempre atrás hay historia, y esa historia no siempre es fácil de develar, ni los actores de la historia quieren que se revele. Muchas veces es la perspicacia de las asistentes sociales o demás integrantes del equipo técnico que deciden poner el pie en el acelerador y no en el freno.

Claro que después hay que atajar y buscar quien ataje en las instituciones y en los entramados de protección de derechos que deben ser el reaseguro del efectivo cumplimiento de derechos. Solo que hay pocos arqueros... las instituciones muchas veces la dejan pasar. Y esto no es siempre por malas razones; a veces hay desidia, a veces hay desborde, a veces hay carencia de recursos, o vacíos, o voluntarismo extremo pero sin respaldo. Cada caso es una constelación en sí misma de factores concurrentes que lo dotan de singularidad, pese a la heterogeneidad de situaciones, como si sustancias distintas produjeran cócteles similares, no idénticos, pero todos con carga explosiva.

"Ni internados, ni casas de medio camino, ni asistencia ambulatoria, ni equipos móviles, nada. Pido este recurso, 'no está', pido aquel otro, 'no está', pido esto y 'no está', entonces uno termina tomando una cantidad de decisiones que no hubiera querido llegar a tener que tomar, como declarar el estado de abandono, de adoptabilidad, en casos imposibles de 'salvar' sin recursos. Esas decisiones dejan el sabor amargo de 'si las políticas sociales hubieran funcionado', 'si hubiera habido programas'.

Salud mental debería trabajar con equipos móviles reales que trabajen con las familias y contener las problemáticas en su complejidad" (Extractos de entrevistas a jueces de familia).

A partir de la LNSM, cada uno de los actores antes mencionados sufrió cambios en sus roles e incumbencias profesionales. El saber amo de la psiquiatría sufrió una herida narcisística importante, ahora ya no son los supremos decisores en materia de padecimiento mental: deben compartir y litigar al interior de un equipo técnico donde hay psicólogos, asistentes sociales; puede haber algún médico, pero de ningún modo el psiquiatra es amo y señor. Esta pérdida de supremacía se ve compensada con el rol destacado del equipo técnico en relación al Poder Judicial, que con la nueva ley solo otorga legalidad a las medidas, siendo también desplazado

del lugar de decisores de internación; ahora son legitimadores, convalidan pero no proponen. Entonces, los jueces son desplazados de su lugar soberano en aras de una dominación profesional cuyo saber es más acorde a la problemática. La pelota en el campo del saber profesional ya no tiene como estrella rutilante al psiquiatra, sino que este debe compartir el elenco con otros profesionales y otros saberes siempre considerados de rango inferior por el saber amo/psiquiatra.

El defensor público (DP) sigue oficiando como tal, en su rol promiscuo de defender al loco de la sociedad y a la sociedad del loco, como acertadamente alguna vez dijera Massimo Pavarini, criminólogo muy recientemente fallecido (18). En esta tensión, los DP, cual garantes del orden social, suelen optar por la defensa de la sociedad, desguarneciendo de genuina defensa a la persona con padecimiento mental, de allí que la LNSM previera la creación de esa Unidad de Letrados con sus letrados patrocinantes.

Solo en los casos de internaciones prolongadas toma intervención el Órgano de Revisión (19).

IV. Del entramado normativo e institucional al conocimiento de las internaciones involuntarias. Notas de campo, diálogo con actores y consulta de expedientes

"Lo primero que debo advertir es que se me hace difícil circunscribir el campo, esto es que para llegar al núcleo de las internaciones involuntarias, debo hacer aproximaciones sucesivas en las que debo presentar mis inquietudes, mis razonamientos, mis líneas de interés y prioridad, e ir tratando de reorientar las conversaciones cuando se me van por los infinitos caminos que toma la salud mental asociada a la violencia, a la incapacidad, a la discapacidad y todo tipo de problemáticas familiares". Nota de campo.

La reconstrucción que realizo está anclada en las entrevistas realizadas durante mi trabajo de investigación a todos los actores intervinientes. Mis preguntas iniciales estaban orientadas a saber si el control de legalidad era de otorgamiento automático por parte de los jueces o era un otorgamiento razonado, sopesado a la luz de los criterios de internación, de los demandantes (clínicas, comunidades, hospitales monovalentes o polivalentes), como así también me interesaba indagar acerca de cuál era el rol del juez a posteriori, mientras transcurría la internación, y qué papel jugaban los defensores públicos, qué papel jugaban los defensores de la Unidad de Letrados, qué lugar tenían los equipos técnicos del juzgado en relación a los equipos interdisciplinarios que habían dictaminado la necesidad de internación y, por supuesto, qué matices había entre jueces, defensores, letrados que ejercían la defensa técnica y equipos interdisciplinarios.

Las preguntas se complejizaron cuando pretendí cruzar actores con tipo de situación de origen y formulé nuevas preguntas: ¿es paragonable una internación derivada del Hospital Tobar García con niños pequeños en situación de vulnerabilidad social extrema con las internaciones de adolescentes con problemas psicóticos declarados?; ¿es lo mismo adolescentes "pasados de consumos adictivos" llevados a internación por sus padres a una comunidad terapéutica privada, que adolescentes "paqueros" cuyos padres piden al SAME que venga a intervenir en la villa, ya que el adolescente en crisis de abstinencia se ha tornado violento e inmanejable?, o bien ¿es lo mismo la internación de niños en situación de calle que son encontrados en estado de intoxicación severa y derivados —a veces por fuerzas de seguridad— a un hospital polivalente de la ciudad?

Así, yo llegaba al campo con un esbozo de casos cuyo estatuto no parece diferir de aquello que efectivamente llega a los juzgados. Pero resulta que mi prolija forma de delimitar casos en tipos y subtipos omitió la insoslayable complejidad de ellos: muchas veces "en el mismo combo" aparecen drogas, vulnerabilidades, padecimientos mentales psíquicos, discapacidades, violencias, otras adicciones y otros consumos, y además se entremezclan las generaciones y los que son víctimas en una generación, fueron victimarias para la otra, o al revés, o pa' peor, algunos solo y desde el inicio les tocó ser receptores de todos los males, de todas las etiquetas, de todos los desamparos y de todas las desdichas institucionales.

Casi que la aplicación de la LNSM y la atribución del estatuto de "padeciente" resulta un detalle nimio en una historia de desdichas. Y como no puede ser de otra manera, esto se cuenta con casos, y detrás de esos casos hay personas reales de carne y hueso que suponen el sustrato de esos casos, personas reales de carne y hueso que sufren. Hasta aquí, de lo único que no albergo ninguna duda es de eso; han sufrido ya mucho, sufren en el presente y no hay ninguna garantía de que no sigan sufriendo en el futuro.

"Los actores entrevistados, al dar sus pareceres, no suelen ser muy optimistas con las intervenciones, pero mucho menos con el cese de las intervenciones... con el haber dejado librado cada uno a su suerte, muchas veces, sin que pese en las estadísticas de internación como registros. Libres de internación, libres de intervención, libres de seguimiento. Es así, en que llevada hasta el extremo, esta libertad se convierte en liberalidad, y esta liberalidad en despojo. Esta libertad supone despojo de protección, despojo de institución, despojo de instancias de cuidado y de exigibilidad de derechos. Al fin y al cabo, es tan nociva la intervención masiva del Estado en la vida privada, en la regulación de la vida familiar como la prescindencia del Estado en aras de respetar cánones internacionales de respeto a los derechos humanos". Nota de campo.

Cuando llega al juzgado un pedido de control de internación psiquiátrica por art. 42, o un pedido de control de legalidad para una internación involuntaria de una persona menor de edad, se produce una primera divisoria de aguas, ya que la ley 26.061 y la ley 26.657 tienen zonas de superposición. Las situaciones de vulneración de derechos, sobre todo las crónicas, muchas veces degeneran en problemáticas de la índole del padecimiento mental. En el caso de NNyA, son frecuentes los casos que llegan desde el Hospital Tobar García, pero no son los únicos. También llegan casos de internaciones por adicciones, acaso menos frecuentes que los que llegan a juzgados de familia de la provincia de Buenos Aires.

Aquí es importante el criterio jurisdiccional, ya que interviene el juzgado correspondiente a la jurisdicción, por lo tanto, si un adolescente tuvo un episodio psiquiátrico o adictivo en un barrio privado de Zona Norte, es probable que intervenga la justicia de familia del Departamento Judicial de San Isidro; si fue en Zona Sur, es factible que intervenga el Departamento Judicial de Quilmes o La Plata, y así, dado que intervienen los tribunales con sede en el partido más próximo. Además, la mayoría de las comunidades terapéuticas se encuentran en el territorio de la provincia de Buenos Aires.

Lo real y concreto es que lo que tenemos efectivamente en los juzgados son los casos que llegan a los juzgados, y esto es apenas un recorte de los casos que deberían o estarían en condiciones de llegar. Es factible detectar múltiples vías de fuga. A medida que se avanza en el conocimiento del campo, se pone de relieve la cantidad de NNyA que el sistema filtra, no retiene en sus redes, o bien suelta en cuanto puede.

"Hay muchos casos que no llegan, ni a nosotros, ni al Órgano de Revisión, no llegan al sistema. Muchos, muchísimos... Vos vas por la calle y lo ves. Incluso creo que llegar al sistema implica cierto grado de avance, cierto pedido de ayuda. Todavía hay un registro de problema, y demás. También hay muchos chicos que están en la calle a la deriva...". (Jueza de familia).

"Ni llegan. Suponete, chicos que llegan intoxicados al Tobar García, los estabilizan pero son chicos en situación de calle, se llama al CDNYA, ellos los derivan a los efectores de adicciones de la CABA (Casa Puerto o Casa Faro). En esos lugares trabajan con la voluntariedad, entonces, le preguntan al chico si quiere o no hacer tratamiento. Si dice que no, le dan el alta. Nosotros llegamos y el chico ya se fue, entonces, nosotros ya no podemos intervenir, porque nuestra función es control de internación por 26057. Y, nosotros sabemos que el circuito volverá a comenzar: a veces tienen 12 años y cuatro años de calle... ¿Te parece que se los puede dejar ir alegremente? ¿A qué, a volver a la calle?". (Fragmento entrevista Coordinación Unidad de Letrados).

De todos modos, el universo es variopinto. Hay NNyA con problemas indiscutibles de padecimiento mental, y hay NNyA con problemáticas de vulnerabilidad social extrema que, en potencia con la cronicidad que le confiere la transmisión generacional, se convierten en problemáticas muy parecidas a la salud mental. Casos de adolescentes mujeres con algún padecimiento mental que se convierten en madres, y no hay —o hay muy pocas— instituciones preparadas para alojar a madre e hijo, con especial atención a los dos en sus necesidades específicas.

El común denominador en todos los casos es que son chicos que ya tienen trayectoria institucional y que expulsarlos o no retenerlos no es sino el prolegómeno de un reingreso anunciado en situaciones cada vez más crónicas.

"Son los casos que 'queman', serán alrededor de ocho casos a lo mucho: son chicos que están en situación de calle, y uno no se desentiende así como así porque el control de internación terminó, uno se queda preocupado, es imposible tomar contacto con realidades horribles y después dar vuelta la página. Entonces, se busca la forma de seguir interviniendo, no por tutelarismo estúpido, sino porque uno escucha la demanda de los chicos, de atención, de contención, que luego no son canalizadas cuando el recurso al que son derivados es ineficiente o los expulsa directamente, como pasa con los chicos con consumos problemáticos en situación de calle". (Fragmento entrevista Coordinación Unidad de Letrados).

V. Un panorama cuantitativo y cualitativo de los NNyA en virtud de la Ley de Salud Mental

La Asesoría General Tutelar, hasta 2013 comandada por una fuerza de oposición en la Ciudad —coherente con el estatuto de contralor y auditoría— se preocupó tempranamente por la institucionalización amparada en motivos de padecimiento mental y produjo algunos documentos temáticos (20). Acaso lo más interesante es que puso sobre el tapete un problema hasta el momento invisibilizado: la gran cantidad de NNyA con órdenes de externación que permanecían "cautivos" en instituciones conveniadas con el gobierno de la CABA por no tener referentes que se hicieran cargo de ellos. Un número nada desdeñable, por cierto, sumado a que los hogares otrora de atención integral, es decir, aquellos que tradicionalmente se ocupaban de los chicos con problemas asistenciales (los típicos casos de abandono material o moral, violencia, abandonos y otros padecimientos) habían empezado a convertirse en hogares de atención especializadas, lo que se tradujo en una mayor profesionalización y, en consecuencia, la asignación de mejores montos percibidos per cápita.

La Unidad de Letrados para Personas Menores de Edad creada por el art. 22 de la LNSM confecciona sus propios registros de los casos en que se informa a esa Unidad de internaciones de personas menores de edad. Así, una vez creada, esta se dio la tarea de inventariar las instituciones en el ámbito de la CABA destinadas a receptor internaciones de personas menores de edad a fin de analizar las condiciones y prestaciones de cada una de ellas, conforme a los requerimientos de la LNSM (21).

V.1. Relevamiento inicial: 2012

En los primeros meses del año 2012, comenzaron realizando una visita a institucionales que alojaban NNyA. Visitaron 58 instituciones, de las cuales poco más de la mitad (28) receptaba casos susceptibles de ingresar en los parámetros de la LNSM (padecimientos y adicciones). De estas 28 instituciones, 11 eran públicas, 3 privadas con convenio y 3 privadas sin convenio. Al momento del relevamiento, había 123 NNyA internados, 70 varones y 53 mujeres.

Una distribución por edad daba cuenta que había 28 casos de personas de 17 años; 29 de 16; 18 de 15; 13 de 14; 7 de 13 años; 6 de 12 años, 4 de 11; 2 de 9, 1 de 8; uno de 7 y 14 casos en que no se informaba la edad. Es decir, la gran mayoría estaba comprendido en la franja adolescente (entre 13 y 17 años). Muchos de los NNyA internados tenían su centro de vida en la PBA.

V.2. Primeros dos años de ejercicio: junio 2012-junio 2014

Una vez concluido el relevamiento inicial, la Unidad de Letrados (UL) comenzó a registrar las intervenciones que hizo en calidad de asistencia técnica. Así, durante los dos primeros años recibieron 1791 comunicaciones. En 1718 se asumió la defensa técnica. El promedio mensual de casos fue de 71, traducándose esto en 3 o 4 casos nuevos por día hábil. El 92,55% de las comunicaciones procedieron del propio lugar de internación, en el 2,5% fue el juzgado quien comunicó a la UL y del restante 4,95% la UL tomó conocimiento de variadas formas (familiares, organismos, casos detectados en visitas, etc.).

Respecto de las edades, el 8,71% de los casos fueron de personas comprendidas entre los 5 y los 12 años, en tanto el 91,29% restante correspondió a adolescentes comprendidos entre los 13 y los 17 años. La distribución de género marcó una prevalencia de varones (53,67%) sobre mujeres (46,32%). Esta diferencia es sensiblemente menor que la que aparece cuando se trata de institucionalizaciones motivadas en motivos penales. La salud mental equipara bastante la distribución de género e incluso sesga hacia el género femenino: algunos padecimientos, como los derivados de las violencias, de los abusos, tienen "cara de mujer".

Las internaciones se realizaron mayoritariamente en prestadores públicos (60,01%). Estas internaciones se distribuyeron en 15 efectores cuyo rango varió entre 609 y 1 menores atendidos. Los prestadores privados recibieron el restante 40% de los casos y en este caso, los efectores fueron 22. Las internaciones en efectores privados tuvieron cobertura de obra social en el 77,84% de los casos, medicina prepaga en el 20,21%, particular en el 0,9% y solo el 1,05% fue cubierta por Estado. Según consigna el informe, no hay correlación estrecha entre el establecimiento de internación y la cobertura del paciente, detectándose muchos casos en que pacientes con obra social y/o prepaga prefieren el efector público. A finales de mayo, habían finalizado 1685 casos, y de estos, 1024 habían transcurrido en establecimientos públicos y 661 en establecimientos privados.

El 60% de las personas internadas en CABA no tenía su centro de vida en la jurisdicción, siendo la mayoría de la PBA, de otras provincias, incluso de otros países.

Un dato interesante que surge el informe es que un alto porcentaje (44,80%) había cursado alguna internación anterior.

Respecto de la modalidad de tratamiento, un 27,66% fueron motivados en problemáticas adictivas, un 63,09% en problemáticas de salud mental y un 9,26% en problemáticas duales.

Según los casos que pudieron reconstruirse, el consentimiento fue otorgado por los propios NNyA en el 45,12% de los casos, en tanto no fue otorgado en el 54,88%. En la mayoría de los casos los representantes legales prestaron conformidad (88,50%). En casi todos los casos se visitó a la persona internada (91,57%), debiendo explicarse los casos en que no se visitó en internaciones por lapsos muy breves (horas, en muchos casos) a veces inferiores al tiempo en que se tarda en dar comunicación a la UL. La UL intervino en el mismo día de la internación en el 6,74% de los casos, dentro de las 24 horas en el 32,60%; dentro de las 48 hs. en otro 20% y dentro de las 72 o más el restante 40%.

Otro dato interesante que surge del informe es que la mayoría de los casos en que cesó la intervención por parte de la UL (1685) se debe a que fue otorgada el alta (1051), prosiguiendo en el orden de motivos de cese el abandono del tratamiento (443 casos). El resto de los motivos fueron residuales. También cabe connotar que en 90 casos había otros expedientes conexos (55 por control de legalidad ley 26.061 —motivos de protección— y 35 por disposición tutelar-motivos penales).

V.3. Datos recientes: años 2015 y 2016 [\(22\)](#)

a) Internaciones en que intervino la Unidad de Letrados

— 2015: 1099 (desde el 1 de octubre de 2014 al 30 de septiembre de 2015 [\(23\)](#)).

— 2016: 1260 (desde el 1 de octubre de 2015 al 30 de septiembre de 2016 [\(24\)](#)).

b) Efectores

— Hospitales públicos: 805 y 894, respectivamente, en 2015 y 2016. El 60% fueron en hospitales monovalentes, la gran mayoría en el Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García (90%). Entre el 70 y el 80% proceden de otras jurisdicciones, mayoritariamente de la PBA. En 2016, aparece también la desagregación de comunidades terapéuticas que concentraron 134 internaciones en los dos efectores que ofrece la Dirección de Políticas y Adiciones de Ciudad en la jurisdicción (57 en Casa Faro y 77 en Casa Puerto).

— Clínicas privadas: 411 en 2015 y 365 en 2016.

c) Distribución según sexo

Una particularidad del padecimiento mental es que su selectividad de género habilita la captura de mujeres. Así, en 2015, la Unidad de Letrados registró el ingreso de 580 mujeres y de 536 varones. En 2016, la supremacía de las mujeres aumentó, alcanzando 1076 ingresos, cifra muy superior al universo masculino de 819.

VI. La delgada línea entre las internaciones involuntarias dictadas por la LNSM, las internaciones psiquiátricas del artículo 42, Código Civil, las medidas excepcionales de protección con internación terapéutica y las institucionalizaciones en dispositivos penales

"La frontera entre historia y destino", dice Resta (2008), "nunca es tan evidente como en los casos de los niños que sufren institucionalizaciones desde muy temprana edad, el porcentaje de menores que luego llegarán a los institutos penales por motivos punitivos, provienen de esas franjas de población explotada y abusada, perdedora por definición".

(Resta, E., *La infancia herida*, Ed. Ad-Hoc, Buenos Aires, 2008, p. 91).

El estudio retrospectivo de las trayectorias de los niños, niñas y adolescentes que llegaron al sistema penal y prosiguieron su tránsito alternando entre "adentro y afuera" (Guemureman, 2015), entre la calle, las alcaidías, las prisiones, los hogares y los hospitales, muestra que todas las trayectorias se parecen en el repertorio de infortunios y desdichas. Que los padecimientos pasibles de ser diferenciados a una temprana edad, disociando las condiciones de privación extrema, las carencias, las violencias y las discapacidades, tornan difusos sus bordes y sus fronteras y, según pasan los años, un niño deprivado se torna un niño con consumos problemáticos, o un adolescente "capturado por el sistema penal", posiblemente víctima de violencias punitivas estatales a repetición, y una niña abusada se convierte en una madre adolescente, acaso también "mujer golpeada" y acaso también "medicada" o intervenida por "ideaciones suicidas".

El estatuto de padecimiento mental es un paraguas tan amplio que desvirtúa el objeto específico de atención de una ley y deja privadas de entidad a insanias, psicosis graves y discapacidades que suponen inhabilitación [\(25\)](#). Fue una batalla ganada al saber médico psiquiátrico que bregaba por imponer el estatuto de trastorno, con toda su carga estigmatizante e instituyente de etiquetas. Este fue uno de los puntos más álgidos del debate sobre la LNSM, que expresó a través de los conceptos diferentes concepciones disciplinarias e ideológicas sobre la salud [\(26\)](#). El concepto de padecimiento es menos estigmatizante, por cierto, que el de trastorno o de enfermedad mental; sin embargo, muchos expositores señalaron que en su amplitud distorsiona la especificidad de las enfermedades mentales que efectivamente existen y no pueden ser negadas. Para el campo de la psiquiatría más ortodoxa, la introducción del concepto de "padecimiento" fue una estocada. Pero no fue suficiente, el festival de etiquetas ha proseguido su curso y la herida no fue de muerte. El CIE no ha logrado erradicar al DSM en los criterios de internación. Aquello que fue un triunfo de la ley no ha logrado penetrar en las prácticas.

"Hay un grupo de chicos de extrema vulnerabilidad en CABA en los que todos intervenimos, todos sabemos quiénes son, y no resolvemos. Pasan por todos los sistemas, el circuito, asistencial, terapéutico, penal" (Entrevista a jueza de familia).

"Son casos en se fusionan las dos normas (y a veces, las 3!). Chicos que ya están con cuestiones familiares complejas que ya han sido judicializadas, y en medio de la institucionalización en un hogar, el chico atraviesa por una situación de crisis, y terminan internados en el Tobar García o bien, salen 'compensados' a la calle y se involucran en alguna situación delictiva, y si tienen más de 16, la disputa es con el sistema penal" (Entrevista a Coordinación Unidad de Letrados).

La batalla es caso a caso y el triunfo no está asegurado. Dependerá de una concatenación de factores, de actores, de recursos, y de contingencias institucionales.

(*) Socióloga. Especialista en Problemáticas Sociales Infanto-juveniles y doctora en Ciencias Sociales (UBA). Investigadora independiente del CONICET con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani. Profesora en universidades nacionales en grado y posgrado. Autora de numerosos libros, capítulos de libros y artículos en revistas científicas.

(1) "Salud mental y prácticas punitivas: niños, adolescentes y jóvenes en el marco de la nueva Ley de Salud Mental. Articulaciones y tensiones entre el sistema penal y el sistema de promoción de derechos". Plan de trabajo CONICET 2013-2014 y 2015-2016.

(2) Aquí referenciamos los datos procedentes de las distintas fuentes: según la SENNAF, el último relevamiento realizado en 2015 arrojó 1477 adolescentes alojados en dispositivos penales en todo el país. El Relevamiento Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes en Conflicto con la Ley Penal Privados de Libertad de la DPC, Ministerio de Justicia, registró 1142 en 2014.

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

(4) En el año 2016, y en virtud de Anexo II - Modificación Estructura CDNNYA- Creación Dirección General de Responsabilidad Penal Juvenil (DGRPJ) - Responsabilidades Primarias y Funciones, los dispositivos penales de la SENNAF también fueron traspasadas a la CABA, específicamente al Consejo de Derechos de NNYA.

(5) Art. 42, ley 26.994/2014: "Traslado dispuesto por autoridad pública. Evaluación e internación. La autoridad pública puede disponer el traslado de una persona cuyo estado no admita dilaciones y se encuentre en riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros, a un centro de salud para su evaluación. En este caso, si fuese admitida la internación, debe cumplirse con los plazos y modalidades establecidos en la legislación especial. Las fuerzas de seguridad y servicios públicos de salud deben prestar auxilio inmediato".

(6) Art. 40, ley 26.061/2005: "Procedencia de las medidas excepcionales. Solo serán procedentes cuando, previamente, se hayan cumplimentado debidamente las medidas dispuestas en el artículo 33." Declarada procedente esta excepción, será la autoridad local de aplicación quien decida y establezca el procedimiento a seguir, acto que deberá estar jurídicamente fundado, debiendo notificar fehacientemente dentro del plazo de veinticuatro (24) horas, la medida adoptada a la autoridad judicial competente en materia de familia de cada jurisdicción."El funcionario que no dé efectivo cumplimiento a esta disposición, será pasible de las sanciones previstas en el capítulo IV del Código Penal de la Nación". La autoridad competente de cada jurisdicción, en protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes dentro del plazo de setenta y dos (72) horas de notificado, con citación y audiencia de los representantes legales, deberá resolver la legalidad de la medida; resuelta esta, la autoridad judicial competente deberá derivar el caso a la autoridad local competente de aplicación para que esta implemente las medidas pertinentes".

(7) Hay múltiples puntos de intersección entre la ley 26.061 y la ley 26.657 en casos de NNYA cuyas vulnerabilidades y padecimientos sociales y mentales se confunden. Un niño que "cae" intoxicado en el Tobar García, y no tiene referentes o continente familiar, aun cuando se le dictamine el egreso, es candidato a una derivación al organismo administrativo, quien probablemente dicte una medida de protección excepcional que requiera un control de legalidad. También es frecuente la alternancia entre hogares de asistencia integral y hogares terapéuticos. La casuística encuentra a menudo estas intersecciones.

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

(9) "Art. 20.— La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y solo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:"a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; b) Ausencia de otra

alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera".

(10) El artículo 22 de la LNSM prevé la creación de una Unidad de Letrados que dispone de abogados que asisten a las personas institucionalizadas.

(11) Esto es válido para todos los actores del campo judicial y campo político administrativo, no así para los funcionarios y profesionales de la Unidad de Letrados.

(12) "Art. 16.— Toda disposición de internación, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra; b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar; c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda".

(13) "Art. 22.— La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento". Artículo reglamentado por decreto 603/2013.

(14) Al respecto, consúltese www.prezi.com/dgk90tnlzmre/unidad-de-letrados-de-personas-menores-de-edad-art-22-ley/.

(15) Artículo 20, reglamentación decreto 603/2013. "Art. 20.— 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. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica. No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental. Las fuerzas de seguridad que tomasen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental, deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda. La autoridad de aplicación en conjunto con el Ministerio de Seguridad elaborará protocolos de intervención y capacitación en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí o para terceros. Aun en el marco de una internación involuntaria, deberá procurarse que la persona participe de la decisión que se tome en relación a su tratamiento".

(16) En caso de que la persona internada tenga un abogado particular, este es el que asume su representación.

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

(18) PAVARINI, Massimo - BETTI, Matilde, "La tutela social de la locura. Notas teóricas sobre la ciencia y la práctica psiquiátricas frente a las nuevas estrategias de control social", publicado en castellano en la Revista Delito y Sociedad. Revista de Ciencias Sociales nro. 13, 1999, disponible en www.bibliotecavirtual.unl.edu.ar/ojs/index.php/DelitoYSociedad/article/view/5823/8619.

(19) El Órgano de Revisión, creado en el Ministerio Público de la Defensa en virtud de la Ley de Salud Mental (art. 40), tiene el objetivo de proteger los derechos humanos de los usuarios en los servicios de salud mental. Es el organismo encargado de auditar las internaciones de carácter involuntario cuando la internación se prolongue más de 90 días. A pedido del juez, el OR debe designar un equipo interdisciplinario que no haya intervenido antes y pedir una nueva evaluación. Los flujos de internación de NNyA muestran que son pocos los casos en que el plazo de internación requiere la intervención del OR. Por tal motivo, a los efectos de este artículo, se ha dejado su abordaje de lado.

(20) "Las políticas públicas de infancia y salud mental. Un análisis en la Ciudad de Buenos Aires desde una perspectiva de derechos (2005-2010)"; "Niñez, adolescencia y salud mental en la Ciudad de Buenos Aires", 2010, y "Puertas adentro: políticas de institucionalización de niños, niñas y adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires (2007-2011)", www.mptutelar.gob.ar/sites/default/files/2012.04.11PuertasAdentroFINAL.pdf. Consúltense en www.mptutelar.gob.ar/informes. También, cfr. www.mptutelar.gob.ar/coleccion-mpt y www.mptutelar.gob.ar/documentosdetrabajo, www.mptutelar.gob.ar/category/publicaciones/otras-publicaciones.

(21) Información extractada de "Acceso a la justicia de niños, niñas y adolescentes internados por salud mental o adicciones. Testimonio 2012-2014", Ministerio Público de la Defensa, 2015.

(22) Datos informados en los respectivos Informes Anuales del Ministerio Público de la Defensa, años 2015 y 2016.

(23) Este número difiere del consignado en la publicación de la Unidad de Letrados, que informa 1216 casos, registrando los ingresos producidos en el período comprendido entre el 1/01/2015 y el 31 de diciembre.

(24) Este número difiere del consignado en el apartado de Estadísticas del mismo IA-MPD 2016, que consigna el ingreso de 1187 NNyA, que, sumados a los asistidos en ejercicio, conformaron un universo de 1896, de los cuales, el 98,4% argentinos y el resto extranjeros, siendo el 56,8 mujeres y el restante 43,2 varones.

(25) Por ej., Marcelo Torino, vicedecano de la Facultad de Medicina expresa: "(...) la definición 'padecimiento mental' tiene una carga polisémica que la vuelve muy imprecisa y permite ciertos deslizamientos de sentido inadecuados, y hasta peligrosos. Una persona que vive en condiciones precarias, de pobreza, marginación, carencias habitacionales y con cargas familiares que no puede sostener por estar sin trabajo tiene, sin lugar a dudas, un padecimiento mental, pero esto no debe conducir a un tratamiento por su salud mental, sino a una solución a su pobreza, que es la fuente de su sufrimiento. Definido como está en el texto del proyecto de ley se corre el grave riesgo de 'patologizar' las carencias sociales". Este especialista se pronuncia por el concepto de trastorno mental y define a "Las personas con trastornos mentales conforme con la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE)".

(26) Una reconstrucción sobre el debate de la ley en FARAONE, S. (2012), "El acontecimiento de la Ley Nacional de Salud Mental. Los debates en torno a su sanción", Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, año 2, nro. 4.