

EDUARDO JOSÉ CÁRDENAS
RICARDO GRIMSON
JOSÉ ATILIO ÁLVAREZ

*El juicio de insania
y la
internación
psiquiátrica*



ASTREA

**El juicio de insania y la
Internación psiquiátrica**

EDUARDO JOSÉ CÁRDENAS

RICARDO GRIMSON

JOSÉ ATILIO ÁLVAREZ

*El juicio de insania y la
Internación psiquiátrica*

EDITORIAL ASTREA

DE ALFREDO Y RICARDO DEPALMA

BUENOS AIRES

1985

En esta obra el capítulo IV ha sido redactado por el médico psiquiatra doctor Ricardo Grimson; el capítulo X por el doctor José Atilio Álvarez, asesor de menores e incapaces, y los capítulos restantes por el juez civil doctor Eduardo José Cárdenas.

© EDITORIAL ASTREA

DE ALFREDO Y RICARDO DEPALMA S.R.L.

Lavalle 1208. Buenos Aires

ISBN: 950-508.156-1

Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723

IMPRESO EN LA ARGENTINA

PRÓLOGO

Ha transcurrido ya algún tiempo desde que entró en vigencia la ley 22.914 de internación y egreso de establecimientos de salud mental.

Dos son los motivos que nos mueven a escribir este trabajo.

El primero y quizás más obvio es recoger y valorar la experiencia que ofrece la aplicación de dicha ley.

Como ella no es más que un instrumento en manos del Poder Judicial y de los encargados de curar las enfermedades mentales, es útil también explicar los principios que la inspiran, para su acertada aplicación.

Estos principios sólo han sido recogidos muy parcialmente en la Exposición de motivos¹. Integralmente considerados, en cambio, coinciden en un todo con las primerísimas ideas expuestas por el Ministerio de Salud Pública del gobierno constitucional, en enero de 1984².

Esbozar las motivaciones más profundas de la ley es, en suma, el segundo propósito de este trabajo, que por una razón de método ocupa el primer lugar.

EDUARDO JOSÉ CÁRDENAS

RICARDO GRIMSON

JOSÉ ATILIO ÁLVAREZ

ÍNDICE GENERAL VI

ÍNDICE GENERAL

Prólogo.....

PARTE PRIMERA

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

I. PROTECCIÓN JUDICIAL DEL ENFERMO MENTAL

1. Introducción3
2. El enfermo mental-incapaz5
 - a) El sistema del Código Civil. Sus limitaciones5
 - b) La ley 22.914. Su implementación8

II. EL ENFERMO MENTAL-INTERNADO

1. Introducción16
2. Los derechos del internado18
 - a) Derecho a la internación18
 - b) Derecho a una alternativa que restrinja menos su libertad
.....20
 - c) Derecho al egreso28
 - d) Derecho a la protección del Estado29
 - e) Derecho al tratamiento29
 - f) Derecho a enterarse del programa de curación.....32

ÍNDICE GENERAL VII

- g) Derecho a la comunicación33
- h) Derecho a la protección del patrimonio y del lugar físico que ocupaba antes de internarse34
- i) Derecho a trabajar, a rehabilitarse y a resocializarse.....36

III. LA DEFENSA DEL ENFERMO MENTAL

Y LA LEY 22.914

- 1. El orden constitucional y legal43
- 2. La naturaleza de la decisión de internar45
- 3. La costumbre al margen de la ley48
- 4. La violación de los derechos del internado50
- 5. Las reacciones anteriores a la ley 22.914, y su sanción.....52

IV. INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA,

JUSTICIA Y DERECHO

- 1. Introducción55
- 2. La internación como reacción social ante la alteración de las funciones psíquicas 56
- 3. Actuales tendencias en la terapéutica moderna63
- 4. El autoritarismo en el tratamiento psiquiátrico..... 66

ÍNDICE GENERAL VIII

5. Valoración de la nueva ley desde la perspectiva psiquiátrica	70
--------------------------------------------------------------------------	----

PARTE SEGUNDA

ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

V. DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS LEGALES.

CASOS DE INTERNACIÓN

1. Objeto de la normativa	73
a) Internación.....	73
b) Establecimiento.....	74
2. Tipos legales de internación	74

VI. INTERNACIÓN A INSTANCIA PROPIA

O DEL REPRESENTANTE LEGAL

1. Problemas de la internación voluntaria y sus posibles soluciones	75
2. Requisitos legales	77
a) Presunta incapacidad	77
b) Necesidad de internación.....	78
c) Internación que supera los veinte días	87
d) Reinternación	88

ÍNDICE GENERAL IX

e) Internación pedida por el representante legal de un incapaz.....	89
3. Consideraciones finales sobre la internación a instancia propia o de representante legal	89

VII. INTERNACIÓN POR DISPOSICIÓN

DE LA AUTORIDAD POLICIAL

1. Objetivo de la ley	91
2. Autoridad policial	92
3. Requisitos y trámite de la internación	92
4. Comunicación	94
5. Actuación judicial	95
6. Interés público, necesidad de asistencia y peligrosidad. Remisión	96

VIII. INTERNACIÓN EN CASOS DE URGENCIA

1. Objetivo de la ley	97
2. Vigencia	97
3. Legitimados	98
4. Requisitos y trámite de internación	99
5. Comunicación	99

ÍNDICE GENERAL X

6.	Actuación judicial	99
7.	Decisión del juez. Remisión	100
8.	Conclusiones	100

IX. OBLIGACIONES DE LOS RESPONSABLES

DE LA INTERNACIÓN

1.	Director del establecimiento	102
2.	Juez	104
3.	Asesor de menores e incapaces	106

X. INTERNACIÓN POR DISPOSICIÓN DE AUTORIDAD

POLICIAL Y "CENTRO DE OBSERVACIÓN"

1.	Algunos ejemplos	108
2.	La ley 22.914 y la actuación de la policía	112
3.	El centro de observación	114

XI. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Y COMPETENCIA JUDICIAL

1.	Aplicación territorial	119
2.	Competencia judicial	119

ÍNDICE GENERAL XI

XII. PLAZOS Y COMUNICACIONES

1. Naturaleza y cómputo de los plazos121
2. Forma de las comunicaciones122

XIII. REFLEXIONES Y UTOPIÁS

1. La ley de internación como instrumento123
2. La justicia y la protección del discapacitado mental ...124
3. Logros y perspectivas126
4. La ley 22.914 y la justicia social130

APÉNDICE

PRIMER CONGRESO NACIONAL

DE PROTECCIÓN AL ENFERMO MENTAL

LEY DE INTERNACIÓN Y EGRESO

DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL

Primer Congreso Nacional de Protección al Enfermo Mental	134
Ley 22.914. Internación y egreso de establecimientos de salud mental	169
Bibliografía.....	179

PARTE PRIMERA
FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

1. Cárdenas.

I. PROTECCIÓN JUDICIAL DEL ENFERMO MENTAL

1. INTRODUCCIÓN

Protección judicial al enfermo mental: he aquí, genéricamente enunciado, el gran objetivo de la ley. En el pasado, aun en los pueblos más primitivos, el juez no se limitaba a arbitrar diferendos. También velaba por los derechos de los débiles y protegía a los miembros del cuerpo social que podían ser víctimas del poder de los otros.

"No juzgará por las apariencias, ni sentenciará de oídas. Juzgará con justicia a los débiles, y sentenciará con rectitud a los pobres de la tierra", dice el profeta Isaías, evocando la figura del juez.

En nuestra ley, como en casi todos los ordenamientos jurídicos de origen latino, el Poder Judicial protege a los menores, tanto a los que carecen del amparo paterno, como a los que son víctimas de sus propios padres. La ley encauza los recursos sociales hacia el amparo del menor, y el juez es el encargado de hacerlo efectivo. En última instancia, el Poder Judicial es el poder de los que no tienen poder, la voz de los que no tienen voz.

Lo mismo acaece, como se verá en detalle más adelante, con el enfermo mental. Los obreros, por ejemplo, son individualmente débiles, pero tienen la capacidad de unirse, y eso les da fuerza. Los presos protagonizan en conjunto episodios de resistencia activa y pasiva, para que sus solicitudes sean escuchadas. Pero los

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

menores y los enfermos mentales —como, en alguna medida, los ancianos— no tienen cómo hacer valer sus derechos.

Por eso la sociedad se ocupa —o debiera ocuparse— de proteger a los débiles que no pueden hacerlo por sí. Grandes personalidades —desde el Mahatma Gandhi hasta Konrad Lorenz— han descubierto y enseñado, que el valor de una sociedad y su capacidad para subsistir, dependen de su energía para amparar y promover a sus miembros más indefensos. Las comunidades que olvidan esta misión se transforman, tarde o temprano, en consumidoras de bienestar y productoras de violencia contra todo aquello que entorpezca su logro. En este contexto es inevitable una dictadura vertical —impuesta por los más fuertes— u horizontal —de los más numerosos—. No se respeta al que no tiene poder.

El Poder Judicial, llamado por su misma naturaleza a hacer justicia al agraviado, al débil, al oprimido, al olvidado,, tiene una misión de civilización y de cultura, una misión de salvataje social: realizar los actos necesarios para que la sociedad no destruya sus propias bases.

En nuestro país, sin embargo, durante muchas décadas, esta misión fue paulatinamente olvidada. La protección de los menores fue relegada de hecho en el Poder Ejecutivo, a través de la Secretaría del Menor y la Familia. La de los enfermos mentales no fue asumida por nadie, y esto no solamente aquí, sino en todas las naciones que tienen una legislación parecida a la nuestra. Ya veremos cómo la ley 22.914¹ se inscribe dentro de un cambio de actitud de los jueces civiles, y configura un instrumento apto para hacer efectiva esa protección.

1. Ver apéndice

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

2. EL ENFERMO MENTAL-INCAPAZ

a) EL SISTEMA DEL CÓDIGO CIVIL. SUS LIMITACIONES.

Dos son los ángulos desde los cuales el derecho protege al enfermo mental. El primero y más tradicional es el de la incapacidad. Quien por causa de una enfermedad mental está habitualmente incapacitado para dirigir su persona y administrar sus bienes, es objeto del amparo jurisdiccional, mediante la declaración de insania y después de un proceso judicial. Hasta que sea rehabilitado por otra sentencia, un curador y el asesor de menores e incapaces, controlados por el juez, deciden sobre su habitación, comida y vestimenta, su educación y trabajo, la administración y disposición de sus bienes y la defensa de sus derechos personales y patrimoniales. Esto está legislado en los arts. 140 a 152 y 469 a 490 del Cód. Civil.

La reforma del año 1968 agregó un artículo, el 152 bis, que prohíbe la disposición y aun, en determinados casos, la administración de sus bienes sin la asistencia de un curador a quienes, sin llegar a ser incapaces, tienen una debilidad mental o una adicción que los hace fáciles víctimas de los demás.

Este sistema de protección al enfermo mental-incapaz ha tropezado aquí y en muchas partes del mundo con dos inconvenientes fundamentales, que lo han hecho inapropiado para la mayor parte de la población. Veamos cuáles son y cómo pretende atacarlos la ley 22.914.

El primero es que falta una conciencia sobre las ventajas de denunciar a la justicia la incapacidad de un enfermo mental. Todavía una situación de esta naturaleza es causa de vergüenza en las familias, y se cree además que el proceso judicial traerá más inconvenientes que ventajas. Por lo demás, nuestra legislación civil, pensada con el antiguo concepto de la enfermedad mental y

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

enderezada sobre todo a la protección de los bienes, al igual que los demás Códigos del mundo, no hizo obligatoria la denuncia, y solamente sancionó su omisión en casos extremos de abandono.

En estos supuestos, el pariente tiene obligación de denunciar la insania, y si no lo hace pierde el derecho a la curatela legítima (arts. 378 y 398, inc. 14, Cód. Civil —aplicables por medio del art. 475 del mismo ordenamiento—) y aun a la herencia (art. 3295, Cód. Civil). Sin embargo, la falta de conciencia social sobre la protección del incapaz mediante la declaración de insania, y la vergüenza que todavía va unida a este tipo de denuncias, han hecho que la interpretación de las citadas disposiciones legales, de suyo benignas, las transformaran casi en inútiles².

De este modo el enfermo mental-incapaz quedaba en principio sin amparo judicial.

2. En el Primer Congreso Nacional de Protección al Enfermo Mental, celebrado en Buenos Aires del 6 al 8 de octubre de 1983, se aprobó una recomendación según la cual: "Se recomienda que la mera facultad para efectuar la denuncia prevista en el art. 144 del Cód. civil sea modificada y establecida como 'deber' de efectuarla en aquellos supuestos en los que el denunciado tuviera bienes o necesitase amparo. La sanción por el incumplimiento de esta carga sería diversa, según quien fuera el incum-piente (configuración de una causal de divorcio, pérdida de la vocación sucesoria, procesamiento por incumplimiento de los deberes de asistencia familiar, imposibilidad de ser curador, incumplimiento de los deberes de funcionario público) y el plazo para efectuar la denuncia sería de un año a partir del momento en que la enfermedad se hizo notoria". Nos referiremos en adelante a este congreso como Congreso de Protección al Enfermo Mental. Cfr. también, Molinas, Alberto J., Incapacidad civil de los enfermos mentales, t. 1, cap. XI, p. 241 y siguientes.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

Las denuncias de incapacidad se originaban en la necesidad de que un insano aceptase una herencia —cuando no acordaban los demás sucesores excluirlo de ella, no comunicando su existencia en el sucesorio—. O en los casos en que había que recabar el nombramiento de un curador y la autorización judicial para vender un inmueble de propiedad del insano —salvo que algún escribano se prestase a admitir como válida la firma del enfermo mental—, O cuando éste tuviera que percibir una pensión o una jubilación, y en la caja no se la pagaran ya, por el estado en que veían al receptor del beneficio.

En resumidas cuentas, los sujetos de la defensa judicial quedaban reducidos al estrecho margen de los enfermos mentales-propietarios. Y no a todos, sino sólo a aquellos que alguien quería impedir que se los perjudicase.

La reforma introducida por la ley 17.711 del año 1968 al Código Civil, al legislar la facultad de la autoridad policial, para internar en determinados casos y con inmediata comunicación al juez, puso a la justicia en contacto con otra clase de personas, distintas de las anteriormente descriptas.

Se trataba del enfermo mental miserable, por lo común sin hogar, ni pan, ni trabajo, encontrado en la calle, delirando.

Dejando de lado la circunstancia de que sólo un corto número de internaciones policiales era de veras comunicado a la justicia, lo cierto es que ésta tuvo la oportunidad de proteger a miembros de otro sector social: el enfermo mental-lumpen o miserable.

No la aprovechó bien, sin embargo, porque el amparo del enfermo mental-propietario y más aún el del miserable, tropezaron con lo que llamé "segundo inconveniente": la naturaleza del proceso judicial. Por ley, por costumbre, por

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

inercia y por conformación mental, los jueces, funcionarios, empleados y hasta la estructura material misma de los juzgados civiles respondían al principio dispositivo, según el cual el juez y el proceso solamente se mueven a instancia de las partes, patrocinadas por abogados. El juez, por lo común, no tomaba iniciativas, aunque los modernos Códigos Procesales le hayan dado facultades —no impuesto deberes— en ese sentido.

En estas condiciones, la protección del enfermo mental-propietario con entorno no dispuesto a esquilmarlo, quedaba librada en la mayor parte de los casos a la iniciativa de alguien de fuera del Poder Judicial, y la del miserable encontrado por la policía en la calle, a la iniciativa de nadie. Sin contar con que un gran número de enfermos mentales (el 90 % o más) no contaba siquiera con un proceso iniciado.

b) LA LEY 22.914. Su IMPLEMENTACIÓN. Ha dado respuestas revolucionarias a los dos inconvenientes ya señalados. En primer lugar ha creado un canal de comunicación de datos, que permite detectar la incapacidad y promover el proceso que ampare a una nueva franja de la población. Es uno de los objetivos que persiguen las leyes de internación en el mundo³.

Toda internación no voluntaria es comunicada al asesor de menores e incapaces con un dictamen médico, y toda internación voluntaria en que exista presunta incapacidad, también debe ser informada.

El asesor de menores; por su parte, está legitimado por el Código Civil y por el art. 12, inc. b, de la ley 22.914, a promover el juicio de incapacidad.

3. Cobreros Mendazona, Eduardo, Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales, en "Revista de Administración Pública", 1981, vol. 94, p. 141, 150, 161 y siguientes.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

O sea que toda persona incapaz de dirigir su persona y administrar sus bienes, o inhábil para disponer de ellos, que alguna vez haya estado internada —aunque sea un solo día— en un establecimiento de salud mental, recibirá la consiguiente tutela judicial.

Y para que ella sea efectiva, entra a intervenir la segunda innovación importante que trae la ley: el impulso procesal de oficio. "Los jueces impulsarán de oficio y con la mayor celeridad [o sea, con preferente despacho] las actuaciones relativas a las personas comprendidas en la presente ley" (art. 9.). Y los asesores deberán "controlar el trámite de las actuaciones en que interviene" (art. 12, inc. c). Es decir que en el fuero civil el juicio de incapacidad por enfermedad mental es el único que el juez tiene el deber legal de impulsar él mismo y con la mayor celeridad, una vez promovido por alguien legitimado para hacerlo. Se evita de este modo el estancamiento de las actuaciones por la inexistencia de quien tenga interés en moverlas. Además, el trámite se convierte así en gratuito para quienes carecen de medios con que afrontarlo.

Estas dos reformas constituyen en conjunto un serio intento de llevar la protección social a un gran número de enfermos mentales incapaces.

Antes, por ejemplo, los parientes de un enfermo mental-propietario podían ponerse de acuerdo y no denunciarlo como heredero en una sucesión.

Ahora, basta que aquél haya estado internado alguna vez en su vida para que tenga un curador, un asesor de menores y un juez que lo representen y defiendan. Aquel que tiene su pensión o su jubilación como medio de vida, tendrá un control que impida que otros la cobren y gasten en su propio provecho. Se evitará que

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

habe en condiciones inhumanas, que trabaje como un esclavo moderno, o que deambule sin techo por las calles. Y al que nada tiene, se le conseguirá lo que los parientes, el cónyuge o el Estado deban suministrarle: alimentación, vestimenta, vivienda y trabajo —protegido o no, según los casos—. Sobre este último punto hay que recordar que la ley 22.431 ha concedido importantes derechos al discapacitado mental y ha señalado, como contrapartida, las obligaciones que tienen el Estado y la sociedad para con él. Ellos van desde brindarle una educación diferenciada y una rehabilitación laboral y social, hasta ofrecerle un lugar de trabajo, que en algunos casos deberá ser protegido. Estas disposiciones distan mucho de haber sido satisfechas; más bien se trata de derechos y obligaciones que duermen a la espera de su efectivo cumplimiento. Cumplimiento que los jueces no deben titubear en exigir, de oficio o a solicitud del curador o del asesor de incapaces que intervenga en cada caso. El Poder Judicial se transformará así en uno de los motores de la reforma de las conciencias, de las leyes y de las instituciones, necesaria para poner en movimiento la ley 22.431, respecto del discapacitado mental.

Por supuesto que, si se trata de amparar, las normas, estructuras y hábitos mentales relacionados con el proceso de incapacidad tendrán que irse modificando con el tiempo para hacerlo realmente un instrumento tutelar de distintas capas sociales y no sólo de la del enfermo mental-incapaz-propietario.

Repito que el codificador ha pensado fundamentalmente en él, y ha ordenado minuciosamente todo cuanto se refiere a la administración y disposición de sus bienes. Pero cuando el juicio de curatela abarca a las clases sociales no propietarias, la justicia (incluyo en esta palabra, para simplificar, a curadores, asesores y jueces) debe ocuparse de que los beneficios de la seguridad social

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

lleguen al incapaz, del buen manejo de su escaso dinero, de su habitación, vestido, alimento y educación, entre otras cosas. Esto exigirá una estructura judicial adaptada, con muchos curadores oficiales, asesores de menores y asistentes sociales, y un cambio en la normativa y en la mentalidad, para que el proceso cumpla su verdadero fin.

Otro punto muy importante que habrá que modificar es el criterio para atribuir la incapacidad o la inhabilidad. Hay aquí dos aspectos que deberán tener presentes, no sólo los jueces, los asesores y los curadores, sino también los peritos médicos. En el sistema tradicional, el proceso de incapacidad del enfermo mental-propietario no era iniciado por un motivo de salud mental (p.ej., una crisis que hiciera necesaria su internación), sino por un motivo patrimonial (la aceptación de una herencia, la venta de un bien).

En estas circunstancias, la pericia médica se realizaba sobre una persona que estaba en sus condiciones habituales.

La ley 22.914 —ya lo he dicho— hace que llegue a conocimiento del asesor de menores la noticia de que una persona está internada. Revisada en esos días por los peritos médicos, habitualmente está inmersa aún en la crisis que motivó su internación.

Sería tan negativo privar de toda protección judicial a esa persona internada, como declararla insana sobre la base de un examen médico realizado cuando todavía no se sabía si en un corto lapso iba o no a recuperar su capacidad.

En esos casos, la protección judicial debe limitarse provisionalmente a cautelar los valores personales y patrimoniales —libertad, salud y bienes— de ese ciudadano.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

Pero para denunciar la insania o inhabilitación, para admitir la denuncia y, con mayor razón, para decretar la interdicción o inhabilitación, se aguardará al momento en que sea posible hacer una evaluación sobre si la enfermedad afectará habitualmente a la persona o se trata de un estado pasajero⁴ y Si incidirá o no sobre su capacidad de dirigirse a sí misma y a sus bienes. Una persona puede sufrir una enfermedad mental, un delirio, por ejemplo, y razonar perfectamente en cuanto a la administración de sus bienes y los medios de vida que son necesarios para un desenvolvimiento normal. No requiere entonces la protección de la ley por no darse los extremos del art. 141 del Cód. Civil⁵.

Por otro lado, para que una afección mental implique demencia en sentido jurídico, debe tratarse de una perturbación permanente, o muy prolongada, o repetida con excesiva frecuencia, de modo que constituya el estado ordinario, casi normal, -de ese sujeto, aunque no sea continuo.

Por aplicación de este principio, el asesor ha de demorar la denuncia de incapacidad, y el juez la apertura del proceso y la sentencia, si los síntomas de la demencia fueran recientes; sin perjuicio de adoptar todas las medidas cautelares necesarias para evitar perjuicios a la persona⁶. Es más. Hay ciertas enfermedades

4. Congreso de Protección al Enfermo Mental, comisión II, ponencia 16, (ver Apéndice).

5. CNCiv, Sala F, 29/5I74 ED', 56-541; Id., Id., 10/9/84, LL, 1984D-590.

6. Salvat, Raymundo L., Tratado de derecho civil argentino. Parte general, no 807; Planiol, Marce! - Ripert, Georges, Tratado práctico de derecho civil francés, t. 1, n° 662, citado por Busso, Eduardo, Código Civil anotado, comentario al art. 141, n° 13; Llerena, Baldomero, Concordancias y comentarios del Código Civil argentino, comentario al art. 141 n° 2.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

mentales, bastante frecuentes, en las cuales la persona tiene — medicada o no— ataques y crisis de cuando en cuando, pero puede dirigir normalmente su persona y sus bienes durante lapsos muy prolongados.

Ahora bien, en principio la interdicción no procede si el sujeto goza normalmente de salud, aunque tenga periódicos ataques de demencia. A pesar de ello, por cierto, los actos realizados durante esos períodos pueden ser anulados por falta de voluntad (arts. 900 y 1045, parte la, Cód. Civil)⁷.

La ley, dice Llerena, si bien no exige que el individuo esté en un estado permanente y continuo de enajenación para que pueda ser declarado demente, tampoco permite esa declaración, aunque tenga momentos de verdadera enajenación, si éstos se producen de tarde en tarde⁸.

Para llegar a una convicción seria desde el punto de vista médico, muchas veces el asesor o el juez deberán, antes de denunciar la insania, abrir el proceso o dictar sentencia, hacer examinar en más de una ocasión a la persona, para que los informes periciales permitan estudiar su evolución⁹.

Pero hay más. No será sólo una consideración médico-jurídica, la que decida sobre el ánimo del asesor al denunciar o 'del juez al resolver. Se deberá evaluar cada caso .dé acuerdo con sus circunstancias.¿Qué circunstancias son ésas? Todas aquellas que rodean a la persona en su vida habitual de relación: su medio

7. Encyclopédie Dalloz. Civil, t. IV, voz "Interdiction", n° 81; Planiol - Ripert, Tratado, t. 1, n° 662, citado por Busso, Código Civil, comentario al art. 141, n° 15. -

8. Llerena, Concordancias, comentario al art. 141, ' 3, quien cita a Demolombe, C., Cours de Code Napoléon, t. 8, no 428 a 430; Orgaz, Alfredo, Personas individuales, p. 331.

9. Congreso, comisión II, ponencia 16 (ver Apéndice).

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

familiar y social, sus condiciones de vida y de subsistencia, su riqueza, sus condiciones de vida y de subsistencia, su riqueza, su posición en la sociedad. Recuérdese que' la declaración de insania debe sr un medio de protección, no de coerción arbitraria.

Entonces, en caso de duda, o si una persona tiene una enfermedad latente que probablemente tendrá sus momentos de crisis, el asesor y el juez tendrán que examinar —además de la cuestión médica— si la declaración de insania cumplirá su fin o no. Por ejemplo, si la persona tiene muchos bienes, es probable que sea mejor impedirle que los' venda, a través de la incapacidad o la inhabilitación. En cambio, si tiene un medio familiar confiable y vive de su jubilación o incluso de -su trabajo, la solución podría ser la contraria.

En este sustancial aspecto, para el juez es tan importante la pericia médica como el relato que puedan hacerle los parientes, amigos y vecinos del presunto incapaz sobre el desenvolvimiento real de su vida pasada y sobre la calidad del entorno que lo rodea.

El psiquiatra sólo puede detectar la existencia de la enfermedad mental y sus posibles proyecciones sobre la capacidad de la persona para dirigirse y administrar sus bienes. Pero la realidad concreta de esta proyección —que es lo que interesa al juez— no es el perito quien puede develarla, sino quienes han sido y son sus testigos¹⁰.

Es imperioso, pues, consultarlos, para no errar.

Pero retornemos a nuestro tema. La ley 22.914 constituye en primer lugar, entonces, un instrumento para que el Poder Judicial vaya asumiendo y haciendo efectiva su función defensora del incapaz por enfermedad mental. Automáticamente llegarán a

10. Congreso, comisión II, ponencia 16 (ver Apéndice); Molinas, Incapacidad, t. II, p. 130; Spota, Alberto G., Tratado de derecho civil, t. 1, vol. 32, n° 917.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

su conocimiento un gran número de casos que lo pondrán en contacto con enfermos mentales de todas las clases sociales.

El proceso —ahora impulsado de oficio— deberá ganar en exactitud y fluidez, y sobre todo habrá que cambiar normas, conductas y hábitos para que sea realmente protector.

Llegado a este punto, el Poder Judicial estará en condiciones de ser un verdadero amparo de los incapacitados por enfermedad mental, e inclusive habrá llegado el momento en que estará legitimado para dialogar con los demás poderes del Estado para encontrar soluciones a las gravísimas carencias que hacen del discapacitado mental el paria de los parias. Pero éste es otro tema, al que me referiré al final.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

II. EL ENFERMO MENTAL-INTERNADO

1. INTRODUCCIÓN

He aquí un punto muy poco tratado por los hombres de leyes, y que presenta perfiles jurídicos de gran interés, que incluso trascienden la cuestión en si para proyectarse a horizontes más amplios. Sin embargo, los abogados se vieron envueltos en el desinterés general de toda la sociedad sobre el problema, no sólo en nuestro país sino en todas las partes del mundo¹¹.

"Entre nosotros, hasta hace poco, no causaba alarma que un enorme número de internados lo estuviera durante años, en muchísimos casos hasta morir, sin que nadie garantizase que sus derechos personales y patrimoniales fueran respetados, y sin que la privación de la libertad tuviese una contrapartida terapéutica.

No llamaba la atención, tampoco, que en un mismo hospital, junto a enfermos mentales se encontrasen oligofrénicos adultos, psicópatas, sociópatas, alcohólicos, toxicómanos y seniles, dentro de una especie de depósito humano que no sólo frustrara casi toda expectativa favorable de curación, sino que llevara al agravamiento de la dolencia.

Los instrumentos legales y las estructuras judiciales no se renovaban para proteger al enfermo mental y ayudarlo en su recuperación.

11. Cobreros Mendazona, Aspectos jurídicos, p. 135 y siguiente.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

Olvido particularmente grave por ser la integridad psíquica, la dignidad y la libertad del hombre los valores primordiales en juego. O sea, nada menos que aquellos valores que están en el corazón mismo del derecho”¹².

Uno se pregunta ante todo por qué todas las leyes, entre ellas la nuestra, distinguen la internación por problemas de salud mental de las otras debidas a cuestiones físicas, y disponen como necesaria la orden judicial.

La respuesta es obvia, pero vale la pena recordarla: la internación en establecimientos de salud mental puede ser voluntaria, pero en la gran mayoría de los casos no lo es. La persona es internada precisamente porque no puede discernir ni obrar con voluntad libre. Se dispone de una persona, se la saca de su casa y de su trabajo, se le impide de hecho disponer y administrar sus bienes, comunicarse con parientes y amigos; se le suministran psicofármacos y electroshock, se le impone un programa de curación, y todo esto—admitámoslo por hipótesis— en su propio beneficio.

Pero lo cierto es que se dispone de una persona, de su intimidad, de lo que puede hacer y no puede hacer, de lo que resultará de ella en el futuro, sin que intervenga la libre voluntad de esa persona, ni muchas veces la del que la ley señala como su representante legal: el padre, la madre o el tutor de un menor de edad, o el curador del ya declarado insano¹³.

Que una persona decida por otra de esa manera es algo que la ley prohíbe. Toda decisión que afecte valores esenciales de una

12. Congreso, discurso del doctor Jorge E. Beltrán en la inauguración (ver Apéndice).

13. Cobreros Mendanoza, Aspectos jurídicos, p. 150. En Francia el internado es considerado una suerte de incapaz de hecho, aunque no sea insano.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

persona debe ser adoptada por ella misma o por su representante legal, y si no, *el Poder Judicial*. La reciente historia de los argentinos hace innecesario todo comentario a este respecto.

Pero antes de seguir con este tema y ver cómo la Constitución Nacional, el Código Civil y la ley 22.914 tienen una homogeneidad y continuidad perfectas, convendrá que hagamos un alto para estudiar cuáles son los derechos del internado, o sea, cuál debe ser el sentido de la actuación del Poder Judicial en este ámbito¹⁴.

2. LOS DERECHOS DEL INTERNADO

a) DERECHO A LA INTERNACIÓN. El primer derecho de un enfermo mental que necesita internarse, es poder hacerlo. El Estado moderno, en su deber de "promover el bienestar general" y más concretamente la salud de los ciudadanos, no puede desentenderse de garantizar ese derecho.

Que existan camas suficientes en todos los lugares del país y para todas las clases sociales, es algo por lo cual debe velar el Estado, en todos los lugares del país, y no sólo en Buenos Aires y su cinturón, adonde afluyen personas de muchas provincias con poca esperanza de retorno. Si hoy en día se procura que el enfermo mental no sea segregado de su medio, que pueda volver a él cuanto antes, porque la separación innecesaria agrava su estado, es lógico que el lugar de internación esté lo más cerca posible de la casa y del trabajo del enfermo. Se impone, pues, la creación de muchos centros de internación, pequeños y diseminados por toda la extensión del territorio. Además, la persona

14. La ley de salud mental del Estado de Luisiana, EE.UU., incluye los derechos del paciente internado, que parcialmente coinciden con los que aquí exponemos. Ver, Slovenko, Ralph - Super, William C., Commitment procedure in Louisiana, "Tulane Law Review", 1961, vol. 35, no 4; Cu-ran, W. J. - Harding, T. W., The law and mental health. Harmonizing objectives, p. 87 y siguientes.

2. Cárdenas.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

que es internada a muchos kilómetros del lugar donde residía con su familia, disminuye sus posibilidades de egreso en proporción inversa a la distancia: el costo del pasaje, las dificultades de comunicación, la duración del viaje y la consiguiente pérdida de días de trabajo, la dificultad de la estadía; todo ello y mucho más entorpece de tal modo las cosas ya de suyo difíciles, que gran parte de los enfermos crónicos que se domicilian para siempre en nuestros grandes hospitales porteños, vienen de provincias. Y en segundo lugar, para todas las clases sociales. El Estado debe controlar que los seguros de salud y de los demás sistemas privados de asistencia médica con internación prevean la que se origina en la enfermedad mental. Lo mismo debe hacer, y con mayor razón jurídica, con la obras sociales y con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Este control especial es imprescindible, porque las personas, por obvias razones psíquicas y sociales, nunca piensan en la cobertura de la enfermedad mental cuando ésta no los ha afectado directa o indirectamente, y en el momento en que esto sucede, ya es tarde, porque se han inscripto en un servicio que no la cubre, o no han luchado para que su obra social o el PAMI lo haga.

Pero además de este necesario contralor, el Estado debe proveer, a través de cualquiera de los múltiples medios ensayados en el mundo, u otro cualquiera, a que las personas que por su condición no tienen cobertura de ninguna índole, también puedan internarse y cerca de su domicilio. En este sentido, el ciudadano desprotegido tiene derecho a que el Estado moderno garantice su derecho a la internación.

Es necesario, por último, que los centros de internación públicos y privados estén diversificados en su función, para que unos alberguen a psicóticos agudos, otros a crónicos, otros a oligofrénicos o simples débiles mentales, otros a alcohólicos,

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

otros a toxicómanos, otros a sociópatas y psicópatas, otros a seniles. Hoy en día, en los grandes hospicios, casi todos ellos están juntos, lo cual obstaculiza la curación y agrava las dolencias.

b) **DERECHO A UNA ALTERNATIVA QUE RESTRINJA MENOS SU LIBERTAD.** En los últimos años se ha producido una feliz coincidencia, que parece definitiva, entre los avances de la psiquiatría y los antiguos y saludables principios jurídicos defensores de los derechos de la persona.

La psiquiatría, por su lado, ha abandonado hoy la idea de que la internación sería por sí sola curativa, por segregar al enfermo del desorden del medio en que habita e instalarlo en un lugar lógico, racional, ordenado y terapéutico. El tratamiento ambulatorio, la nueva psico-farmacopea, la psicoterapia, la terapia ocupacional, los hospitales de día y de noche, las casas de medio camino, la internación domiciliaria y la atención a domicilio, han transformado la internación clásica en el último recurso utilizable cuando los demás no bastan; último recurso que debe dejar de ser usado cuando los otros puedan entrar útilmente a funcionar. Y ello así porque la experiencia ha demostrado que si la internación se suministra —como cualquier remedio— cuando no es necesaria, o más tiempo del imprescindible, los efectos no son terapéuticos sino, por el contrario, generan enfermedad. A la dolencia que el paciente lleva se le agrega otra nueva, el "hospitalismo" o la "institucionalización"; el acostumbamiento, en suma, a un régimen de vida subhumano, porque sus posibilidades de libertad y de creación están coartadas, sus necesidades primarias se atienden sin necesidad de lucha, y las secundarias se borran del horizonte o se satisfacen por caminos

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

tortuosos. Las personas después de un tiempo de internación reaccionan todas en forma sugestivamente parecida: contestan, caminan y hasta miran con cierta similitud. Es el efecto de la internación, no de la enfermedad.

Esta situación se da a la larga aun en la mejor de las internaciones posibles, porque es de la esencia misma de la internación. En esas condiciones las energías vitales sanas del enfermo, las que deban concurrir a curar su parte mala, se bloquean y debilitan hasta la extinción.

El derecho, por su lado, siempre ha tenido en su corazón la defensa de los derechos de la persona y, entre éstos, el de la libertad ha sido privilegiado, porque es primario: la persona es persona porque es libre. En nuestro ordenamiento positivo, la Constitución Nacional preserva la libertad en los arts. 14, 18 y 19. Naturalmente que este derecho, como todos los demás, puede ser limitado, cuando haya razones superiores de interés público que obliguen a ello.

Así acaece cuando la persona en libertad es realmente peligrosa para terceros, o puede dañarse a sí misma, o el no internarla pueda deteriorar gravemente su salud mental para siempre. En estos casos, la libertad individual, que puede ser restringida por las leyes que reglamentan su ejercicio (art. 14, Const. Nacionales cercenada mediante una internación judicial (art. 482, Cód. Civil).

Pero la limitación de los derechos constitucionales sólo es legítima cuando no es arbitraria, desigual, carente de fundamento, de índole persecutoria, desproporcionada, y no implica el aniquilamiento del derecho. Es la permanente doctrina elaborada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación,

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

con referencia a los derechos de libre comercio¹⁵; de reunión¹⁶; de trabajar¹⁷; de publicar ideas¹⁸; de propiedad¹⁹; y de expresión artística²⁰, entre otros.

Con referencia a la privación de la libertad por internación en establecimientos de salud mental, la Corte Suprema se ha limitado a recordar siempre la necesidad de una orden judicial²¹ sin incursionar en las circunstancias que permitían esa privación de libertad, ni en sus extremos y modalidades.

Sin embargo, es obviamente aplicable aquí la doctrina elaborada para otros derechos: la privación de libertad motivada por razones de interés público, no debe ser desproporcionada ni implicar el aniquilamiento del derecho. En otras palabras: la internación sólo es jurídicamente admisible si es el único medio que; en el caso real, conduce al fin perseguido (no es procedente eliminar drásticamente un derecho 'constitucional si por otro medio menos lesivo se puede lograr aquello en que el interés público está interesado, porque habría desproporción) y se tiende a la

15. CSJN, 17/3/43, Fallos, 195:114 a 117.
16. CSJN, 7/4/47, Fallos, 207:254 a 256.
17. CSJN, 26/9/49, Fallos, 214:618 a 622. 8 CSJN, 26/6/50, Fallos, 217:157 a 163.
18. CSJN, 26/6/50, Fallos, 277:158 a 163.
19. CSJN, 8/7/70, Fallos, 277:158 a 165.
20. CSJN, 29/6/76, Fallos, 295:216 a 218.
21. CSJN, 16/11/23, Fallos, 139:157 a 160; íd., 25/11/54, Fallos, 230:335 a 337.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

restauración del derecho a la libertad, o sea a la externación, en caso de ser posible.

Lo contrario implicaría el aniquilamiento del derecho. De estas dos condiciones, la segunda es fundamento del derecho al tratamiento, del que más adelante me ocuparé. La primera, en que me detengo ahora, funda el derecho de la persona —enraizado en la Constitución— a que se le proponga antes de internarla un medio de curación menos privativo de su libertad, en caso de ser posible, y a que se la externe lisa y llanamente o mediante la utilización de un medio como el indicado, apenas la internación deje de ser estrictamente imprescindible²².

Dije antes que en esto felizmente coinciden las ciencias psiquiátrica y jurídica. En el Congreso de Protección al Enfermo Mental fueron varias las ponencias aprobadas y en las cuales se pusieron explícitamente de relieve estas conclusiones²³. Lo que no coincide por ahora, en cambio, con estos principios, y es de lamentar, es lo más importante: los hábitos mentales, las conductas y las instituciones.

Los hábitos mentales y las conductas de muchos psiquiatras y de la generalidad de los médicos forenses, magistrados y unccionarios judiciales están imbuidos del antiguo concepto de la internación-solución y no del nuevo de la internación transitoria como terapéutica para casos determinados, siempre dispuesta con miras a la curación o al mejoramiento y al egreso.

Es mucho, muchísimo, lo que se debe cambiar en este orden de

22. Esta doctrina se encuentra ampliamente desarrollada y fundada en Chambers, David L., *Alternatives to civil commitment of the mentally ill: practical guides and constitutional imperatives*, «Michigan Law Review», 1972, vol. 70, no 6, p. 1108 y siguientes.

23. Congreso, comisión 1, ponencias 1, 2, 4, 8 y 11 (ver Apéndice).

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

cosas. Lo primero, quizá sea revisar escrupulosamente cuándo es inevitable la internación : profundizar y esclarecer el poco estudiado concepto de "peligrosidad para sí y para terceros" y comprobar la existencia de esa peligrosidad en el caso concreto; verificar en otros casos si hay necesidad absoluta de internación como único tratamiento posible; constatar en todas las hipótesis si no serían eficaces tal vez otros medios que restrinjan menos la libertad.

Es importante que los jueces, asesores de incapaces, curadores y funcionarios en general, tengan en claro las ideas y muy presentes los hechos de cada caso, para no verse inevitablemente arrastrados por el dictamen médico.

Porque éste atiende en la generalidad de los casos a una parte de la realidad (el enfermo en su estado actual), olvidando el resto (la historia del paciente, su familia, su trabajo, sus amigos, los recursos de seguridad social con que cuenta, su patrimonio), elementos que muchas veces son más importantes que la opinión médica instantánea y limitada, para decretar la necesidad de una internación. En todo caso, el dictamen médico se enriquecerá y será más completo y preciso si cuenta con esos datos.

En este sentido se ha expedido también el Congreso de Protección al Enfermo Mental en dos ponencias²⁴.

Ver la realidad concreta del enfermo y su circunstancia es primordial para verificar si es necesaria su internación, o si con apoyo externo puede ensayarse un tratamiento ambulatorio, o la concurrencia a un hospital de día, o una internación domiciliaria, por ejemplo.

No menos importante es considerar también la realidad concreta del lugar en que el enfermo, de no optarse por una alternativa,

24. Congreso, comisión 1, ponencia 2, y comisión II, ponencia 8 (ver Apéndice).

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

sería internado. Porque muchas veces la internación es provechosa en un establecimiento de ciertas características, o donde el tratamiento es adecuado y eficaz. Pero de hecho ese establecimiento no existe, o está demasiado lejos, y el lugar real donde se realizaría la internación sería, por ejemplo, un inmenso hospicio sobreocupado por crónicos, psicópatas y alcohólicos, cuyo solo contacto enferma al internado. Habrá que pensar entonces dos y tres veces si no será mejor que corra el riesgo de permanecer en su casa, riesgo a veces menor que el de internarse.

De aquí también la importancia de las visitas del juez y de los asesores de incapaces a los lugares de internación. No sólo para comprobar que sus internados reciben un trato humano y atención médica adecuada, sino también para poder evaluar, en otros casos, si la internación es o no la solución apropiada.

La decisión realista debe estar guiada por la prudencia del juez, y no por el temor del funcionario. En cada caso, habrá que considerar si para esa persona concreta la internación, es necesaria o existen otros medios alternativos; qué riesgos concretos y probables presenta la no internación, y qué riesgos para el futuro de la persona crea la internación en el lugar concreto donde puede realizársela.

Existe el gran peligro, cierto y verdadero, de destruir a una persona por una orden equivocada de internación, dada en virtud de presiones o informes falsos que obran sobre el miedo de que el enfermo dañe a alguien. De estas presiones e informes no están libres ni los psiquiatras, ni los médicos forenses, ni los asesores de incapaces, ni los jueces, ni los demás funcionarios. De lo que pueden y deben estar libres es del falso temor que elige siempre y sin investigar la internación, porque ordenándola toda responsabilidad parece salvada, ya que sólo se atiende a una

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

eventual peligrosidad y no a la recuperación de la persona.

Ya se verá más adelante cómo, por lo demás, la peligrosidad del enfermo mental se limita a ciertos casos muy específicos. La identificación de enfermedad mental con peligrosidad es en realidad un mito social que no tiene nada de científico. Los médicos, los jueces, los asesores y los funcionarios deben desembarazarse de los mitos y juzgar con acierto las realidades.

En la mayoría de los casos, bajo el manto de la "peligrosidad" se cubre la falta de medio familiar continente. El enfermo vive solo o con una familia que no lo soporta. Si no se lo interna, tendrá que arreglarse por sí solo, y no está en condiciones de hacerlo. La internación no sería necesaria si la comunidad contase con medios de ayuda —pensiones y atención domiciliaria— que muchas veces existen en los papeles pero no en la realidad, como según veremos es el caso del PAMI. En estos casos la internación es un sucedáneo de esos servicios, que son en realidad muchísimo 'más baratos para el prestatario —el Estado o la obra social— que la internación.

En muchos otros casos el enfermo a quien se atribuye "peligrosidad" no puede vivir solo simplemente, porque no puede ganarse la vida; o no tiene vivienda, o no tiene dentadura, o no tiene anteojos. El asesor de incapaces, el ¿tirador o el juez harían bien en exigir estos servicios o bienes de quien está obligado a prestarlos —el Estado, la obra social, o los parientes— antes de internar para siempre a una persona simplemente por alguna de esas razones.

El juez tiene el deber de buscar una alternativa a la internación; tiene también el derecho de imponer esa alternativa. El, derecho' de imponerla, en primer lugar, al enfermo, porque quien puede lo más —internar—, puede lo menos: exigir el cumplimiento de un

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

tratamiento ambulatorio, o la concurrencia a un hospital de día, o la sujeción a una internación domiciliaria, o la aceptación de la atención domiciliaria.

Tiene también derecho a exigir del Estado la creación de medios alternativos de la internación, de obligar a que sean aceptadas y cumplidas sus órdenes de atención a determinadas personas en los programas existentes, y de que se le brinde una información completa, actualizada y clasificada sobre esos programas²⁵.

De lo contrario, el juez no tendría poder ninguno para cumplir con su deber, que es el de hacer respetar el derecho del enfermo mental. Pero eso no basta. El juez tiene que poseer medios para que su decisión sea justa. No es suficiente el informe médico, porque, como vimos, éste se desentiende del entorno y de la historia del enfermo y de las posibilidades que ofrece su medio social para evitar la internación. Se necesitan asistentes sociales que provean al juez de todos los datos acerca del enfermo y sobre los medios que la comunidad tiene para ampararlo. Sólo así podrá el juez' decidir bien. Para las internaciones dispuestas por la autoridad policial, esta información será brindada al juez instantáneamente en el centro de observación previsto por el art. 14 de la ley 22.914, « pero para las demás internaciones los datos deben suministrarse al juez en el momento y en el juzgado.

Si hay que modificar los hábitos mentales, las conductas y las decisiones, no menos deben cambiar las instituciones. Y las exigencias fundadas de los jueces deben pesar en este sentido. No es aceptable, por ejemplo, que las obras sociales y el PAMI privilegien, en los hechos, la internación, por encima de toda otra terapéutica, al punto de carecer casi de hospitales de día y de noche, de casas de medio camino y otros recursos,

25. Congreso, comisión 1, ponencia 2 (ver Apéndice); Chambers, *Alter-natives*, p. 1170 y 1190.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

aunque en el programa médico social para el tercer nivel de atención del PAMI figuren la atención domiciliaria programada, el auxilio domiciliario y el centro de día como prestaciones previas a la internación y, por supuesto, mucho más baratas. Incluso hay personal contratado para estos servicios, que permanecen ocultos para el gran número de los afiliados. Los asesores de incapaces, los curadores y los jueces tienen el derecho y el deber de exigir que se cumpla con los programas de la institución a que pertenece el enfermo, y que el Estado cumpla a su vez con su obligación constitucional de promover el bienestar general y la salud de los ciudadanos.

c) DERECHO AL EGRESO. Otro punto en que los hábitos mentales deben cambiar: médicos y hombres de derecho deben llegar a tener como mira la externación, ya sea lisa y llana, ya con una alternativa que limite menos la libertad. No sucede así, por ahora; la internación es más bien el punto final de un proceso, cuando en realidad debería ser el inicio de una obra que terminara con el egreso.

Una externación innecesariamente retardada, ya sea por las razones económicas o sociales que antes vimos, o por un trámite judicial, conspira contra la salud del enfermo. Y aleja la posibilidad cierta de egreso, ya que está comprobado que la disposición de la familia a recibir al paciente disminuye en proporción inversa al prolongamiento de la internación.

Médicos, asesores, curadores y jueces deben estar pendientes de que la internación que se inició por causas que la hacían realmente imprescindible, cese apenas esas causas desaparezcan, o la situación del enfermo haga posible y eficaz el uso de otro medio terapéutico. Es importante, en este sentido, que la ley 22.914 obligue al director del establecimiento a pedir el egreso

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

del internado al juez cuando la persona está en condiciones de ello (arts. 50, inc. c, y 11); y también en el caso de los asesores de incapaces (art. 12, inc. c).

d) **DERECHO A LA PROTECCIÓN DEL ESTADO.** A los enfermos mentales no se los oye ni individual ni colectivamente. Tampoco tienden a agremiarse. Sus familiares, en general, se desentienden de ellos, pero los que no lo hacen y se unen para peticionar, tampoco son escuchados. Carecen de credibilidad y de poder. Es la misma enfermedad mental, su estigma social, lo que conspira en su contra.

Pero hay alguien que tiene que velar por los derechos del enfermo mental. El Poder Judicial, el juez, el curador, el asesor y sus colaboradores, están para eso. Por este motivo, la carencia de poder económico y de poder social de los enfermos mentales puede y debe suplirla el Poder Judicial, y este Poder puede y debe dialogar con los otros y exigir que los derechos de aquéllos sean respetados.

Es el caso del derecho a la internación, del derecho a la existencia de medios alternativos menos privativos de libertad y del derecho a la externación. El Poder Judicial, los jueces individualmente, tienen el deber de exigir el respeto a estos derechos: la creación de lugares de internación donde no los haya y se pueda; la creación de medios alternativos como asistencia e internación a domicilio y hospital de día, y los poderes públicos y las instituciones privadas tienen la obligación de colaborar con la justicia, suministrándole en forma ordenada y clasificada la información necesaria sobre la existencia de recursos, y poniendo a disposición sus servicios²⁶.

e) **DERECHO AL TRATAMIENTO.** Cuando no hay otra alternativa que la internación, existe el derecho a poder internarse.

26. Chambers, Alternatives, p. 1169, 1177 y 1190.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

Pero la internación —ya lo hemos visto—, debe tender al egreso y en la medida de lo posible a la curación.

De ello se sigue que la pérdida de la libertad que supone la internación por enfermedad mental, para ser jurídicamente procedente, debe tener necesariamente una contrapartida: el tratamiento. El enfermo debe ser sometido a un programa de curación que normalice en la medida de lo posible el ejercicio de sus facultades psíquicas²⁷.

Todo establecimiento de salud mental debe tener un programa de curación, porque es su columna vertebral. Los profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, mucamas, terapeutas y hasta el personal de maestranza) serán capaces de rendir provechosamente en la medida en que ordenen sus pasos al compás de un programa de curación. Sin programa, la más bella y onerosa de las instituciones no pasará de ser una jaula de oro.

Este programa de curación es elegido, naturalmente, por las autoridades del establecimiento, y está ordeñado a un determinado tipo de pacientes. Por eso el juez debe tratar de disponer la internación de una persona en una institución que esté programada para el tipo de enfermedad que la aqueja. De lo contrario su orden seguramente no será resistida, pero el paciente no recibirá el tratamiento adecuado y perjudicará, además, a los otros internos del establecimiento. Por otra parte, cuando el enfermo evoluciona hacia la salud o hacia la cronicidad, será muchas veces atinado variar el lugar de internación, adaptándolo

27. En los Estados Unidos nació en la década del 60 la doctrina judicial del "derecho al tratamiento" que sostuvo -con algunas variantes- que la omisión de tratar a un enfermo mental involuntariamente internado constituía una denegación del debido proceso. Benton, Robert T., *Crite-ria in Civil Commitment Proceedings*, "University of Miami Law Review", vol. 26, summer 1972, no p. 671, nota 77 y Schneider, Joseph, *Civil Com-mitment of the Mentally Iii*, "American Bar Association Journal", oct. 1972, vol. 58, p. 1060 y 1061.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

a las exigencias de dicha evolución. La ley de internación prevé que el director solicite al juez "la transferencia del internado a otro establecimiento" (art. 51, inc. c), y ello debe ser prontamente resuelto por el magistrado.

Las negligencias, omisiones y retardos, ya provengan del establecimiento o del Poder Judicial, en torno del tratamiento del enfermo, transforman automáticamente su internación en una pérdida ilegítima de la libertad, porque lo único que la convalida es el intento de recomponer, en la medida de lo posible, las facultades mentales del paciente. Nuestro derecho no registra aún antecedentes en este sentido; los Estados Unidos de Norteamérica, en cambio, han avanzado mucho por este camino. El Congreso de Protección al Enfermo Mental, por su parte, consagró el "derecho al tratamiento" en los términos en que se exponen en este trabajo²⁸.

He dicho antes que el tratamiento debe devolver "en la medida de lo posible" la salud mental, lo cual plantea dos problemas. El primero es que el programa de curación al que se someterá el enfermo presenta habitualmente opciones: máxime dentro de una ciencia joven aún, como la psiquiatría. No se trata, pues, de que el enfermo sea sometido a un determinado tratamiento, sino a un tratamiento eficaz, dentro de los varios posibles ¿lue la sociedad de su tiempo y de su lugar ofrece. El Poder Judicial no tiene, naturalmente, competencia para elegir el tratamiento, pero sí para verificar que la persona internada reciba un tratamiento adecuado. Y según la ley de internación, es obligación de asesores de incapaces y de magistrados que lo hagan así (arts. 10 y 12), como lo es de los curadores, de acuerdo con el Código Civil (art. 481). Para su efectivo cumplimiento, la ley prevé visitas periódicas a los internados, a lo cual podrán agregarse revisiones médicas también periódicas llevadas a cabo por un cuerpo médico forense

28. Congreso, comisión 1, ponencias 3 y 4 (ver Apéndice).

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

organizado en forma apta para cumplir su función²⁹.

La segunda cuestión que se plantea es la del enfermo que por la índole de su dolencia no puede curarse, y a veces ni siquiera mejorar. La internación se justifica, entonces, si el enfermo recibe un tratamiento que no puede recibir en otra forma, que limite menos su libertad, y si tal tratamiento contribuye a su mejoría o al menos evita que empeore. Naturalmente que si, en el caso concreto, ese tratamiento u otro eficaz puede lograrse sin internación, ésta no será legítima. Por otra parte, la internación de un enfermo puede justificarse, aunque no se pueda influir sobre su psiquis de ningún modo o dicha influencia pueda lograrse teóricamente sin internación, cuando, en el caso concreto, el enfermo no puede vivir sin estar internado (porque carece de una familia que lo reciba) o porque, en caso de tenerla, no recibiría un tratamiento (porque la familia no tiene responsabilidad, o autoridad sobre el enfermo). En este último caso, si el tratamiento es necesario, la internación se justifica.

f) DERECHO A ENTERARSE DEL PROGRAMA DE CURACIÓN. El "derecho al tratamiento" se complementa con otro que le está íntimamente ligado y es el derecho del internado "a enterarse, en la medida en que no sea contraproducente, del programa de curación al que será sometido"³⁰.

Doy por supuesto ya que existe en el establecimiento "programa de curación" para ese enfermo; de lo contrario, su internación sería ilegítima.

Ahora bien, como el enfermo es persona, y el tratamiento se dirigirá por una vía u otra a lo que más íntimo hay en él, esto es, su psiquis, tiene un elemental derecho a enterarse de qué se le hará, en la medida en que pueda entenderlo y no sea

29. Congreso, comisión 1, ponencia 4 (ver Apéndice).

30. Congreso, comisión 1, ponencia 8 (ver Apéndice).

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

contraproducente. Que el enfermo sea respetado como persona, incluso facilita en muchos casos el éxito de los medios terapéuticos.

Pero cuando el enfermo no puede enterarse del programa de curación del establecimiento, porque no está en condiciones de entender, o es contraproducente, hay otras personas que deben enterarse por él: el juez que dispuso la internación, el asesor que la pidió, el curador o el defensor en su caso. Es muy importante tener presente esta variante del "derecho a enterarse del programa de curación" para entender después algunos aspectos de la ley de internación y, más adelante todavía, algunas reflexiones que haré sobre la relación del Poder Judicial con la política de salud mental.

g) DERECHO A LA COMUNICACIÓN. He explicado ya cómo, a la luz de la doctrina de la Corte Suprema, el cercenamiento de un derecho constitucional, por razones superiores de interés público, debe ser proporcionado al fin que se pretende lograr. De este modo la Internación debe restringirse al mínimo y también debe serlo su intensidad.

De ahí el derecho del internado a enterarse del programa de curación, y de ahí también su derecho a comunicarse con los demás, en la medida, naturalmente, en que esta comunicación no sea nociva para su salud o contraindicada para el tratamiento proyectado.

Eliminadas estas excepciones, el internado tiene derecho a comunicarse con todos³¹. Pero, como muchas veces le es de hecho imposible hacerlo, porque sus parientes, amigos y compañeros de trabajo no se enteran de su internación, el director del establecimiento tiene, por la ley 22.914, la obligación de informar

31. Congreso, comisión 1, ponencia 8 (ver Apéndice).

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

inmediatamente a los parientes del internado u otras personas que éste indique (art. 60).

La comunicación, además de ser un derecho natural de la persona, que se destruye en el aislamiento, es la única defensa que tiene el internado por enfermedad mental. En la generalidad de los casos, si la internación es ilegítima por falta de necesidad o de tratamiento y el Poder Judicial ha actuado mal al decretarla o no controlarla, el enfermo no podrá defenderse si no es por medio de la comunicación con otros. Esto ocurre, no sólo con las internaciones psiquiátricas, sino también con las relacionadas con enfermedades físicas en general, y por eso es tan común ver la restricción de los horarios y de las visitas en los lugares en que no se desea un control. Un establecimiento que se responsabiliza de lo que hace está siempre orgulloso de mostrarlo y no teme las visitas ni la comunicación de los internados con el mundo exterior, siempre que se respete, naturalmente, el orden.

El derecho de comunicación, pues, está firmemente ligado con el derecho del enfermo a defenderse de una mala internación, y este derecho es tan importante que el art. 80 de la ley 22.914 establece que "el internado podrá ser siempre visitado por su representante legal o por el defensor especial previsto en el art. 482 del Cód. Civil". Y añade: "Tales visitas no podrán ser impedidas". Es decir que el derecho a la comunicación nunca puede ser restringido en su totalidad, y siempre que sea necesario limitarlo, habrá de hacerse en forma mínima.

h) DERECHO A LA PROTECCIÓN DEL PATRIMONIO Y DEL LUGAR FÍSICO QUE OCUPABA ANTES DE INTERNARSE. El internado tiene derecho a que el Poder Judicial proteja su patrimonio, aunque él no sea incapaz o inhábil,

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

y aunque su insania o inhabilitación no se haya iniciado ni se deba iniciar siquiera.

La razón es que de hecho el internado por enfermedad mental está imposibilitado de defender por sí mismo sus bienes. A tal punto, que la doctrina francesa lo considera una suerte de incapaz de hecho³². Atinada o no esta calificación, lo cierto es que el internado por enfermedad mental no está en la generalidad de los casos en condiciones de proteger su patrimonio, y esta sola inhabilidad es causa suficiente para que el Poder que ordenó su internación se ocupe de que no sea esquilado. A este fin los asesores y defensores pedirán y los jueces ordenarán todas las medidas cautelares que sean necesarias para que el sueldo, la pensión, la jubilación o las rentas se administren bien, y los bienes no sean sustraídos.

En especial debe cuidarse con celo que subsista el lugar físico que el internado ocupaba antes de internarse. Porque en el caso tan corriente de que se lo suplante sacando la cama y poniendo otro mueble, o instalando otra persona, las posibilidades de egreso del enfermo no extremadamente pudiente se reducen muchísimo³³. El enfermo mental no está habitualmente en condiciones de promover las denuncias y acciones que lo llevarán a recuperar su lugar en la casa y poder así egresar del establecimiento. Por eso, una vez más, es el Poder que ordenó la internación el que debe velar porque el egreso sea posible.

El derecho a la protección del patrimonio implica también que los deudores del internado cumplan sus obligaciones. No me refiero

32. Cobreros Mendazona, Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales, en "Revista de Administración Pública", 1981, vol. 94, P. 150.

33. Congreso, comisión 1, ponencia 8 (ver Apéndice).

3. Cárdenas.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

sólo a las deudas convencionales, sino en especial a las que emanan de la naturaleza y de la ley, y sobre todo a la de alimentos. ¡Cuántas veces el padre o la madre o el cónyuge o el hermano están internados porque su esposo o el pariente más próximo lo dejó en el establecimiento para no cumplir el deber de alimentarlo!

La defensa de los derechos del internado exige en estos casos lograr judicial o extrajudicialmente una equitativa cuota alimentaria, que servirá en muchos casos para externar.

Otras veces, el internado es acreedor de una pensión o una jubilación, que no está capacitado para obtener, o de los servicios de una obra social o de PAMI, que está imposibilitado de reclamar. También es un derecho que debe hacerse cumplir y que en más de un caso posibilita la externación.

i) DERECHO A TRABAJAR, A REHABILITARSE YA RESOCIALIZAR-SE. El derecho a trabajar está consagrado en el art. 14 de la Const. Nacional para todos los habitantes del suelo argentino. Los internados que deben permanecer en un establecimiento en forma prolongada o permanente, tienen por tanto derecho a trabajar en una ocupación útil adaptada a su capacidad, y a percibir una remuneración justa por el fruto de su labor³⁴.

El trabajo es, en primer lugar, una forma de subvenir a las necesidades, de proteger y de incrementar el patrimonio. Pero, además, es una forma de entrar en relación con el mundo, de brindar las propias posibilidades y de recibir a cambio, por la vía del dinero, bienes producidos por otros.

Este intercambio vital es, bien utilizada, terapéutico, y de ahí la gran importancia que a la labor del paciente internado se le da

34. Congreso, comisión 1, ponencias 8 y 13; comisión Iii, ponencias 3 y 19 (ver Apéndice).

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

hoy en día.

Hay aquí dos puntos que me parecen claros y esenciales. El primero, que el trabajo no es sólo una terapia, sino, repito, un derecho del internado. No es optativo para los establecimientos permitir y facilitar el trabajo de los pacientes de internación prolongada o permanente, cual si fuera una terapia que se programa o no. Es un derecho, y el Poder Judicial puede y debe exigir que se cumpla. He aquí un aspecto que convendrá recordar cuando más adelante toquemos la relación entre el Poder Judicial y la política de salud mental.

En segundo lugar, no se trata de un trabajo de esclavos, sino del trabajo justamente retribuido, no mediante un simbólico peculio, no mediante la adjudicación de poder sobre los demás enfermos, sino de la única forma que la sociedad moderna conoce para retribuir dignamente la labor personal: el salario justo y los beneficios sociales; lo contrario sería degradante.

Además, el discapacitado mental es acreedor a una rehabilitación que le permita integrarse lo más plenamente posible a la sociedad. La ley 22.431 impone en este sentido a los organismos del Estado obligaciones que distan mucho de haber sido cumplidas. La habilitación laboral y social de este tipo de discapacitados, en realidad, no ha sido iniciada todavía en la Argentina. No se han tomado medidas tampoco para que el enfermo mental hábil para determinada labor pueda ejercerla e integrarse de este modo al quehacer comunitario. Esto exige un cambio paulatino de las conciencias, de las leyes y de las instituciones, que debería comenzar ya.

Un párrafo aparte merece la situación legal de la persona que va a ser declarada insana en sede judicial, o ya lo ha sido, y a la vez está en proceso de rehabilitación (médica, no jurídica). Es un caso

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

típico. Un muy grande porcentaje de los enfermos psiquiátricos llamados "crónicos" (internados o no) y de disminuidos mentales, espontánea o inducidamente comienzan a rehabilitarse y a resocializarse en forma paulatina. Entablan relaciones personales, hacen paseos y se trasladan de un punto al otro de la ciudad, aprenden un oficio y lo desempeñan.

La calificación legal, como ha sido entendida clásicamente, y sin plantearse ninguna cuestión, propone un dilema tajante: una persona o es incapaz por enfermedad o disminución mental, o no lo es. O está privada de dirigir su persona (elegir domicilio, estudio, ocupación y hasta vestido y alimentos; casarse, etc.) y administrar sus bienes (cobrar un sueldo, o la jubilación, o la pensión, contratar, hacer gastos, pagar deudas, vender bienes), o puede hacerlo.

La ley defiende al incapaz por enfermedad o disminución mental de dos formas: por adición (enderezando parte del erario público y privado hacia los servicios que preserven la dignidad del insano, apuntalen su salud y permitan Su rehabilitación), y por sustracción (privándolo de los derechos a dirigir su persona y administrar sus bienes, de los cuales gozan todas las otras personas, pero cuyo ejercicio pondría al insano a merced de los otros).

Este último modo de protegerlo (la sustracción) debe ser usado con mucha, muchísima prudencia, porque en el preciso instante en que la sustracción de derechos esenciales deja de ser necesaria para proteger a la sociedad o a un hombre, comienza a violarse su dignidad, a envilecerlo y consiguientemente a enfermarlo.

La calificación legal, duramente entendida por sí o por no, choca entonces frontalmente con las posibilidades de rehabilitación y resocialización del enfermo o disminuido mental... y por

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

añadida, choca también con los profesionales que se empeñan en que vaya por ese camino.

Un juez, por ejemplo, priva a un enfermo de la dirección de su persona y de la administración de sus bienes, para que nadie se aproveche de él. Y hace bien. Pero el médico y el enfermo, por su lado, tratan de que éste maneje el dinero, se compre su propia ropa, etc., porque eso lo hace crecer como persona, aumenta o utiliza al máximo sus capacidades, etcétera. Y allí donde el rehabilitador y rehabilitado dicen "sí", la ley —secamente interpretada— dice "no", porque —piensa el duro intérprete— si levanto la interdicción para que esta persona administre su pensión o su jubilación, pueden hacerlo contraer matrimonio, o cosas incluso peores. O todo, o nada.

Y así, la ley, en lugar de protectora, pasa a ser represiva. Reprimir, en efecto, no es prohibir: es prohibir lo que debe permitirse.

Ahora bien ¿ha de ser la ley, dictada para el amparo y la realización de los seres humanos, en especial de los más débiles, la que corte de raíz esta expectativa?

Entiendo que no tiene por qué ser así. Comprendo que hasta mediados de este siglo, la interpretación de la ley se haya hecho a la luz de una psiquiatría estática que no alentaba la recuperación social de los cuadros llamados crónicos. Entiendo que la elaboración jurídica en torno del insano mental se haya cristalizado por el frío de un medio social que se fijaba casi exclusivamente en anular la presunta peligrosidad de los locos y en aventar el riesgo de que éstos privaran de sus bienes a sus familias. Pero de ningún modo justifico que el derecho no se repiense a sí mismo, en una época que pone sus mejores esfuerzos en hacer volver al enfermo o disminuido mental de su ostracismo

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

y en incorporar a él y a todo discapacitado en la forma más plena posible a la vida social.

Quien puede lo más, puede lo menos. Si el juez puede privar a una persona de dirigirse a sí misma y de administrar sus bienes, en forma total, también puede hacerlo parcialmente.

Entre la capacidad total, y la incapacidad total, existen infinitos grados, matices y circunstancias. El juez, entre la protección debida y la represión indebida, debe —y puede— buscar el punto justo donde la persona y la sociedad queden amparadas, sin que aquélla se vea privada de posibilidades de progreso y ésta de un miembro útil.

Uno de esos puntos intermedios es la inhabilitación prevista por el art. 152 bis del Cód. Civil, pero no es el único: ni siquiera el más importante. Pensada con vistas a la protección del patrimonio de quien puede dirigir su persona, ha marcado una especie de hito intermedio. Pero la administración de bienes —desde la percepción y gastos de la humilde pensión, hasta la gestión empresaria de la fábrica o de la estancia o del Banco—, y la disposición de éstos, tiene innumerables tonalidades. Y se deja de lado, además, totalmente, a ese inmenso número de personas que pueden administrar sus bienes pero no pueden ejecutar con conciencia actos más importantes, como casarse o divorciarse o reconocer hijos, por ejemplo.

Hoy en día, entonces, la evolución de las ciencias y del derecho mismo permite afirmar que sin evadirse del art. 141 del Cód. Civil, el juez puede restringir la capacidad de un hombre en cualquier punto intermedio entre el todo y la nada.

Y esta decisión, como ninguna de las referidas a la disposición legal citada, no puede estar basada exclusivamente en razones

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

médicas. Éstas tendrán en la conciencia del sentenciante el peso que el Código Civil y el sentido común les otorga. Pero a la hora de escoger, no es posible menospreciar la historia de la vida del incapacitado, ni los relieves de su medio social inmediato.

Es fácil pero poco acertado seguir ciegamente el consejo de médicos que examinan un rato al enfermo o disminuido mental, y aseveran después que puede o no trabajar, que puede o no administrar su dinero.

Quizás sea más difícil averiguar, a través de la citación a declarar a personas convivientes o cercanas. Al causante y del estudio de su historia clínica, cómo se ha conducido éste en el pasado respecto del trabajo y del dinero. O inquirir cómo se han comportado quienes rodean al incapaz en su relación con él: si con una actitud de amparo, de indiferencia o de aprovechamiento.

Este análisis conducirá sin duda a una decisión más cercana a la realidad, y por ello más relevante y significativa en la vida del discapacitado.

Y así cobrará verdadera importancia la prudente decisión judicial al escoger el punto justo de protección, sin coartar sin necesidad la rehabilitación ni la libertad.

Véase, por fin, que la expuesta es la única forma de que nuestro viejo y útil Código Civil se relacione armónicamente con nuestra legislación más moderna y con las tendencias actuales de nuestra doctrina.

La ley 22.431, en efecto, es un logro importante que traduce años de evolución de la conciencia de la sociedad en torno de sus relaciones con el discapacitado físico y mental. Allí lucen los derechos y las obligaciones de los dos extremos de esta relación y entre ellos se destaca el trabajo: el derecho del discapacitado a

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

trabajar dentro de sus posibilidades y la obligación de la sociedad de permitirle trabajar (arts. 40 y 80 a 13).

El ordenamiento citado se refiere explícitamente al discapacitado mental (art. 20) pero mal podría aplicarse si éste fuese insano y por tal motivo sin capacidad para celebrar un contrato de trabajo. Es verdad que también la legislación laboral debe reformarse sobre el punto, pero todo debe empezar porque la interpretación de la ley civil permita el trabajo de quien puede desempeñarse en este aspecto, aunque en otros deba estar bajo curatela.

Así lo reclama, por lo demás, la aspiración de la doctrina más moderna, que en el Primer Congreso Nacional de Protección al Enfermo Mental se ha expresado aprobando ponencias como ésta: "Se promoverá la sanción de una legislación adecuada al trabajo extra-hospitalario del discapacitado mental. Dicha legislación especial, deberá tener como finalidad específica, la rehabilitación social y laboral del paciente. Es urgente la instalación de talleres protegidos y centros de ayuda al trabajo, que permitan el desempeño laboral de enfermos mentales. Tales entidades deben surgir de la actividad coordinada de los organismos sanitarios y asistenciales, Consejo Nacional de Educación Técnica, de los organismos especializados en educación diferenciada, de los entidades privadas de asistencia a enfermos mentales y del Patronato de externados, cuya creación se ha recomendado".

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

**III. LA DEFENSA DEL ENFERMO MENTAL
Y LA LEY 22.914**

1. EL ORDEN CONSTITUCIONAL Y LEGAL

Repasemos rápidamente cuáles son los derechos protegidos:

- 1) El derecho del enfermo mental-incapaz a ser declarado tal y consecuentemente protegido en su persona y en su patrimonio.
- 2) El derecho de toda persona a no ser internada si no es estrictamente necesario, y a egresar cuando deja de serlo. Su derecho a que se le ofrezca, si existe, una alternativa terapéutica que restrinja menos su libertad.
- 3) El derecho del enfermo mental-internado a recibir un tratamiento y a enterarse, dentro de lo posible, de cuál es el programado.
- 4) El derecho a comunicarse con los demás, en especial con sus representantes y defensores.
- 5) El derecho a que, mientras está internado, sea protegido su patrimonio y el lugar que ocupaba antes de internarse y a que sus deudores convencionales y legales le paguen.
- 6) El derecho a la rehabilitación, a la resocialización, a trabajar y a recibir una remuneración justa.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

El Poder Judicial es el encargado de velar por la materialización de estos derechos. ¿Cómo? De la respuesta a esta pregunta nace la historia de nuestro ordenamiento jurídico en torno a este tema.

En primer lugar, hay que recordar que el art. 18 de la Const. Nacional pone en manos de los jueces la libertad de los ciudadanos, cuando dice que nadie "puede ser restringido en ella sin orden escrita de autoridad competente".

En otras palabras, nadie podría ser internado sin el concurso de su voluntad en un establecimiento de salud mental, sin la orden del juez, aunque no existiera ninguna otra disposición legal al respecto.

En segundo término, y concordante con el precepto constitucional, el art. 482 del Cód. Civil, antes de la reforma de 1968, rezaba: "El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial".

La orden judicial era inevitable. Nuevamente nadie podía ser internado no voluntariamente sin orden judicial.

El art. 34 del Cód. Penal facultaba también a los jueces penales a internar: "En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás.

En los demás casos en que se absolviere a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso".

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

2. LA NATURALEZA DE LA DECISIÓN DE INTERNAR

La internación no voluntaria de un enfermo mental debe ser hecha por un juez. Pero ¿acaso la decisión de internar no es de naturaleza médica? ¿no se efectúa en virtud de criterios exclusivamente médicos? La respuesta afirmativa parecería imponerse en un país como la Argentina, donde de hecho las internaciones y los egresos han sido decididos por los psiquiatras.

Sin embargo, profundizando algo en la cuestión, puede observarse una diferencia sutil, pero importante, entre "una decisión tomada por un médico" y "una decisión de naturaleza médica".

Es difícil precisar cuáles son los criterios que llevan a un psiquiatra a internar, sin una seria investigación que en la Argentina no existe. En los Estados Unidos de Norteamérica se han hecho varios trabajos a este respecto, y sus resultados no han de diferir demasiado de lo que ocurre aquí, a juzgar por la experiencia.

Investigadores del oeste medio norteamericano. concluyeron en que "la información que más, directamente influía en la decisión de internar era suministrada por el medio social del paciente"³⁵, y los psiquiatras que condujeron un estudio en Los Angeles resumieron que "la decisión de hospitalizar no estaba relacionada con la severidad de los síntomas que presentaba el paciente en el momento de decidir. En realidad, el grupo de pacientes que eran hospitalizados no hubiera podido distinguirse de aquellos que no lo fueron, sobre la base de una estimación de la severidad de los síntomas hecha por quien tomaba la decisión"³⁶.

35. Hartiage - Freeman - Horine, Expediting Admissions Procedures, 53 Mental Hygiene 71, 73 (1969).

36. Mendel - Rapport, Determinants of the Decision for Psychiatric Hospitalization, 20 Archives of General Psychiatry 321 (1969), p. 323.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

Los investigadores de California encontraron que "la existencia o ausencia de resortes de apoyo social (una familia continente o apropiados servicios sociales en la comunidad) jugaban una parte críticamente importante en la decisión de hospitalizar"³⁷. Otros factores significativos eran la experiencia y entrenamiento de quienes decidían³⁸ y que el paciente hubiese sido internado -antes o no³⁹.

Estos resultados son, repito, perfectamente trasladables a nuestra propia realidad. Y de ninguna manera hablan mal de nuestros médicos ni de los estadounidenses: simplemente reflejan que — contrariamente a lo que ingenuamente se suele pensar— la internación de un enfermo mental no está de ninguna manera determinada por su sintomatología (de dos pacientes con iguales síntomas, uno es internado y otro no), sino por la gravitación de otros hechos y circunstancias no médicas.

37. Mendel - Rapport, 'Determinants of the Decision for Psychiatric Hospitalization, 20 Archives of General Psychiatry 321 (1969), p. 328.

38. Los asistentes sociales eran los que hospitalizaban menos pacientes. Los residentes que tenían menos de seis meses de experiencia clínica hospitalizaban un grupo significativamente más numeroso que los médicos más experimentados", Mendel - Rapport, Determinants of the Decision for Psychiatric Hospitalization, 20 Archives of General Psychiatry 321 (1969), p. 326.

39. "Si el paciente había sido internado antes, tenía más del doble de posibilidades de que lo reinternaran. La internación anterior, sin embargo, no se la relacionaba con la severidad de los síntomas... En la estimación de quien decidía, no había distinción entre la severidad de los síntomas de un paciente que antes había sido internado, y otro". Mepdel - Rapport, Determinants of the Decision for Psychiatric Hospitalization, 20 Archives of General Psychiatry, 321 (1969), p. 323 y 324.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

Rota así la engañosa apariencia, no carece de interés profundizar algo en la situación, hasta llegar a ver mejor la naturaleza de la decisión de internar.

Es una opción en la cual influyen multitud de factores, pero que en lo esencial versa sobre si el enfermo, sin ser sustraído del medio en que habitualmente se desenvuelve, recuperará su salud mental en la medida de lo posible y no constituirá un peligro real para sí mismo y para otros.

Debe evaluarse la calidad, solidez, continencia y aptitud terapéutica de la red socio-familiar que normalmente sustenta al enfermo; la posibilidad o imposibilidad de que ella quiera y pueda asistirlo en su recuperación y evitar que se agreda o agreda él a terceros; la naturaleza, aplicación y efectos de la terapéutica que debe serle suministrada; la existencia y posibilidad de utilización de medios alternativos a la internación; la calidad del o de los establecimientos en que podría ingresar el enfermo, la adaptación de 1 o 5 servicios que brindan el caso concreto y la probabilidad que tiene el paciente de mejorar en ellos su salud mental; en el supuesto de que sean más de uno los establecimientos utilizables, por último, •debe considerarse cuál de ellos es el mejor para la persona y el tratamiento de su dolencia.

La pluralidad de circunstancias médicas, personales, sociales y patrimoniales que influyen sobre la decisión transforman ésta en una verdadera sentencia judicial que da preferencia a ciertos derechos sobre otras, de acuerdo con la valoración que surge del análisis complejo y la síntesis del caso concreto, visto a la luz del orden jurídico global. Esta valoración —de más está decirlo— debe ser hecha por un juez con las facultades de tal. La persona que decide, aunque no sea n juez sino, por ejemplo, un psiquiatra, en realidad actúa como juez, pero carece de la visión global de la

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

cuestión y de las facultades para defender a la persona que interna.

3. LA COSTUMBRE AL MARGEN DE LA LEY

En la práctica, sin embargo, no fue el Poder Judicial el encargado de las internaciones. Y ello no sólo en nuestro país, sino en todos aquellos de legislación similar. -Era lógico que así fuera. La policía encontraba un demente delirando en la vía pública o un familiar asistía a la crisis de su pariente, y no recurrían al juez: internaban directamente. Se formó así una práctica derogatoria de la ley, práctica convalidada —si así se la puede denominar— por disposiciones ministeriales y ordenanzas policiales insanablemente nulas, por supuesto, que reglamentaban la internación compulsiva sin orden judicial⁴⁰.

La internación por la policía o por una tercera persona se hizo costumbre, y la ley quedó sin aplicación.

En el año 1968 la reforma del Código Civil, instrumentada por la ley 17.711, se hizo cargo de aquella situación en parte, y añadió dos párrafos al recordado art. 482. El primero decía: "Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse, previo dictamen del médico oficial". Autorizaba la internación policial, con posterior conocimiento de la justicia. Dejaba, sin embargo, varias cuestiones sin resolver, que debían solucionarse al reglamentar la ley. Tres eran las principales: no determinaba el plazo dentro del cual la autoridad debía anotar al juez; no se aclaraba el procedimiento a seguir cuando la policía actuaba como

40. Fantoni, Bruno A. L., La internación del enfermo mental, JA, 1967111-28, secc. doctrina.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

colaboradora de un familiar del enfermo, que requería ayuda para internarlo; y no se especificaba qué ocurría si el juez, en conocimiento de la internación, ni la ratificaba ni la dejaba sin efecto.

Estas omisiones fueron fatales. En la gran mayoría de los casos, la policía actuaba a título de colaboración con un familiar, y no se consideraba responsable de la internación. No daba, pues, cuenta al juez. Sin embargo, en el hospital la persona figuraba como internada por la policía, y no se permitía su egreso hasta que se recibiera una orden judicial que nunca llegaba, porque ningún juez conocía el asunto. Cuando la autoridad policial internaba bajo su responsabilidad, lo comunicaba telefónicamente al juzgado, pero muchas veces no remitía las actuaciones, con lo cual el enfermo quedaba internado por la policía, y no se le permitía salir hasta que se comunicase una orden judicial de egreso que nunca arribaría, porque no había un proceso iniciado. Por último, en los pocos casos en que se iniciaban actuaciones escritas ante la justicia, los jueces no las impulsaban de oficio, y no ratificaban ni dejaban sin efecto la internación policial. En tales condiciones, la persona no podía egresar nunca. "Estar bajo juez", como se decía en la jerga hospitalaria, era en la generalidad de estos casos estar condenado a prisión perpetua sin haber delinquido ni haber sido enjuiciado. Una comedia —verdadera tragedia— de errores.

La reforma del año 1968 agregó todavía un tercer párrafo al art. 482 del Cód. Civil, que dice: "A pedido de las personas enumeradas en el art. 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales, aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aun evitarla si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos". Prevé, por tanto, la internación a pedido de familiar, pero siempre con orden judicial previa.

Nó se contempló la internación de urgencia, que no admite ninguna demora, y se siguió practicándola al margen de la ley. Con el agravante de que su violación siguió trayendo aparejado su olvido total: se siguió tolerando la internación de una persona a pedido de otra, aunque no mediara urgencia, sin orden judicial, con el solo cumplimiento de resoluciones ministeriales que, como expliqué, eran inconstitucionales. Y, peor aún: sólo se permitía el egreso cuando aquella persona que había pedido la internación de otra firmaba su conformidad con la externación de ésta, lo cual ponía la libertad, la salud y el patrimonio de un ciudadano en manos de otro. Nada más aberrante.

El Código Civil, antes y después de reformado, exigía una minuciosa reglamentación de sus preceptos, que previera la internación policial y la de urgencia, a fin de hacer efectivo el principio constitucional y civil de que las internaciones psiquiátricas no voluntarias debían ser dispuestas en sede judicial.

4. LA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS DEL INTERNADO

La costumbre derogatoria de la ley no podía traer buenas consecuencias y no las trajo. Un gran porcentaje —alrededor del 85 %— de los internados en los hospitales nacionales lo está durante años, en muchos casos hasta morir, sin que nadie fuera del hospital tenga la misión de defender sus derechos. En algunos casos, la internación se hacía sin motivo válido, con la

4. Cárdenas.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

colaboración policial o sin necesidad de ella, por una persona que quería lograr que su cónyuge se alejase del hogar, o un inquilino de su finca. En la gran mayoría de los casos, la internación se justificaba en su inicio, pero al tiempo su necesidad cesaba aunque la internación seguía, el enfermo se "hospitalizaba" y no salía más. Por su parte, los parientes lo visitaban asiduamente las primeras semanas, menos los meses siguientes, y al año las visitas eran tan espaciadas, que casi cesaban. Los bienes, o la magra jubilación o pensión, eran administrados por los parientes del enfermo en beneficio de éste los primeros meses y, después, cada vez más, en beneficio propio. En muchas clínicas privadas sucedía otro tanto, con la lógica diferencia de motivaciones espurias, impuestas por la diferente clase social y recursos económicos del internado.

Valga lo dicho como una referencia —pálida frente a la realidad del hospicio y de la clínica— a la violación de la libertad. No era mejor la suerte del derecho al tratamiento, que se reducía en una inmensa proporción de los casos a una sobre-sedación, a lograr un enfermo mental sumiso, que diese el mínimo de trabajo posible al escaso personal del establecimiento; cuando no se lo lograba con los psicofármacos eran usuales los pabellones de castigo, o los electroshocks suministrados por simples mucamas, o los golpes. La falta de un tratamiento serio y encaminado a la externación no era exclusiva de los grandes hospitales públicos: las numerosas clínicas alimentadas por las obras sociales eran depósitos de mantenimiento de enfermos sometidos, y preferían que uno de ellos permaneciera a que egresase y entrara otro que podía dar más trabajo. El "hospitalismo", el deterioro de la personalidad, hacían su obra en contra del enfermo y a favor del establecimiento: aquél terminaba siendo una excusa para que éste existiera.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

La comunicación se reducía arbitrariamente, y el derecho a conocer el programa de curación no existía. El patrimonio y el lugar en que residía el enfermo antes de internarse quedaban en manos de terceros. El derecho a la rehabilitación y a trabajar remunerada-mente era absolutamente ignorado.

En aquel mundo extramuros del derecho, el enfermo mental quedaba sin defensa específica, librados su libertad, su salud y sus bienes a la buena voluntad de médicos o parientes. Tal realidad fue prevista desde hace muchos años por un notable civilista, José Olegario Machado, quien decía: "Semejante procedimiento facilita extraordinariamente la detención del demente; pero también se pone en la mano de los particulares el privar de su libertad al sospechado como tal. Si el curador del declarado incapaz necesita de una autorización especial para privarle de su libertad, ¿cómo podría encerrarse a un persona en un manicomio, sin haber obtenido la declaración? Por ahora no hay gran peligro en ese procedimiento arbitrario; pero cuando la población crezca, sería necesario aplicar la ley en todo su rigor, si no queremos autorizar instituciones y delitos que se cometerán a la sombra de semejante libertad"⁴¹.

5. LAS REACCIONES ANTERIORES A LA LEY 22.914, Y SU SANCIÓN

Naturalmente que todo aquello no pasó inadvertido ni para los médicos ni para los hombres de derecho. Desde el año 1894 en adelante se proyectaron leyes que pusieran fin a aquel estado de cosas. Eminentes profesionales idearon ordenamientos en los cuales el internado tuviera una defensa fuera del establecimiento. Eliseo Cantón, Domingo Cabred y Antonio F. Piñe-ro en los años 1894, 1897 y 1906; Leopoldo Bard en 1922, Juan M. Obarrio en 1926 y Nerio Rojas en 1946 y 1961, fueron los autores de las

41. Machado, José O., Exposición y comentario del Código Civil argentino, t. II, p. 117.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

iniciativas. Otros proyectos nacieron en el Ministerio de Justicia, en el año 1968, y en el de Bienestar Social, en 1978. En el año 1972, la provincia de Buenos Aires dictó la ley 7967 (reformada luego por la ley 8265), que reglamentaba el art. 482, párr. 2, del Cód. Civil y los egresos de las internaciones judiciales. Fue la primera ley de internación promulgada en el país.

No es el objetivo de este trabajo hacer una exposición o una crítica de esos antecedentes legales. Es útil, en cambio, una referencia genérica a la tesis de Nerio Rojas, autor de dos proyectos, que al sostener que la internación debía ser dispuesta y controlada por una autoridad administrativa, decía: "Entre nosotros creo que el peor sistema sería darlo a las autoridades judiciales. Proyecto que sean las sanitarias"⁴².

La posición de Rojas no concuerda con nuestro sistema constitucional, ni con nuestro sistema real histórico, ni con nuestras expectativas futuras. La Constitución (ya lo recordé varias veces) pone la libertad de los ciudadanos exclusivamente en manos de los jueces. Nuestra historia, tanto en el pasado más lejano como en el más doloroso y reciente, demuestra que la Administración debe ser controlada por el Poder Judicial ya que carece de resortes propios para controlarse a sí misma.

Una prudente previsión del futuro, por último, nos lleva a la misma conclusión. ¿Quién nos asegura que más adelante los hospicios no serán utilizados para recluir a los opositores políticos? Y en este caso, ¿ha de ser el mismo poder que los recluya el que controle la reclusión? El Poder Judicial es dueño de una independencia —relativa, pero real— y aun en los peores momentos del país ha dado muestras de esa independencia. Muchas veces muy tímida, pero siempre superior en número y

42. Rojas, Nerio, en Congreso de la Nación, Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados, 27/6/46, p. 121.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

relieve a la de los órganos de la Administración, sometidos por lógica a la voluntad del Poder Ejecutivo al cual pertenecen⁴³.

La ley 22.914, que comentaré más adelante, ha seguido el criterio correcto y constitucional. Constituye esencialmente un sistema de comunicaciones y plazos para que toda internación no voluntaria sea controlada judicialmente, a la vez que instrumenta el modo de verificar el cumplimiento de los derechos del internado.

De más está decir que el solo hecho de que esta ley haya sido dictada no puede cambiar en nada la trágica realidad del tratamiento del enfermo mental en nuestro país. Los hospitales públicos y las clínicas privadas no han mejorado todavía; la falta de adecuadas terapias ambulatorias y de otros medios de cura y rehabilitación subsiste. La falta de respeto a los derechos del enfermo mental-incapaz y del internado continúa.

Lo que puede ir cambiando las cosas, como veremos más adelante, es el incumplimiento de la ley y su ejecución inteligente, crítica y entusiasta.

43. Fantoni, La internación del enfermo mental, JA, 1967-111-28, secef doctrina.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914**IV. INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA,
JUSTICIA Y DERECHO****1. INTRODUCCIÓN**

Las líneas siguientes se ocupan de algunas de las características del campo de la atención de pacientes psiquiátricos, poniendo especial interés en desarrollos actuales que debemos aún generalizar en el país y a la relación de la psiquiatría con el orden jurídico.

En los últimos treinta años de la Argentina la psiquiatría tradicional, enclavada en las instituciones, ha tendido a rechazar los desarrollos más innovadores a los que ha aplicado la imaginación, el aislamiento y la censura. Si esta bifurcación —a la que Humberto Eco aplicaría el término de *cogito interruptus*— ha de superarse, será definiendo y realizando una nueva relación entre el orden jurídico y las patologías mentales. No menos que entre el primero y las patologías institucionales que caracterizan en el país la atención psiquiátrica.

Es que si el orden jurídico es —debería ser— la cristalización de la racionalidad posible a que una sociedad tiene acceso para el encauzamiento de sus interacciones, la enfermedad mental es uno de los refugios de la irracionalidad, puesta de manifiesto y

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

convertida en propuesta de identidad. De ahí que esperemos del orden jurídico una dialéctica de ordenamiento-reordena-miento en forma opuesta a como la patología psiquiátrica busca su identidad en la confrontación, el rechazo y la postulación de un orden imaginario alternativo.

La asistencia psiquiátrica tradicional no debe confundirse con el orden jurídico, ni la enfermedad mental con la subversión, como ha ocurrido hasta un punto difícil de creer. El "orden psiquiátrico" ha adoptado formas extremas en la defensa del orden establecido y ha aplicado a quienes intentaron desplegar una psiquiatría más avanzada rótulos propios de un intento de alteración del orden social. No es éste un desliz. Es más bien la asunción de la ley como normatividad, como restricción, como preservación de un estado de cosas. Si la psiquiatría es la ley, esto determinará una ley seguramente arbitraria, mientras que la función social de curar al enfermo psiquiátrico quedará sin realizar.

2. LA INTERNACIÓN COMO REACCIÓN SOCIAL ANTE LA ALTERACIÓN DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS

Internar a alguien implica sustraerlo al juego de interacciones sociales, porque se espera interrumpir un funcionamiento recurrente (enfermedad), cuya continuidad resulta perjudicial para esa persona (daño o deterioro) y porque su contacto social es potencialmente perjudicial (daño social). Idealmente sería propósito de la internación proveer un cuidado y una acción modificadora (tratamiento) que procure la recuperación funcional (cura) sin reducción de las capacidades y tendiendo a la reinserción en el conjunto social.

La psiquiatría ha heredado el recurso de aislamiento del siglo xvii, en que se procedía al agrupamiento de los casos sociales de marginalidad. Los conventos y asilos alojaban alteraciones de la

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

función psíquica junto con incapacidades físicas, casos orgánicos crónicos, malformaciones y anomalías sociales. Respecto de aquella aglomeración de casos marginales la aparición del asilo psiquiátrico característico del siglo xix fue un avance ideológico fundante porque permitió la constitución de la psiquiatría como ciencia sistemática. De aquí que el período clasificatorio y descriptivo de la psiquiatría y el avance que representa parta de la existencia del asilo y se vincule con ella.

El significado de la alteración sintomática de una función personal dentro del marco social resulta del conjunto normativo de una época, que a la vez la expresa y revela. A lo largo de la historia diferentes sociedades humanas han tenido conductas de amplitud diversa. Desde la aldea de Gheel en Bélgica, en que tradicionalmente las familias albergaban a pacientes psiquiátricos, a las sociedades orientales en que sólo se considera patológica la psicosis (y no la neurosis), a las sociedades africanas, que colocan a las personas con alteraciones mentales en el lugar de hechiceros, el campo es multiforme.

La reacción social ante las alteraciones de una función psíquica es el resultado del conjunto de conocimientos que una época ha llegado a producir. Es también —en forma inexplicable que muchas veces sólo puede diferenciarse desde una fase histórica posterior— el resultado de las creencias de esa época. Este diálogo entre conocimiento y creencia, diría Koestler, da el tono de un momento histórico. Tal tono expresa pero también determina, mide y también decide. La mirada que cree describir y encontrar una originalidad, con frecuencia sitúa y decide qué es lo que está ahí donde va la mirada. Ésa es la mirada objetivante, cargada de un poder aún más aterrador, porque se lo ejerce con inconsciencia. Tono y modo de una época son destino y también proyecto.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

En el campo de la psiquiatría —tal vez más que en otros— la valoración del síntoma, de la conducta, de la función alterada, refleja, no sólo un cambio externo, sino también el impacto de la variación observada sobre el sujeto observador que se pretende constante.

Así como la constancia absoluta de un barco no le permitiría adaptarse al flujo y reflujo del movimiento marino, la inflexibilidad del observador ante la diversidad psicológica resulta empobrecedora y expresa con frecuencia su propia limitación, su particular intolerancia. El conjunto valorativo que contextúa una decisión terapéutica, aunque sea inadecuado, tiene espacio para perdurar en el resquicio que le deja la particular indefinición de muchos conceptos utilizados en el área. Es que en su latente vocación de ciencia, la psiquiatría y la psicología carecen todavía de un lenguaje unívoco. Tal vez por su propia estructura conceptual no puedan desarrollarlo totalmente. Por otra parte, el rol social ha investido ilusoriamente al profesional de una capacidad que en cierta medida le escapa y de un poder que le sobra. La abrumadora impunidad de que goza el acto médico en nuestro medio no ha facilitado las cosas: más bien las ha empeorado.

Si ahora unimos estos diferentes elementos: los históricos, los conceptuales e ideológicos, los personales, la valoración social, la delegación de responsabilidad y la no normatividad, advertimos la complejidad del campo. Aun deberíamos agregar el deterioro de las condiciones de la asistencia pública en el país, la disparidad entre las formas de la psiquiatría pública y la privada, la confusa definición de las responsabilidades en el campo.

La asistencia pública de las enfermedades psiquiátricas en el país, no sólo se ha deteriorado, sino que tal deterioro no ha sido

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

suficientemente advertido a medida que se iba produciendo. Las autoridades en el campo han sido incapaces de invertir el proceso de deterioro de la asistencia en los últimos años y en general han permitido o promovido reducciones de presupuesto y personal agravantes. Esto permite imaginar que la desatención no ha sido producto de la casualidad, sino de una acción sistemática, de una política elegida para enfrentar las variaciones a nivel de la conducta imaginaria de una población. Se ha querido reducir, encuadrar, encarrilar la imaginación. La psiquiatría resultó el reducto en que se había refugiado la pequeña disidencia, la de la alucinación y el delirio. Pero aun eso debía desaparecer para permitir la sola existencia de la racionalidad del poder. Que una vez más poder y firmeza se hubieran separado es lo que a la larga produce el derrumbe. Tras una sonrisa tenue casi imperceptible, el psicótico que ha aprendido a conservar su condición de sobreviviente, palpa aún su alucinación. Ha visto como reedición de algún exorcismo medieval las hogueras en que la psiquiatría oficial consumía los textos y trabajos de jóvenes marginales, a quienes se consideraba locos. Ha pasado a ser parte del mobiliario ante el cual la psiquiatría devoraba sus propios hijos.

Esta exaltación del absurdo despliega una realidad subyacente y nos ayuda en nuestro intento de conceptualizar los problemas: si desde la caricatura de la función psiquiátrica se intenta promover un uso represivo franco de las instituciones hospicianas, ¿no será ello un revelador de tal tendencia, siempre implícita, adormilada, despierta a ser convocada?

La represión social motor original del aislamiento puede volver a aparecer en el uso contemporáneo de la internación psiquiátrica. Esto lleva a plantear el problema de la internación psiquiátrica, con su potencial consecuencia deteriorante, destructiva, prolongada indefinidamente, ausente de control programático,

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

como un problema de derechos humanos. La internación extremadamente prolongada existe y no se compadece con el desarrollo adecuado del cuidado psiquiátrico. La prolongación no es impuesta por la enfermedad, sino por la ausencia de recursos y de programas. Hay programas que se cumplen casi sin recursos y recursos que se dispersan por la inexistencia de un programa. Recursos, por lo tanto, sí. Pero con programas que los fertilicen. La prolongación de la internación no brinda mejor tratamiento, sino los rudimentos de una vida en custodia. El brazo dialéctico según el cual la marginación social del que ha de ser internado debe producir en su situación modificaciones que lleven a la reinserción social, no se recorre sin precisión en los objetivos y herramientas para alcanzarlos.

La experiencia de Raúl Camino, que trabajó en la resocialización de pacientes de prolongada internación procedentes de los hospitales Borda y Moyano, obteniendo una reinserción social que no se hubiera conseguido en su lugar de tratamiento anterior, demuestra la factibilidad de desarrollar programas con pocos recursos. Aquella experiencia (1966-1977) prueba que modificando la concepción institucional, se obtienen resultados positivos. Se trata de cambiar la óptica, crear y supervisar los programas, creer en una transformación y lograrla. Lo que la psiquiatría argentina necesita es una creencia adecuada a los conocimientos de la época que se estructure sobre la base de la integración y no de la parcialización. La situación de la psiquiatría institucional plantea problemas de presupuesto y de personal, pero también se estructura andando por un camino del que fueron despeñadas las experiencias progresistas que propusieron una integración de los esfuerzos. Es aquí donde se revela la institución psiquiátrica total en su vocación carcelera. Sólo puede lograr su invariabilidad aplicando la selección natural a las variaciones de la concepción psiquiátrica. Pero, ¿puede una

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

institución cuyo objeto es trabajar con las imaginaciones y variaciones del pensamiento darse el lujo de segregar a los profesionales divergentes sin empequeñecerse? La respuesta está a la vista. No se puede trabajar en el campo de la imaginación mostrando terror ante la imaginación viva.

Esa mirada objetivante que describimos, es la función operante de un conjunto social para el cual cambiar aterroriza. De ahí que no se admita la ruptura conceptual que da lugar a la escucha significativa, sin la cual la mirada objetivante queda atrapada en su desarrollo clasificatorio. Al negarse al cambio, se niega el primer paso de la transformación de la psiquiatría, que debe hacerse primero dinámica para encarar después la dimensión social.

La parálisis vocacional, buscada, revela el terror al cambio. El abuso de poder se convierte en la última defensa de un orden ya quebrado. La esclerosis de un sistema conceptual refugia su deterioro en la aplicación de medidas arbitrarias. Se rehúye la confrontación en el plano profesional; se escapa a la discusión de ideas, porque la confrontación puede traer al debate un tema candente: la responsabilidad de curar se abandona cuando se marginan los grupos profesionales más avanzados. ¿De qué trata tal avance sino de un contacto más nítido con la locura? De una mayor participación en el enfrentamiento con la alteración mental. Del rescate de la dignidad personal en el trasfondo de Ja locura, haciendo de la enfermedad, no una condena, sino una situación transitoria y circunstancial, a la que todos estamos expuestos. El autoritarismo trata de ilusionarse con su persistencia, que quiso ser milenaria, y gasta más energía cuando, aún inconsciente mente, percibe la proximidad de su fin. La firmeza de una divergencia, la fortaleza de una teoría, no recurren a la arbitrariedad porque quieren poder seguirse reconociendo en

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

el espejo. Los abusos de poder los cometen aquellos a quienes la mediocridad no es ajena. La historia de la evolución de las ideas no encontrará capacidad de agresión personal en Galileo, Einstein o Freud, como tampoco revelará autoritarismo en sus postulaciones. Es la política de la psiquiatría la que nos ha deteriorado a nivel de la asistencia pública. Se excluyó la discusión, la participación y la ciencia.

El mentado caso del electroshock satisface cualquier necesidad de ejemplificación. Tratándose de un método valorado empíricamente como adecuado en algunos casos extremos de incapacidad, terapéutica (melancolía con peligro de suicidio), ha llegado a aplicárselo como castigo, sin supervisión, irresponsablemente. De esto hay evidencia abrumadora. Para citar sólo alguna situación: en su aplicación corriente no se han respetado las indicaciones sobre anestesia; no se han agotado recursos terapéuticos necesariamente previos, ni se ha mantenido su aplicación bajo el control profesional. Se ha permitido aplicar el electroshock a cabos de sala, en muchos casos a pacientes de la misma sala, sin que ello fuera denunciado sino consentido por los jefes de los servicios de psiquiatría.

Esto es propio de la barbarie, en comparación con lo habitual en los países civilizados. Cuando Carlos Burone me invitó a hablar por radio de estos temas, encontré que un colega hablaba de la "ética del electroshock". No me sorprende que se haga un baluarte de la defensa a ultranza de esta situación. Recordemos la frase bíblica: "El Señor ciega a los que quiere perder". La defensa incondicional de la terapia electro-convulsiva y su forma de aplicación como si esto constituyera un principio, traslada al campo de la polémica entre política psiquiátrica tradicional y política psiquiátrica moderna, lo que debería ser una discusión sobre criterios técnicos. Esto quiere decir que se amplifica el foco

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

de la discusión inadecuadamente. Cuando se hace esto, no se tiene en cuenta que una política psiquiátrica basada en el electroshock viola derechos humanos elementales, e implica un riesgo social instrumentado como acción de salud.

La psiquiatría ha heredado de la práctica médica en su conjunto una suerte de extraterritorialidad que ha llevado durante demasiado tiempo a que sus prácticas no sean revisables ni imputables. Se ha lastimado y dañado en virtud de esa impunidad. Se ha permitido el deterioro de las condiciones institucionales de la asistencia.

Dejamos aún para otro momento la relación entre daño, culpa y represión, para demostrar de qué manera se hacen continuas e interdependientes.

Los feudos han sido siempre base de sustentación de creencias que se autoperpetúan, haciendo del poder la supuesta cimentación de las ideas.

3. ACTUALES TENDENCIAS EN LA TERAPÉUTICA MODERNA

Hay algo que introducir en los antiguos centros de atención psiquiátrica: es el pensamiento psiquiátrico contemporáneo con sus múltiples vertientes, recursos y posibilidades, con su diversidad de personal y con su imbricación comunitaria. Hay mucho por hacer.

Si el proceso de *aggiornamento* de la psiquiatría ha de producirse, se deberá establecer como punto de partida una ética para la cual la jurisdicción en que se debate la salud mental de una persona, y por lo tanto sus eventuales alteraciones, es la de sus derechos y la de las obligaciones de la sociedad. El incumplimiento de las normas de provisión del máximo cuidado posible constituye una

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

violación a tales derechos que requiere un orden jurídico que asegure protección y el cumplimiento de las obligaciones. La ideología de participación comunitaria establece que la sociedad se hace colectivamente responsable y solidaria del destino de sus discapacitados mentales y les provee condiciones de tratamiento y de vida comparables a las que esa persona acostumbraba a tener, o las mejora en caso necesario. Esto tiene que ver con una integración de los valores institucionales en el ámbito hospitalario al que se procede a considerar fuente de salud o enfermedad del paciente. El medio en que curamos es la primera definición de lo que concebimos como cura. Si no se puede intervenir quirúrgicamente sin asepsia, no se puede curar psiquiátricamente sin solidaridad.. Y la primera solidaridad tiene que ver con las condiciones en que es posible desarrollar la cura a pacientes y a agentes de salud mental. Presupuesto, por tanto, sí, como necesidad. Porque queremos trabajar con profesionales que tengan remuneraciones dignas, pero también programas que garanticen que el enfermo y el profesional tengan el máximo de participación en el proceso de la cura y en la discusión de sus condiciones. Asistencia, junto con docencia, en términos de acciones evaluables y de reflexión sobre tales acciones y sobre sus fundamentos. Esta base ética, y esta ideología de participación, serán las condicionantes de una praxis multiforme que abrevará en tantas vertientes como la psiquiatría tenga. Y que se enriquecerá en todos cuantos quieran instrumentar esta ruptura histórica con un pasado psiquiátrico saturado de autoritarismo que nos ofende como sociedad, llevando a la exageración nuestros peores ejercicios de violencia institucional.

Al dejar atrás el hospicio, se abre el camino al verdadero hospital psiquiátrico, del que hemos tenido pocas y poco duraderas experiencias. Ese hospital será de poblaciones reducidas (la Organización Mundial de la Salud pide un máximo de 400

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

pacientes); será mixto, trabajará con pacientes agudos a los que recibirá con sus grupos familiares; internará sólo cuando fracasen otros recursos terapéuticos (atención domiciliaria, control ambulatorio, hospital de día), y contará entre sus recursos con la variada gama de profesionales de la salud mental: médicos y psicólogos sí, pero también terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, psicopedagogos, músico-terapeutas, enfermeros especializados, profesores de expresión corporal, voluntarios, etcétera. Hará de la convergencia de múltiples vertientes un caldo de cultivo del que cada sector profesional extraiga una ampliación de su propia experiencia. El programa tenderá a externar en cuanto esto sea posible, volviendo a los recursos ambulatorios, en lugar de hacer de la prolongación de la internación una razón de ser. Es mil veces más aconsejable una re-internación (también breve) que una internación que se prolongue innecesariamente. Las familias operarán en contacto permanente con la institución, descartándose el "período de observación" durante el cual las visitas están prohibidas, y que muchas veces encubre la inoperancia profesional. La familia tiene el derecho y la obligación de visitar a su miembro permanentemente internado. Por ello los programas a desarrollar en esas instituciones operarán haciendo de la recepción inicial del paciente el punto crucial. Del diagnóstico y de la indicación terapéutica deriva muchas veces un destino. En tal lugar necesitamos la gente más capaz, con mayores y más especiales recursos. El hospital, en fin, será abierto porque lo queremos espejo fiel de nuestra sociedad en su conjunto, reflejo de nuestra vulnerabilidad personal, expresión de la capacidad de un país para hacerse cargo del destino de sus miembros circunstancialmente menos fuertes.

El Gobierno convocó durante el mes de enero de 1984 al doctor Mauricio Goldemberg a asesorarlo en el área de la salud mental. Al hacerlo inició una doble reparación: en un plano se reconocen

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

las virtudes del maestro de la psiquiatría moderna, en la Argentina, al que la titularidad de la cátedra de psiquiatría le fuera escatimada con las mismas armas que impidieron los programas progresistas en nuestros hospicios; en otro plano —el social— se marca un momento histórico en la relación de los poderes públicos con la práctica de la psiquiatría. Se nos convoca a una tarea gigantesca, para la cual habrá que rescatar todo lo valioso que los hospicios tienen, junto con las capacidades que han sido marginadas durante años y que buscaron subsistencia en la práctica privada. Se trata de sintetizar una psiquiatría que, en su conjunto y a través de sus diferencias, responda a las necesidades imperiosas de un país que al reflexionar sobre su realidad, no puede menos de sorprenderse del abandono en que ha caído.

Si la empresa, que no es breve ni sencilla, se cumple con éxito, obtendremos como producto de la comunidad psiquiátrica en su conjunto, con sus variadas escuelas, instituciones de volumen razonable, ligadas a la comunidad a la que sirven, en permanente interacción con sus necesidades particulares, que programen acciones para su ámbito específico, evaluando y modificando su desarrollo. Instituciones que curen y que enseñen a curar. Abiertas, transparentes, sin vergüenza. No habrá nada que ocultar. En los países civilizados los alumnos completan su instrucción primaria con visitas a hospitales generales y psiquiátricos, centros de cuidados de ancianos, y guarderías infantiles. Queremos ser un país orgulloso de sus desarrollos en salud mental. A eso se nos convoca.

4. EL AUTORITARISMO EN EL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Es posible que cueste muchos años lograr que el autoritarismo social deje de ser un ingrediente multi-presente en la sociedad

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

argentina. Es que a través de su inserción como creencia y como práctica cotidiana ha calado hondo en nuestra argamasa social.

Definámoslo, pues, para poder localizarlo claramente. El autoritarismo consiste en la imposición de una política arbitraria, que sólo contempla parcialmente la realidad, que se origina y sostiene por el ejercicio abusivo de un poder que lo respalda, que desdeña los intereses generales y no ofrece a los usuarios o receptores de sus consecuencias la posibilidad de participar en su formulación o redefinición.

Una sociedad que se quiere más sana, debe plantearse la posibilidad de que sus programas sean creados conjuntamente por planificadores, participantes en la prestación de los servicios y usuarios. Esto y la supervisión constante del proyecto por los mismos grupos, determinan la ligazón del proyecto real a su entorno de realización. Promueven la fluidez del reajuste y permiten detectar rigideces e ineficacias.

En el campo de la salud mental el autoritarismo de los últimos años se expresa en las siguientes realidades: se ha deteriorado el nivel de la asistencia psiquiátrica del país hasta límites nunca alcanzados antes. Las 35.000 camas de internados constituyen un cronicario injustificable, un castigo cuyo horror colectivo es difícil de imaginar y una violación flagrante a los derechos humanos. No se llega a este estado sólo por dificultades de presupuesto, sino por incapacidad para generar y sostener un programa coherente, por prestar oídos sordos a las reclamaciones multitudinarias de profesionales, familiares y pacientes, y por la destrucción sistemática de las experiencias psiquiátricas de avanzada que el país ha conocido: Pichón Rivière, García Badaracco, Centro Piloto de Lomas, Colonia Federal (Raúl Camino), Centros de Salud Mental 1 (Hugo Rosario) y 2 (Pedro

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

Hercovici). A esto se agrega el deterioro y cierre de servicios de psicopatología en los hospitales y la marginación ideológica de los profesionales.

A ello debe sumarse la impermeabilidad de las estructuras académicas universitarias a las concepciones de la psiquiatría moderna (caso de la Facultad de Medicina), y el creciente aislamiento de la realidad social de la formación del psicólogo, hoy convertido en aprendiz de psicoanalista.

Al deteriorar servicios existenciales, aislar los esfuerzos de cada institución de un plan coherente nacional, reducir proyectos comunitarios, no respetar los caminos marcados por organismos internacionales —como la Organización Mundial de la Salud— se ha producido un atraso institucional de décadas en la psiquiatría argentina. Sin pretender que las prioridades de la psiquiatría antecedan a otras de mayor vigencia, nos corresponde señalar aquí que hay que emprender el camino que lleve a corregir esta situación con cierta premura, porque no hacerlo constituye un daño activo a los eventuales receptores de servicios que no se prestarían. La población en general debe ser mejor conocida en sus necesidades (epidemiología) y debe responderse coherentemente a tal situación (planificación).

Se trata más de crear programas correctos que de disponer de partidas presupuestarias. El presupuesto no solucionará lo que la imaginación no sepa cómo resolver. Estamos seguros de que muchos proyectos posibles dependen de la coordinación de esfuerzos entre dependencias de Salud Pública, Universidad y sus representantes municipales o regionales. De ello podría derivar un sistema de inserción institucional que aprovechara la formación sistemática de estudiantes y graduados en función de programas nacionales de prevención. Se darían enormes pasos en el camino

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

de la recuperación para el estado de los esfuerzos que habiendo sido iniciados a su nivel han sido capitalizados en última instancia por la práctica privada. La Universidad de Buenos Aires ha actuado como organismo desconectado de la realidad en el campo de la salud mental.

Habrá que procurar, pues, que tal vocación innovadora y creativa, abarcadora de problemas, planificadora, administradora de recursos, empape a los responsables nacionales y municipales de esas áreas y logre servicios psiquiátricos en la totalidad de los hospitales generales. Un requerimiento interno de cada unidad será la formulación de un plan coherente de capacitación en servicio para que realmente se apliquen las técnicas más adecuadas a las necesidades y para que los servicios no sean lugares de entrenamiento para el consultorio privado.

Deberá establecerse un plan de sectorización de los hospitales psiquiátricos que no permita, la existencia de unidades mayores de cuatrocientas camas, tendiendo especialmente a la disponibilidad de camas de agudos en proporción suficiente.

Deberán pensarse campañas nacionales sobre alcoholismo y retardo mental, temas de prioridad y urgencia en cuanto a su atención adecuada.

Deberá incorporarse definitivamente al psicólogo a la práctica de la psicoterapia con los recaudos correspondientes en cuanto a capacitación, supervisión y adiestramiento. Asimismo, deberán integrarse a los sociólogos, antropólogos, psicopedagogos, terapistas ocupacionales y asistentes sociales a los equipos de trabajo.

Habrán de restablecerse las tareas predominantemente preventivas de los centros de salud mental, constituyéndolos en

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

unidades de inteligencia epidemiológica sobre la realidad psiquiátrica de sus áreas de influencia.

Hay que partir de una premisa definida: sólo las sociedades que se aprecian a sí mismas, se ocupan de las condiciones en que viven (o a veces sobreviven) sus miembros menos privilegiados. Sólo tales sociedades merecen que dediquemos a ellas nuestros esfuerzos, nuestros proyectos, nuestra visión de futuro. Creo que ha llegado el momento de arriar diferencias particulares para empujar hacia adelante esta sociedad cuyas raíces nos enorgullecen, cuyo presente nos agobia, y cuyo futuro, por momentos y con entusiasmo queremos avizorar como el mejor de todos los imaginables.

5. VALORACIÓN DE LA NUEVA LEY

DESDE LA PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA

El nuevo ordenamiento jurídico cristalizado en la ley 22.914 me parece un avance significativo en la dirección correcta. Ha suscitado alguna resistencia inicial en los lugares de la psiquiatría más tradicional. No así en los lugares que practican una psiquiatría más dinámica o en aquellos que tienen más experiencia en aplicar disposiciones similares. Hasta ahora he encontrado críticas dirigidas a los mecanismos de aplicación y una notable ausencia de argumentación sobre el fondo del asunto.

Creo que el camino a recorrer es claro y los dispositivos legales son imprescindibles para que la psiquiatría deje de estar al margen del mundo real. Hará falta un psiquiatra que entienda que salir de la marginalidad jurídica es desalienar la práctica psiquiátrica y que, además, si París bien vale una misa, el desarrollo de una práctica integral bien vale el cumplimiento de los aspectos formales de la ley.

FINES Y MEDIOS DE LA LEY 22.914

El psiquiatra que buscamos encontrará en las disposiciones normativas la legitimación de un rol social más amplio que el que hasta ahora tenía.

Necesitamos también un juez que sepa usar los instrumentos legales para orientar sus indicaciones. Que reconozca la existencia de una psiquiatría moderna, dinámica y reparadora, que enfrente la transitoriedad de la alteración psiquiátricas. Que no invada la circunscripción propiamente médica, sino que sepa establecer una acción complementaria que garantice las condiciones del tratamiento, vigile su desarrollo y establezca las evaluaciones adecuadas.

El camino a recorrer culmina en un rescate de la dignidad de la persona y plantea que, no se altere esa premisa por una vulnerabilidad circunstancial. La ley, a la que la práctica psiquiátrica se escabulló durante tanto tiempo, nos habrá llevado a ponernos al día.

PARTE SEGUNDA
ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

V. DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS LEGALES.

CASOS DE INTERNACIÓN

1. OBJETO DE LA NORMATIVA

Es la internación de personas en establecimientos públicos o privados de salud mental o de tratamiento para afectados por enfermedades mentales, alcohólicos crónicos o toxicómanos, sitos en la Capital Federal.

a) INTERNACIÓN. Se trata en la ley aquella en que el enfermo pasa las 24 horas del día en el establecimiento. No interesa si éste es cerrado o de puertas abiertas, porque lo que importa es que la persona, reglamentariamente, esté bajo control de sus autoridades el día y la noche enteros. No entran, en cambio, dentro de la normativa legal, las otras formas de internación que, como el hospital de día o el de noche, no son verdaderas internaciones, porque el enfermo no ha sido puesto "tierra adentro", sino que todos los días recupera su libertad y puede utilizarla.

La circunstancia de que se otorguen permisos de salida o paseo, aun prolongados en el tiempo, no hace variar la naturaleza de la internación, que se mantiene bajo la normativa legal si, repito, el paciente está en principio bajo el control del establecimiento las 24 horas, salvo los permisos que el mismo establecimiento le dé.

ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

b) ESTABLECIMIENTO. En la terminología de la ley, no equivale a sanatorio, clínica ni hospital, sino a la unidad de internación. Esta unidad puede ser un centro de salud mental, una clínica o un hospital psiquiátrico. Pero si en un hospital general hay una sala de internación para afectados de enfermedades mentales, esa sala es el establecimiento a que se refiere la ley.

Análogamente, cuando la ley se refiere al director del establecimiento, nombra a la persona que autoriza y controla la internación en la unidad, que puede ser —y seguramente lo es— el jefe de la sala en el ejemplo mencionado anteriormente, y no el director del hospital general en que aquélla se encuentra.

2. TIPOS LEGALES DE INTERNACIÓN

La ley distingue cuatro tipos de internación, y establece que "sólo se admitirá" en esos casos. Elimina, por tanto, de plano toda internación que no encuadre dentro de algunos de los tipos legales, con lo cual desaparecen todas las internaciones que quedan "en el aire", sin posibilidad de egreso ni de defensa para el internado, a que' me he referido anteriormente.

El primer tipo de internación que reconoce la ley es la que proviene de una orden judicial (art. 482, párrs. 1º y 31, Cód. Civil). Naturalmente, nada habla de decir sobre este tipo de internación, por lo cual la ley no volverá a hacer referencia a él hasta el art. 50, en que comienza a reglamentar los deberes de jueces, asesores y directores, "cuando el internado se encuentre bajo la autoridad judicial, cualquiera sea el origen de la internación".

Los restantes tipos de internación son tratados por la ley en los arts. 20 a 40.

VI. INTERNACIÓN A INSTANCIA PROPIA O DEL REPRESENTANTE LEGAL

1. PROBLEMAS DE LA INTERNACIÓN VOLUNTARIA Y SUS POSIBLES SOLUCIONES

La internación a instancia propia por causa de enfermedad mental plantea dos problemas que pueden solucionarse de diferentes modos.. El primero es la dudosa conciencia y voluntariedad de quien, afectado por una enfermedad mental —que precisamente oscurece su inteligencia y disminuye su voluntad—, acude a la internación. Esta duda se ahonda al pensar si la voluntad de quien quiere internarse puede alcanzar a la aceptación del tratamiento, y más aún al considerar que, una vez medicamentado, difícilmente el enfermo pueda reflexionar o actuar en contra de la internación.

La segunda cuestión que plantea la internación voluntaria es la dificultad que se presentará al director si el enfermo, como sucede a menudo, quiere abandonar el establecimiento antes de finalizado el tratamiento: impedirle hacerlo podría ser un delito; acceder a la salida puede en ocasiones ser muy peligroso para el paciente o para terceros.

Estas cuestiones han sido solucionadas habitualmente de tres formas La primera ha sido prohibir la internación voluntaria: toda persona que quiera internarse debe ponerse bajo la autoridad

ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

—judicial o administrativa, según el caso—, que está facultada legalmente para disponer la internación. Ésta determinará si la internación es necesaria, la controlará y oportunamente dispondrá el egreso.

La solución parece perfecta, y sin embargo no lo es, porque hoy en día se tiende a facilitar la internación voluntaria, que pone al enfermo en una actitud personal de colaboración que facilita la terapia⁴⁴.

La segunda forma de solución es opuesta a la primera: admite la internación voluntaria y sólo exige para su procedencia que el enfermo acompañe uno o dos certificados médicos. Existió entre nosotros hasta la aparición de la ley 22.914. Tropezaba con varios inconvenientes. En primer lugar, ya lo he dicho, puede dudarse de la verdadera voluntariedad de la internación. En segundo, también lo he recordado, la dificultad que puede presentar un egreso prematuro. Tercero, la desprotección en que quedaban el incapaz o el inhábil, o la persona que se iba transformando en insana después de internarse. Cuarto, la eventualidad —muy corriente— de que quien ingresó voluntariamente permanezca largo tiempo —años, para siempre— internado: es de suponer que la voluntariedad inicial terminó en algún momento.

Entre la restricción o la apertura totales, la ley 22.914 siguió un camino intermedio: permitir la internación voluntaria, pero rodeándola de garantías.

44. Sobre la evolución y estado actual de la legislación de los Estados Unidos de Norteamérica a este respecto, ver Benton, *Criteria on Civil Commitment Proceedings*, "University of Miami Law Review", vol. 26, summer 1972, n° 4, p. 668 y 669; Slovenko - Super, *Commitment procedure in Louisiana*, "Tulane Law Review", 1969, vol. 35, no 4, p. 711 y 712.

2. REQUISITOS LEGALES

El primer requisito es la suscripción de la solicitud de internación por el interesado. No hay fórmulas rígidas. Si no sabe firmar, colocará su impresión digital al pie.

El segundo requisito de admisión es un certificado médico que identifique al posible internado, efectúe su diagnóstico y dé opinión fundada sobre la necesidad de la internación. Tampoco hay condiciones insalvables; no es necesario más que un solo certificado —otros proyectos de ley exigen dos—. Además, no se prohíbe que el certificado sea firmado por un profesional del mismo establecimiento, para facilitar la internación voluntaria de quien se atiende en los consultorios externos.

Por último, el director, dentro de las 48 horas de producida la internación, debe efectuar su propio dictamen médico o convalidar el de Otro profesional del establecimiento.

Como puede verse, la amplitud de la ley tiende a facilitar la internación voluntaria.

Pero no por ello deja inerte al internado.

Dentro de las 72 horas de producida la internación, el director deberá comunicarla al asesor de menores e incapaces, aunque solamente en los casos siguientes:

a) PRESUNTA INCAPACIDAD. Dentro de este supuesto se dan varias posibilidades:

1) Si se trata presuntivamente de una persona que por su enfermedad mental no tiene habitualmente aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes (art. 141, Cód. Civil).

ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

2) Si se trata de una persona que, presuntivamente, sin llegar al supuesto anterior, está habitualmente disminuida en sus facultades y puede dañar a su persona o a su patrimonio (art. 152 bis, inc. 2°, Cód. Civil).

3) Si se trata de una persona que, presuntivamente, por embriaguez habitual o uso de estupefacientes, esté expuesta a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o a su patrimonio (art. 152 bis, inc. 1°, Cód. Civil).

En estos casos, la comunicación al asesor tiene por fin permitir que éste tome conocimiento de la existencia de una persona supuestamente incapaz o inhábil e inicie el proceso correspondiente. El asesor está facultado por el Código Civil para iniciar el proceso (arts. 144, inc. 31 y 152 bis, Cód. Civil y art. 12, inc. b, ley 22.914).

Se trata de un primer canal de comunicación entre internación e incapacidad, que permite la protección judicial de un gran número de enfermos mentales-incapaces: todos los que hayan estado alguna vez internados. Sobre esto ya he hablado al tratar del enfermo mental-incapaz, y allí me explayé también sobre los recaudos que el asesor, el juez y los médicos forenses deben tomar para que no se inicie un proceso a personas que sólo accidentalmente están incapacitadas.

Si existe una incapacidad habitual, la persona estará protegida judicialmente, y además su internación será controlada de la misma forma. De voluntaria, por tanto, se transformará en judicial.

b) **NECESIDAD DE INTERNACIÓN.** También aquí se presentan varios supuestos.

1) La persona no es incapaz, pero su internación es necesaria, porque puede dañar su propia salud (art. 482, Párr. 20, Cód. Civil) o porque la falta de asistencia puede traer graves consecuencias al enfermo (art. 482, párr. 3º, Cód. Civil).

La internación ha sido voluntaria, pero hay en ella un interés público, que trasciende lo individual; el enfermo puede dañarse a sí mismo, si no se lo interna. El director, dentro de las 72 horas de producida la internación, debe comunicarla al asesor.

El objetivo de esta comunicación es claro: solucionar uno de los inconvenientes de la internación voluntaria, que consistía en el riesgo de su interrupción intempestiva, en casos en que el tratamiento continuara siendo necesario.

El director, por sí solo, no puede en principio legalmente impedir la salida del paciente, pero el asesor está en condiciones de pedir al juez que la evite.

El tema nos pone por primera vez frente a cuestiones extremadamente delicadas, donde se encuentran en juego distintos valores que, en cada caso particular, hay que ponderar con prudencia.

El primero es el enfermo, que puede "dañar su propia salud" o "requiere asistencia". ¿Hasta qué punto hay derecho a impedir que abandone el establecimiento? Por un lado, la vida, la integridad personal y la salud están considerados en la conciencia de nuestra sociedad y en nuestro derecho positivo como un interés público, no como un derecho subjetivo privado, a punto tal que el consentimiento de la víctima. No impide que el homicidio o las lesiones se consideren delitos. No sólo existe el deber de no dañar esos bienes, sino que el Estado (y en especial el Poder Judicial) tiene el deber de protegerlos, deber que también comparten, en determinadas condiciones y hasta cierto grado, los ciudadanos

que de otro modo incurrirán en el delito de abandono de personas u omisión de auxilio. -

Pero, por el otro lado, entre nuestros valores, jurídicamente protegidos está el de la libertad, a tal punto, que no está sancionada como delito la tentativa de suicidio ni las autolesiones.

¿Hasta dónde, pues, una persona tiene derecho a no internarse o a salir del establecimiento, cuando esa omisión probablemente la conducirá al suicidio, o a un empeoramiento permanente de su estado mental, o le impedirá mejorarlo o curarse?

La respuesta tiene que ser forzosamente matizada, según sea la gravedad de lo que probablemente habrá de ocurrir al enfermo, y según quién sea el que lo haya internado o impida su salida. Si la probabilidad es de suicidio, no cabe duda de que el interés público, que se centra en la vida, es superior al de la libertad, y que entonces la persona debe mantenerse internada hasta que ese riesgo desaparezca. Bien entendido que no debe tratarse de una mera posibilidad, sino de una probabilidad real y cierta. Frente a este caso, la internación voluntaria se transformará en judicial (y por tanto en compulsiva, y con imposibilidad de egreso voluntario), apenas se vea que es probable que el enfermo abandone el establecimiento antes de tiempo. Pero el valor protegido es tan importante, que si el director no ha recibido todavía del juez la orden de mantener la internación, puede y hasta debe impedir —por excepción— la salida del enfermo, y requerir inmediatamente que el juez se expida sobre la internación. De otro modo, podría incurrir en el delito de abandono de persona u omisión de auxilio; y demás está decir que el juez y el asesor poco diligentes incurrirán en delitos mucho más graves.

Igualmente claro es el caso diametralmente opuesto, en que la falta de internación o su abandono prematuro sólo impedirá al enfermo mejorar o curar, pero no empeorará su salud. Es claro que nadie tiene derecho a inmiscuirse en la vida de una persona capaz para decidir por ella con los fines antedichos, ni siquiera un juez. Recuérdese que me refiero a una persona que no sea peligrosa para terceros ni para la tranquilidad pública.

El caso que plantea más dudas y requiere más precisiones es el intermedio, en que una persona capaz no quiere internarse o quiere abandonar una internación voluntaria. Esta conducta probablemente no la llevará al suicidio, pero sí empeorará su salud mental. Se trata aquí de interpretar el art. 482 del Cód. Civil, cuando habla de las personas que "pudieren dañar su salud" (párr. 2º) o "requieran asistencia en establecimientos adecuados" (párr. 30).

"Requerir" es, en esta acepción, sinónimo de "necesitar" o "exigir". Hay una persona que necesita asistencia, porque está en peligro. El peligro debe ser de la persona; no de su vida (ya me he referido anteriormente a este caso), pero sí de alguno de sus bienes más esenciales, como es la integridad mental.

Tiene que haber, por tanto, probabilidad real y cierta de que si la persona abandona el tratamiento, la consecuencia para su salud mental será grave. Y en este caso el juez debe mantener la internación. Y el director, puede y debe, por excepción, impedir la salida, si la orden judicial de mantener la internación ó re-internar al enfermo, no llega a tiempo; como probablemente el daño se produciría tan pronto como egresara el enfermo, una orden judicial tardía sería ineficaz en ese caso. Por supuesto que a la vez que impedir la salida debe requerir inmediatamente al juez que se expida sobre la internación.

Resumiendo lo expuesto en este acápite: en los casos en que la internación sea voluntariamente pedida por una persona capaz, debe ser comunicada al asesor de menores dentro de las 72 horas, cuando haya probabilidades ciertas y reales de que el enfermo, si abandona prematuramente el establecimiento, se suicide, o que su salud mental se resienta gravemente.

El asesor de menores e incapaces, haciendo uso de las facultades que le acuerda el art. 482, párr. 30, Cód. Civil, puede pedir al juez que disponga que la internación se transforme' de voluntaria en judicial, porque hay en ello un interés público, superior al privado⁴⁵.

Sin embargo, no es obligatorio que lo pida. Bien puede el asesor, y a mi juicio esta conducta sería la más acertada, solicitar al director que le informe en caso de que el enfermo se disponga a abandonar o abandone prematuramente el establecimiento. Sólo en caso de que esto ocurriera formularía la petición al juez.

En mi opinión, esta conducta salvaría los dos valores en juego: la integridad física y psíquica del internado, porque el pedido de internación judicial es casi instantáneo si se utiliza —como más adelante se verá— el teléfono. Además, ya hemos dicho que en los casos realmente graves y urgentes el director puede y debe impedir la salida del enfermo hasta recibir la orden judicial, verbal o escrita, que por supuesto debe requerir inmediatamente.

Por otra parte, ese modo de actuar respetaría la libertad y consecuentemente incrementaría las posibilidades de restablecimiento de quien voluntariamente se ha internado, sin

45. Fantoni, La internación del enfermo mental, JA, 1967-111-30 y 34, secc. doctrina. El autor encara de otra forma el tema, y se inclina por la posibilidad de imponer un tratamiento sólo a los dementes declarados tales.

interferir con una orden judicial que en muchos casos puede ser superflua porque el enfermo no querrá abandonar el establecimiento. Además, se mantendrá más la privacidad de la internación, porque la comunicación al asesor no da origen a un expediente judicial, sino que se mantiene archivada en un registro secreto. Sólo el pedido del asesor al juez abre un proceso.

El asesor, anoticiado de la existencia de la internación y de sus características, puede, sin necesidad de pedir la orden judicial, controlarla hasta el egreso, para verificar que se respetan todos los derechos del internado. Y en caso de constatar o sospechar que alguno de ellos no se respeta, podrá pedir al juez medidas tendientes a su cumplimiento o a esclarecer el caso, incluso sin solicitar que la internación misma se transforme en judicial.

Aun el juez, cuando el asesor pide que la internación se transforme en judicial, puede verificar si esa transformación es realmente necesaria o conveniente, según las pautas expuestas anteriormente, antes de ordenarla.

2) La persona no es incapaz, pero su internación es necesaria porque puede dañar la salud de terceros o la tranquilidad pública (art. 482, párr. 2º, Cód. Civil).

La internación ha sido voluntaria, pero también aquí hay un interés público, más allá del individual del enfermo, ya que éste, si no se lo internara sería peligroso para otras personas o para la sociedad en general. También en este caso el director, dentro de las 72 horas de producida la internación, debe comunicarla al asesor.

El objetivo de la comunicación es claro: impedir un abandono intempestivo de la internación, peligroso para otras personas o para la sociedad en general. El asesor puede pedir al juez que

evite ese riesgo, transformando en judicial la internación voluntaria.

El tema de la peligrosidad del enfermo mental es otro de los que merecerían un largo debate y una buena profundización, que en nuestro país los hombres de leyes todavía no han empezado. Tropiezo por segunda vez con él a lo largo de este trabajo y bueno será que le dediquemos algunos párrafos. Es un concepto con el que operan a menudo los jueces civiles para internar a enfermos mentales, y también los jueces penales, cuando disponen la internación de inimputables (art. 34, Cód. Penal).

Prever el futuro es la tarea más difícil de cualquier ciencia, máxime cuando el objeto de su estudio es la conducta humana.

Estadísticamente se ha demostrado que la psiquiatría, en su estado actual, es incapaz de prever seriamente la conducta futura de un enfermo mental. Experimentos y estudios responsables realizados en el extranjero llegaron siempre a la conclusión de que la gran mayoría de los internados por peligrosidad nunca hubieran dañado a nadie⁴⁶.

Cuando no existía un concepto científico de la enfermedad mental, se la asimilaba automáticamente con la agresividad y el peligro. Actualmente ha dejado de ser así, máxime con el considerable avance de la psicofarmacología, pero la sociedad en su conjunto sigue atada a las viejas concepciones.

46. Benton, *Criteria in Civil Commitment Proceedings*, "University of Miami Law Review", vol. 26, summer 1972, no 4, p. 661 y 681; Schneider, *Civil Commitment of the Mentally* 111, "American Bar Association Journal", oct. 1972, vol. 58, p. 1060; Slovenko - Super, *Commitment procedure in Louisiana*. "Tulane Law Review", 1969, vol. 35, no 4, p. 713.

ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

Si esto último es comprensible, no lo es en cambio que los médicos forenses y los funcionarios y magistrados judiciales, asesorados por aquéllos, continúen declarando peligrosas a personas que jamás cometieron ni cometerán un daño, solamente porque padecen un determinado tipo de enfermedad mental que se relaciona en forma automática y muy poco científicamente con la peligrosidad.

Por este motivo el Congreso de Protección al Enfermo Mental aprobó una ponencia recomendando una reelaboración del fundamento de la internación y del estudio de la peligrosidad⁴⁷.

Sin embargo, mientras ese estudio llega y se difunde, será muy conveniente recordar otra ponencia del Congreso, según la cual "defensores, curadores, asesores y jueces deben buscar pruebas no periciales (testimonial, documental, etc.), sobre la conducta pasada del enfermo, que en muchos casos serán más importantes que la pericia médica para ordenar o desestimar una internación o buscar una alternativa a ésta, y exigir a la pericia una sólida fundamentación y examinarla críticamente"⁴⁸.

Aquí y en cualquier parte del mundo, la inmensa mayoría de los enfermos internados como peligrosos no han pasado de desnudarse en la vía pública o de pintarse el rostro o de realizar otros actos, que, como los señalados, poco tienen de agresivos.

Casi todos los que dañaron a alguien o algo, después sufrieron años de internación, a veces hasta morir, sin haber repetido jamás otro acto agresivo, pero nunca egresaron porque, según médicos y jueces, seguían siendo peligrosos.

47. Congreso, comisión II, ponencia 8, punto 2 (ver Apéndice).

48. Congreso, comisión II, ponencia 8, punto 3 (ver Apéndice); Sch-neider, Civil Commitment of the Mentally Ill, 'American Bar Association Journal', oct. 1972, vol. 58, p. 1060.

ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

Muchas veces a la enfermedad mental se suma un problema socio-económico que hace de la internación una forma de vida — infrahumana, pero posible— en los grandes hospicios⁴⁹. La justicia, como defensora del enfermo mental, debe evitar que se produzca ese encarcelamiento subreptico. Y debe evitarlo desde sus verdaderos inicios —pasado un tiempo, ya es tarde— haciendo respetar los derechos del internado.

Ahora bien, cuando el director entiende que la persona capaz, que se ha internado voluntariamente, es realmente peligrosa para terceros en particular o para la sociedad en general, deberá comunicar dentro de las 72 horas la internación al asesor.

El asesor, haciendo uso de las facultades que le concede el art. 482, párr. 30, del Cód. Civil, pedirá al juez que disponga que la internación se transforme de voluntaria en judicial, porque hay en ello un interés público superior al privado.

Pero antes de pedirle nada al juez, el asesor deberá meditarlo seriamente, porque estará limitando la libertad del internado y con ella sus posibilidades de curación.

Más le valdrá en muchos casos esperar, y mantenerse informado, como lo he expuesto en el acápite anterior, para actuar solamente si el enfermo pretende abandonar prematuramente la internación.

El juez no está obligado a disponer la orden de internación solicitada por el asesor si juzga preferible que continúe ella siendo voluntaria. Esto no impide que entretanto se protejan los derechos del internado.

Esto último tiene un especial interés en caso de que la conducta

49. Benton, *Criteria in Civil Commitment Proceedings*, 'University of Miami Law Review', vol. 26, summer 1972, no 4. p. 677.

agresiva del enfermo se dirija contra una persona en especial — habitualmente un familiar—. La acción de la justicia puede lograr que la persona cambie de hábitat al salir de su internación, con lo cual se facilita el restablecimiento y se elimina el problema de la peligrosidad.

C) INTERNACIÓN QUE SUPERA LOS VEINTE DÍAS. Todos los elementos de sospecha y de desprotección que rodean a la internación voluntaria por enfermedad mental no decidieron al legislador a prohibirla, pero sí a rodearla de ciertas garantías. La primera está relacionada con la capacidad y la segunda con la existencia de un interés público en la internación. Esto ya lo hemos visto.

La tercera se vincula con el plazo de la internación. Una internación puede comenzar siendo voluntaria, y prolongarse una semana o dos, un mes o dos, un año o dos o diez o veinte... ¿En qué momento es necesaria una protección judicial? ¿Puede ser voluntaria y no necesitar protección una internación de diez años, por ejemplo? Es casi seguro que alguno o casi todos los derechos del internado, a esa altura, habrán sido violados.

Además, de no reglamentarse una comunicación en el caso de la internación voluntaria, se corría el riesgo de que se hicieran pasar por tales muchas internaciones que no lo eran.

Entonces, ¿en qué momento conviene que intervenga la justicia? La respuesta la ha dado la ley con mucha prudencia. En primer lugar, el director debe comunicar la internación al asesor, si supera ella los veinte días.

El plazo cubre las internaciones de corto plazo, habituales en las neurosis o en casos agudos, en que se puede continuar el

ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

tratamiento en hospital de día o en forma ambulatoria. En la mayoría de tales casos, no habrá comunicación.

Pero la ley no quiso prolongar excesivamente el plazo, porque uno demasiado largo podría ser fatal para los derechos del internado, que con rapidez pueden ser desbaratados. La experiencia ha enseñado que cuando la justicia toma entre manos una internación que se ha alargado mucho, es muy poco lo que se puede hacer ya para restituir al internado lo que ilegítimamente se le ha quitado (sus bienes, su lugar en la casa o su capacidad para conducirse fuera del establecimiento).

Por eso la ley adoptó un término breve: veinte días, pasado el cual, el director debe comunicar la internación al asesor, dentro de las 72 horas previstas en el art. 2° de la ley.

El asesor, en conocimiento de la internación, se erige así en el defensor "extramuros", en la primera protección del internado y de sus derechos. Si no existe un motivo válido real e importante, no tiene por qué pedir al juez que disponga que la internación se transforme en judicial. Pero debe vigilar que el egreso se cumpla apenas se pueda, que se brinde un adecuado tratamiento, que se usen si es posible medios curativos que limiten menos la libertad, que no se dilapiden los bienes, que se permita la comunicación, que se le haga saber el plan de curación proyectado para él, que se preserve el lugar que ocupaba antes de internarse. Si el asesor advierte que no se respetan los derechos del internado, debe hacerlos cumplir extrajudicialmente o peticionándolo al juez.

d) REINTERNACIÓN. Aunque la internación dure menos de veinte días, el director debe comunicarla al asesor dentro de las 72 horas si se trata de una re-internación. El motivo es obvio:

ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

evitar repetidas internaciones de menos de veinte días que burlen la normativa legal.

e) **INTERNACIÓN PEDIDA POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE UN INCAPAZ.** La internación puede ser solicitada, no sólo por el propio interesado, sino también, en caso de que el enfermo sea incapaz (menor o demente declarado) por su representante legal (padre, madre o tutor en el primer caso, curador en el segundo).

En estos casos, como la voluntad del incapaz la suple su representante, el director debe actuar en la forma explicada en este capítulo.

El tutor y el curador tienen, además, obligación de denunciar la internación al juez de la causa dentro de las 24 horas de producida (art. 21, inc. c, ley 22.914).

3. CONSIDERACIONES FINALES SOBRE LA INTERNACIÓN A INSTANCIA PROPIA O DE REPRESENTANTE LEGAL

Tendiendo una mirada retrospectiva, podemos abarcar ahora de un vistazo el panorama de este importante tipo de internación. La ley la favorece y reduce al mínimo los requisitos para su admisibilidad.

Pero se ocupa de que una persona fuera del establecimiento esté enterada de la internación, cuando el enfermo es incapaz o inhábil, cuando la internación es necesaria y su abandono prematuro puede producir graves consecuencias a la salud del enfermo o a la de terceros, y cuando el egreso se demora más de veinte días o se trata de una reinternación.

Tres razones: la incapacidad, el interés público y el alargamiento de la internación pueden hacer necesaria la intervención de un juez.

Pero la ley no lo ha hecho intervenir automáticamente. En estos casos, como hemos visto, el asesor es anoticiado y él — representante y defensor del enfermo extramuros— puede pedir o no al juez que intervenga, e incluso puede ocuparse del internado sin abrir actuación judicial alguna.

De este modo, el secreto y la privacidad de la internación voluntaria se respetan hasta el límite en que se vuelven contra el propio internado. En los casos en que cierta protección pueda ser necesaria por alguna de las tres razones señaladas, el asesor estará enterado de la internación, y ésta será anotada en un registro secreto, sin actuación judicial. Y cuando sea imprescindible que un juez intervenga para proteger al enfermo o a terceros, se abrirá una instancia judicial que, de todos modos, será también reservada.

VII. INTERNACIÓN POR DISPOSICIÓN DE LA AUTORIDAD POLICIAL

1. OBJETIVO DE LA LEY

Ya he explicado antes cómo la reforma del Código Civil del año 1968 autorizó a la autoridad policial a internar con determinados recaudos, encauzando legalmente una costumbre y una necesidad.

Y señalé también los motivos por los cuales la reforma legal quedó prácticamente en la nada, ya que la intervención judicial no se cumplió, y el inmenso perjuicio que ello significó para los internados.

El artículo que comento, tiene por finalidad solucionar los tres problemas que aquejaban este tipo de internación: a) deslindar la internación dispuesta por la autoridad policial de la solicitada por los familiares con colaboración policial; b) hacer que el juez se entere inevitablemente de toda internación dispuesta policialmente, y c) reglamentar qué ocurre con el internado en caso de no recibirse ninguna orden judicial.

2. AUTORIDAD POLICIAL

Es la autoridad administrativa que tiene a su cargo mantener el orden público y la seguridad de los ciudadanos.

Dentro del ámbito de la Capital Federal, se trata de la Policía Federal, la Prefectura Naval y la Policía Aeronáutica.

3. REQUISITOS Y TRÁMITE DE LA INTERNACIÓN

Las autoridades policiales pueden "disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública" (art. 482, párr. 20, Cód. Civil). Dicha internación sólo podrá ordenarse, agrega la norma, "previo dictamen del médico oficial". La ley 22.914, en su art. 2º, inc. c, recuerda que debe cumplirse dicho requisito.

Sólo falta comentar aquí que "oficial" significa "con autoridad emanada del Estado", por oposición a "particular" o "privado". Cualquier médico, por lo tanto, de un establecimiento público, sea nacional, provincial o municipal, es médico "oficial".

De este modo, cuando la policía interna en un establecimiento público —en casi todos los casos es así— le basta para cumplir con la ley con requerir de un profesional del mismo establecimiento un certificado de que la internación es necesaria.

Cuando el enfermo es llevado por la policía al establecimiento, quien lo admita debe poner cuidado en averiguar y discriminar quién lo interna, porque el tratamiento legal es diferente en cada caso.

Descarto, naturalmente, la internación por voluntad propia, pero puede serlo a instancias del representante legal del enfermo, en cuyo caso deben cumplirse los requisitos y obligaciones del art. 20 de la ley, ya estudiados; no los de la internación policial.

Puede ser que la policía lleve a la persona por orden de un juez, en cuyo caso la internación tampoco será policial, sino judicial. Pero en este caso la orden del juez debe ser escrita y firmada, o haber sido adelantada por el juez telefónicamente al establecimiento. No debe bastar la invocación que de una orden verbal haga tal vez la policía, ni la exhibición de instrumentos en que se dispongan medidas genéricas de internación: hay que mostrar la orden expresa de internación para la persona llevada por la policía.

Un último supuesto es aquel en que la policía y el enfermo vayan acompañados, además, de uno o más parientes de éste. Quien admita la internación debe ser cuidadoso en discriminar bien quién es el que interna: si la policía o el familiar. En este segundo caso, deben cumplirse los recaudos de la internación de urgencia, especificados más adelante al comentar el art. 40 de la ley.

Ahora bien, si quien interna es la policía provista de un certificado médico oficial —que puede otorgar, como expliqué, un médico de la policía o de cualquier establecimiento público, incluido aquel en que se pretende internar— en el establecimiento se pueden adoptar dos actitudes: hacer lugar a la internación o no.

La negativa no puede ser infundada, ni basarse en razones médicas, porque la policía tiene autoridad legal para internar. Puede, en cambio, basarse en la falta de camas o en la absoluta ineptitud del establecimiento para internar siquiera sea provisionalmente al enfermo. Si el establecimiento no ha sido

ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

diseñado para internar a este tipo de pacientes, pero puede hacerlo sin daño por una noche o unas horas, debe recibir al enfermo, e inmediatamente pedir al juez su traslado. En primer lugar, porque no hay entonces razón para desobedecer a una autoridad; en segundo, porque pudiendo alojar por unas horas y calmar o medicar a un enfermo en crisis, sería inhumano no hacerlo. El juez ordenará a la brevedad su traslado a un lugar conveniente.

4. COMUNICACIÓN

Una vez internada la persona, la policía debe dar "inmediata cuenta al juez", según el art. 482 del Cód. Civil. Para evitar las consecuencias del incumplimiento de esta disposición, al que ya me referí, la ley 22.914 impone al director dos obligaciones: .dentro de las 24 horas de producida la internación deberá efectuar su propio dictamen médico o convalidar el de otro facultativo del mismo establecimiento, e informar de la internación al asesor, acompañando copia de ese dictamen y el del médico oficial con el cual se llevó a cabo la internación.

La comunicación al asesor es obligatoria en todos los casos, y el plazo para hacerlo muy breve, porque se trata de una persona internada sin el concurso de su voluntad. Por consiguiente, es imperativo que intervenga cuanto antes un juez, para ratificar o no la internación policial: recordemos una vez más que en nuestro sistema constitucional sólo los jueces pueden privar de la libertad y que las facultades dadas a la policía por el Código Civil responden a una urgente necesidad pero exigen la inmediata intervención de la justicia.

La comunicación del director al asesor no elimina la de la policía al juez, obviamente, pero así se evita que la ausencia de cualquiera de los dos impida la acción de la justicia.

5. ACTUACIÓN JUDICIAL

Si el juez no se entera antes por la policía, será el asesor quien le dé a conocer la internación, y pedirá el dictamen del cuerpo médico forense si lo considera necesario, para ratificarla u ordenar el egreso.

Los plazos que tiene el juez para actuar son breves. En el sexto día de la internación —contando a partir de esa medianoche— si el director no recibió ninguna orden del juez, tiene que comunicarlo inmediatamente al asesor, y si pasados tres días más la situación sigue igual, debe disponer el cese de la internación, notificando de ello al internado o, en caso de ser incapaz, a su representante legal.

Naturalmente que una internación que en su origen fue compulsiva puede transformarse en voluntaria, si el internado tiene el grado de lucidez suficiente para aceptarla. Así puede suceder si vencen los plazos legales sin que el juez ordene mantener la internación: el enfermo, en vez de irse, puede quedarse y mantener así su internación, cumpliendo los requisitos del art. 21: dictamen médico y suscripción de la solicitud.

Pero en muchos casos puede operarse esta transformación, con mucho beneficio, aun antes de que transcurran los plazos de la ley. Si el juez comprueba que el paciente quiere y puede asumir con voluntad propia su internación, y no existe mayor riesgo de abandono prematuro, será útil para la salud del enfermo que su internación cese de ser compulsiva. Ello no significará que el Poder Judicial se desentienda de esa persona; seguirá controlando que no se violen sus derechos, igual que en cualquier internación voluntaria.

**6. INTERÉS PÚBLICO, NECESIDAD DE ASISTENCIA
Y PELIGROSIDAD. REMISIÓN**

Sobre las razones de interés público que pueden inducir al juez a mantener la internación compulsiva; sobre la exacta noción de "necesidad de asistencia" y de "peligrosidad" y sobre todo los recaudos que hay que tomar para que la decisión sea justa, ya he hablado antes en el capítulo V.

VIII. INTERNACIÓN EN CASOS DE URGENCIA

1. OBJETIVO DE LA LEY

En principio la internación a solicitud del esposo o esposa no divorciado, los parientes, el asesor, el cónsul de un extranjero o cualquier persona incomodada por el enfermo, debe hacerse pidiéndosela al juez (art. 482, párr. 30, Cód. Civil). O sea que se trata de una internación de orden judicial.

Pero ya vimos cómo se dan casos de urgencia en que no hay tiempo para requerirla, y en consecuencia se necesitaba una reglamentación que a la vez asegurase la inmediata internación y la seguridad de la intervención judicial.

La ley 22.914 se ha ocupado de esta cuestión.

2. VIGENCIA

Este tipo de internación funciona "en caso de urgencia" (art. 1, inc. d), o sea, cuando no hay tiempo para requerir la orden judicial prevista por el art. 482, párr. 30, del Cód. Civil, ni se ha tenido que recurrir a la policía por ser innecesario.

3. LEGITIMADOS

Las personas que pueden pedir esta internación, de acuerdo con el art. 1, inc. d, de la ley, son: el esposo o la esposa no divorciado, los parientes, el cónsul del extranjero y el asesor.

A primera vista se advierte que la ley excluye toda otra persona, entre ellas los vecinos, los compañeros de trabajo, los amigos, los que comparten, sin ser parientes, la casa o la pieza, y hasta el mismo concubino.

Aquí la ley se encontraba frente a--una alternativa. Si quería facilitar al máximo la internación de urgencia, tenía que admitir que cualquier persona internase a otra si había prisa para hacerlo, porque no hay forma fehaciente de identificar al amigo, al concubino o al vecino. Si quería preservar la seriedad de la internación y restringir los casos en que una persona dispusiera de la libertad de otra, la legitimación debía quedar reservada al esposo y a los parientes.

Escogió una vía intermedia, muy apropiada. No permitió que cualquiera internase a otro en un caso de apremio, pero autorizó a hacerlo al asesor.

O sea, cualquier persona que no sea esposo o pariente puede lograr la internación en un caso de urgencia, recurriendo á la policía (en caso de ser necesario el uso de la fuerza, y en esta hipótesis la internación será dispuesta por la autoridad policial y se regirá por el art. 31 que ya comenté) o al asesor (en caso de ser innecesaria la internación policial, y en este caso la internación será de urgencia y se regirá por el art. 41 que comento). -

Supongamos que la crisis ocurre en un horario que no es de funcionamiento del Poder Judicial. Se tendrá la alternativa de

ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

recurrir a la policía. Y si no se quiere usarla, podrá llevarse al enfermo al establecimiento por las horas que sea necesario, sin internarlo todavía, pero logrando su atención y tratamiento, y la internación la pedirá el asesor en las primeras horas hábiles siguientes.

En suma, la ley no exige que nadie padezca sin tratamiento para cubrir exigencias, pero no quiere que cualquier persona interne a otra, salvo el esposo, el pariente, el cónsul y el asesor.

4. REQUISITOS Y TRÁMITE DE LA INTERNACIÓN

El legitimado debe solicitar la internación por escrito, firmando ante el director o quien lo reemplace. Si no sabe firmar, bastará que coloque la impresión digital al pie. El director aceptará o rechazará fundadamente la petición. La decisión del director o su suplente es una garantía más de la necesidad y la urgencia de la internación, y su fundamento reemplaza el dictamen médico que era obligatorio efectuar en el caso de internación policial.

5. COMUNICACIÓN

Si se acepta la internación, el director deberá comunicarla al asesor dentro de las 24 horas, salvo, naturalmente, que haya sido el mismo asesor quien la pidió.

6. ACTUACIÓN JUDICIAL

Después, el trámite sigue exactamente igual que en el caso de internación policial. En el sexto día, si es el caso, se hace saber al asesor que no se ha recibido orden judicial y se aguarda tres días más. Luego, la internación se transforma en judicial —si se recibe la orden—, o cesa por vencimiento de plazos u orden judicial de

egreso, o sigue, pero transformada en voluntaria a instancia del enfermo o de su representante legal.

Con una sola diferencia muy importante: si antes de vencidos los plazos legales y recibida orden judicial cesan las causas que motivaron la internación, el director hará cesar la internación, notificando de ello al internado o a su representante legal —si es incapaz— y al asesor.

Es lógico que así sea, pues mientras la policía tenía autoridad legal para internar, en el caso del art. 30, en el art. 40 es únicamente la urgencia la que convalida la internación; por tanto, ésta cesa con su causa.

La internación compulsiva puede transformarse en voluntaria, antes o después de vencidos los plazos legales, tal como se explicó al comentar el art. 31. Esta transformación tiene mucha más importancia y oportunidad de llevarse a cabo en la internación de urgencia que en la policial, por las características que generalmente presentan en este caso el enfermo y su familia.

7. DECISIÓN DEL JUEZ. REMISIÓN

Sobre los motivos de interés público que pueden inclinar al magistrado a ratificar la internación compulsiva; sobre el preciso concepto de "necesidad de asistencia" y de "peligrosidad" y sobre los cuidados que deben rodear la resolución para que sea adecuada, me remito al capítulo V.

8. CONCLUSIONES

Una vez cumplidos los requisitos y los plazos legales, toda internación, cualquiera que haya sido su origen (judicial,

101
ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

voluntaria, policial o de urgencia), únicamente podrá permanecer como judicial o voluntaria. Porque las internaciones provisoriamente policiales o de urgencia, si no cesan, se transforman, al vencer los términos, en judiciales o voluntarias.

Al comentar el art. 20 de la ley me he referido extensamente a la internación voluntaria. Los artículos que siguen de la ley 22.914 se refieren sólo a la judicial, "cualquiera sea el origen de la internación", esto es, judicial en su origen, o mantenimiento por orden judicial de internaciones que comenzaron siendo voluntarias, policiales o de urgencia.

IX. OBLIGACIONES DE LOS RESPONSABLES DE LA INTERNACIÓN

1. DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO

En caso de haber recibido la orden judicial de internar o de mantener una internación, el director tiene las siguientes obligaciones:

- a) Informar por lo menos cada cuatro meses al juez sobre la evolución del internado (art. 50, inc. a). Es uno de los modos para que el juez controle si la internación sigue siendo necesaria, y si se brinda un tratamiento adecuado.

- b) Autorizar sin necesidad de orden judicial paseos o salidas a prueba del internado. "Paseo" es el recorrido fuera del establecimiento de una distancia relativamente corta, que puede demandar horas. Si es necesario que el enfermo salga acompañado, el director, del establecimiento, al permitirle pasear, no sólo indicará el horario, sino también individualizará con precisión a la persona responsable de su cuidado. "Salidas a prueba" son los permisos otorgados por períodos más o menos prolongados, durante los cuales el enfermo vive fuera del establecimiento, bajo el cuidado de una persona responsable, si es necesario. Su duración dependerá exclusivamente de lo que el

103
ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

director considere conveniente para el enfermo. Son prorrogables por el número de días y de veces que el director juzgue apropiado.

El director del establecimiento deberá comunicar al juez la autorización dentro de las 24 horas, e informarle también quién se hará cargo del internado, o que esta previsión es innecesaria (art. 50, inc. b).

c) Pedir al juez el alta provisoria o la transferencia de la persona a otro establecimiento.

Requieren la previa autorización judicial. El "alta provisoria" se diferencia de la "salida a prueba", en que mientras aquella da por curado provisionalmente al enfermo, ésta se limita a dejarlo salir del establecimiento a título de ensayo, sin aseverar nada acerca de su salud mental. La "transferencia del internado a otro establecimiento" está vedada por la ley a la autoridad administrativa y a la decisión de particulares; debe ser ordenada por el juez.

d) Pedir al juez el egreso del internado apenas éste se encuentre en condiciones, informándole también quién se hará cargo del internado, o que esta previsión es innecesaria (art. 51, inc. c, y art. 11, párr. 20). Esta obligación tiende a asegurar el derecho del enfermo a la externación.

En el mismo acto en que se solicita la externación debe autorizarse (sin necesidad de orden judicial), la salida a prueba, para evitar toda demora en el egreso.

e) Confeccionar la historia clínica e incluir en ella los datos y documentos mencionados en el art. 7°.

t) Permitir al internado la comunicación, como está dispuesto en los arts. 61 y 81. Ya he expuesto sobre este tema al referirme a los derechos del internado.

El incumplimiento de estos deberes será sancionado por la autoridad sanitaria y por los jueces criminales, según sea el caso.

2. JUEZ

Sistematizaremos los deberes de los jueces del siguiente modo:

a) Impulsar de oficio y con la mayor celeridad las actuaciones relacionadas con "las personas comprendidas en la presente ley", o sea los procesos de incapacidad, inhabilitación e internación (art. 9°). Esta, exigencia legal se cumplía ya años antes de que la nueva normativa entrara en vigencia, por recomendación de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal a los jueces del fuero (acordada 741 del año 1981, art. 10).

La citada recomendación, la consiguiente respuesta de los jueces, y el art. 90 de la ley constituyen una evolución en el proceso de incapacidad e internación, que lo pone en condiciones de cumplir la función tuitiva a que está destinado. Ya me referí a este tema al comenzar este trabajo.

b) Inspeccionar los lugares de internación y verificar las condiciones de alojamiento, cuidado personal y atención médica (art. 10). Se trata aquí de constatar el cumplimiento de los derechos del internado, que ya consideré extensamente⁵⁰.

Esta disposición legal debe estudiarse en consonancia con el art. 630 del Cód. Proc. Civil y Com. de la Nación y los arts. 20 y 30 de la acordada 741. De allí se infiere que las visitas del juez deben hacerse por lo menos una vez al año y, además, dentro de

50. Schneider, Civil Commitment of the Mentally Ill, «American Bar Association Journal», oct. 1972, vol. 58, p. 1062, da gran importancia a estas inspecciones.

105
ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

los cinco días de recibida la noticia de la internación o de haberse ordenado ésta.

Tales visitas, y las que debe hacer —como se verá—el asesor, son el medio más eficaz para controlar la internación, porque allí, en el lugar, el juez podrá hablar con el enfermo, con el médico tratante, con el director, con la asistente social y la enfermera, y se enterará de datos que nunca hubiera sabido de otra forma. La experiencia recogida durante tres años en la Capital Federal permite concluir que la gran mayoría de los datos que se obtienen para preservar o restituir los derechos al internado provienen de estas visitas.

c) Disponer de oficio todas las medidas apropiadas a fin de que las internaciones se limiten al tiempo indispensable requerido por las necesidades terapéuticas y la seguridad del internado y de terceros (art. 11, párr. 11). Se trata de hacer cumplir uno de los más importantes derechos del internado, sobre el que ya me explayé.

d) Resolver con preferente despacho el pedido de egreso (art. 11, párr. 2º). Al art. 36 del Reglamento para la Justicia Nacional (acordada del 17 de diciembre de 1952 de la CSJN) se agregan ahora estos pedidos para ser despachados con preferencia sobre los demás. Naturalmente que, como máximo, el despacho no podrá exceder los tres días del despacho corriente, exigidos por el art. 34, inc. 30, a, del Cód. Proc. Civil y Com. de la Nación.

Si la persona no tiene proceso de incapacidad iniciado o resuelto, el único a quien corresponde dar vista del pedido es al asesor. En el caso contrario, al curador provisorio o definitivo, según sea el caso.

No es obligatorio el dictamen médico, por lo cual, en la mayoría de los casos, el juez y los demás funcionarios confiarán en el informe del director, que según la ley, debe ser fundado.

Si el juez lo considera imprescindible, deberá otorgar a los médicos un plazo brevísimo para expedirse, pues de lo contrario se daría la paradoja de que el juez demoraría el egreso, o sea la libertad y la curación, en vez de favorecerlo.

Con este mismo criterio deberá proceder el juez si considera necesario citar, antes de ordenar la externación, a quien se hará cargo del internado.

Por pocos días que se demore el egreso en sede judicial, esos días son importantes y hasta preciosos para el internado. Por eso, es muy útil que el juez, ante el pedido de egreso, otorgue sin vistas ni pedidos de dictámenes previos de ninguna índole, al menos la salida a prueba del internado, si es que el director no lo ha hecho ya.

En esas condiciones., el egreso definitivo se tramitará mientras el internado egresó ya a prueba, con lo cual se evita todo perjuicio.

e) Denunciar ante la autoridad sanitaria o al juez criminal o correccional el incumplimiento en que hubiere incurrido el director (art. 13) o (agrego por mi cuenta) la autoridad policial.

3. ASESOR DE MENORES E INCAPACES

Sus obligaciones están enumeradas en el art. 12 de la ley, y ya me he referido a ellas. Tienden a la verificación del cumplimiento de los derechos del internado y a la protección judicial de los

incapaces⁵¹. Además, tienen los asesores la obligación de denunciar los incumplimientos en que incurran los directores de los establecimientos (art. 13).

51. Schneider, Civil Commitment of the Mentally III, "American Bar Association Journal", oct. 1972, vol. 58, p. 1062, confirma la importancia de las visitas que el asesor, como el juez, tiene que realizar a los lugares de internación.

X. INTERNACIÓN POR DISPOSICIÓN DE AUTORIDAD POLICIAL Y "CENTRO DE OBSERVACIÓN"

1. ALGUNOS EJEMPLOS

Vamos a relatar tres casos reales, que nos permitirán apreciar la magnitud del problema.

a) Noviembre de 1978: Antonia R. recibe una noticia que no puede menos que desesperarla. Su hija, de 19 años, se encuentra detenida en una comisaría de la Capital. Corre a buscarla en mitad de la noche. Es, a su vez, detenida por presunta infracción al art. 21, h, del edicto de escándalo (prostitución). Seis largos días en la celda. Seis largas noches, sin juez, sin fiscal, sin defensor.

Al cabo del sexto día, ya no resiste. Un médico policial, no psiquiatra, dictamina a medianoche, tras sacarla del calabozo: "lúcida y orientada parcialmente, pero con atención disminuida; alteraciones notorias de memoria; pensamiento de corte delirante con ideas de tipo persecutorio, débilmente estructurado y mal sistematizado". Esto basta para que Antonia sea remitida al Hospital Braulio Moyano y depositada en un pabellón atiborrado de enfermas mentales, crónicas en su mayoría. Todo lo que pueda decir o contar en adelante estará teñido por la sospecha de su "delirio persecutorio", de su "locura".

ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

En el Hospital Moyano, la jefa de servicio da un pronóstico favorable y, a los cinco días, Antonia no se queda a esperar la intervención judicial, que en esa época podía tardar meses. Sencillamente se va a su casa, se fuga, se reencuentra con su hija. A los 42 años ha vivido dos semanas que difícilmente olvidará durante el resto de su vida.

Dos años después, en febrero de 1981, un funcionario de la Dirección de Salud Mental pretende que se ordene la búsqueda y captura de la presunta enferma. El asesor de menores e incapaces, que es el funcionario que representa y defiende a todo incapaz o presunto incapaz, se opone a que se persiga a una persona por un mero informe policial no especializado, realizado tiempo atrás en condiciones totalmente anómalas. Antonia, con seguridad, jamás se enterará de que su caso dio lugar a arduos debates y que dictamen y 'sentencia llenan páginas de las publicaciones de jurisprudencia.

Pero sus dos semanas de azaroso paso por comisarías y pabellones permitieron varios replanteos sobre el problema de la internación policial de dementes.

b) Setiembre de 1980: Palmira F., visita con asiduidad a su hija Lucía en el Hospital Moyano. La joven está alojada en un pabellón célebre por la situación infrahumana en que allí se vivía (felizmente, tras años de quejas, denuncias y gestiones, fue evacuado hace poco tiempo). Lucía espera un hijo que nacerá en el Hospital Moyano. No hay causa judicial y, por lo tanto, ningún funcionario protege a la enferma.

Cuando nace la criatura, una niña, la abuela pretende no sólo verla, sino retirarla y hacerse cargo de la nieta hasta que Lucía egrese. Le dicen que no es posible, que como Lucía es enferma mental no pudo "reconocer" a su hija, la que por lo tanto no tiene

vínculo alguno con la familia. La criatura es inscripta con otro apellido, sin filiación materna, con intervención de la Dirección de Protección del Menor y la Familia.

Lucía habla de una pareja que esperaba a la beba, amiga de uno de los médicos. Menciona castigos porque no quiere entregar a la niña. Relata amenazas. Pero Lucía es una enferma mental.

Palmira F. lucha por su nieta como luchó durante toda su vida por sus hijos. "Peleo por mi sangre", dirá reiteradamente. Grita, insulta, acusa cuando se entera de que la criatura ha sido sacada del hospital y que la madre no puede recibir visitas. La entonces directora del hospital pide el auxilio de la policía, y Palmira es internada y denunciada como enferma mental. Días después los médicos forenses de tribunales niegan todo vestigio de demencia.

El asesor de menores e incapaces pide el rechazo de la denuncia de insania, inicia a su vez las medidas de protección a Lucía y, con auxilio de la defensora oficial, que representa a Palmira, se plantea la restitución de la niña a su familia. Un juzgado ejemplar, que no dudó en hacer comparecer en cosa de horas a la directora de Protección del Menor y a la directora del Hospital Moyano, con toda la fuerza que la jurisdicción da a los jueces, ordenó finalmente la entrega de la criatura a su abuela.

Meses después las enfermas dejaron de dar a luz en el Hospital Moyano y comenzaron a ser remitidas a otros establecimientos. Un día o dos después del parto, vuelven al Moyano, sin sus hijos.

c) Octubre de 1981: Amalia V. tenía 23 años. Según las constancias policiales fue encontrada en la calle, desnuda, golpeada, sangrando por la vagina, desvariando. En lugar de ser atendida en un hospital, fue depositada una noche en el Hospital Moyano por el personal policial. Ocho días después se hicieron presentes los médicos forenses de tribunales, y se les informó que

111
ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

había fugado. Así quedó registrado el expediente. Una enferma avisó al asesor de menores e incapaces, una tarde, durante las habituales visitas, que la joven había muerto en el pabellón, diez días después de internada por la policía, sin llegar a recuperar la lucidez. "¡Pobrecita, la trajeron reventada!", fue la frase de la loca; y la inmediata investigación confirmó todo lo que había dicho.

La libertad, los hijos y la vida misma de un ciudadano se han jugado en cada una de estas historias. Cientos del mismo tenor pueden contarse y no hay margen alguno para la exageración.

Hace un tiempo, en Buenos Aires, cualquiera de nosotros podía ser detenido por "presunto demente", remitido al Hospital Borda y obligado, allí, a convivir con enfermos y a recibir la medicación que preventivamente lo tranquilizara, sin esperanza alguna de un contacto rápido con el juez y el asesor de menores.

Desde la reforma de 1968, el art. 482 del Cód. Civil faculta a la policía para disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos, pudieran dañar su salud o la de terceros o afectar la tranquilidad pública.

Antes decía, simplemente y con claridad absoluta: "el demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial".

Cierto es que el agregado del año 1968 incluye el previo dictamen de un médico policial y la comunicación inmediata al juez, lo cual parece suficiente garantía.

Pero no siempre se avisaba al tribunal y, muchas veces, él personal policial actuaba a modo de "colaboración" con algún familiar, algún vecino, o el propietario de la pieza que se quería desalojar, sin que existiera actuación escrita alguna.

La autoridad del hospital recibía al presunto enfermo, casi siempre transportado a medianoche. En guardia lo "medicaba" el personal de turno y, a la mañana siguiente pasaba a un pabellón, ya desorientado en tiempo y espacio. Como no se sabía si la policía había dado o no intervención a un juez, se esperaba la orden de egreso del tribunal. A menudo esta orden nunca llegaba, porque el juez no había recibido sumario alguno, por la mentada "colaboración". El ciudadano, si no podía fugarse como Antonia, pasaba años internado. El deterioro gradual terminaba adaptándolo al medio.

2. LA LEY 22.914 Y LA ACTUACIÓN DE LA POLICÍA

Uno de los propósitos más claros de la ley 22.914, mal llamada "ley de internación", fue regular la actuación de la policía en cuanto a la detención de presuntos enfermos mentales.

Sabido es que por normas administrativas internas, rutinas aceptadas y sobre todo por una incomprensible tolerancia judicial, el principio básico que Vélez Sársfield estableció en el art. 482 del Cód. Civil fue sistemáticamente vulnerado en nuestro país. Que el enfermo no podrá ser trasladado a una "casa de dementes" sin autorización judicial fue letra muerta hasta fines de 1983. En la Capital Federal la mayor parte de los ingresos compulsivos a los institutos Borda y Moyano, se realizaba con intervención de la Policía Federal (o de la Prefectura Naval para personas halladas en el puerto).

La actuación de la repartición policial se daba de dos maneras. La primera, legal, aunque defectuosa. es: la establecida por el art.

113
ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

482, párr. 20, del Cód. Civil agregado por la reforma del año 1968.

Ya hemos dicho que a menudo la comunicación inmediata prevista por la ley no se realizaba, o se realizaba tardíamente, y que por lo tanto el enfermo era recibido en el hospital, y mantenido a disposición del tribunal ("bajo juez" en la jerga del hospicio), sin que el magistrado conociera oportunamente el sumario policial donde se había invocado su jurisdicción.

He visto casos en los cuales la remisión al Hospital fue realizada invocando la orden de un juez que llevaba ya diez años de retirado.

Más peligrosa aún es la segunda modalidad: la llamada "colaboración policial" con parientes o vecinos. Aquí se utilizaba la misma violencia, el patrullero, el chaleco de fuerza, y hasta el horario nocturno, pero sin que mediara actuación escrita alguna. El enfermo era recibido por la guardia del hospital, y muchas veces considerado "bajo juez", sin que nunca pudiera acreditarse siquiera la identidad de los funcionarios que habían dispuesto la ayuda tan gentilmente brindada.

Recuérdese, como se ha dicho en páginas anteriores, que "el que tiene juez" era el paria del hospicio, el que pasaba años esperando la visita de los médicos forenses, sin salidas oficiales, sin esperanza alguna de eludir la marca indeleble que la intervención policial le había estampado desde el comienzo de su "tratamiento".

Dentro de este marco, limitar y controlar la actuación policial se tornaba imprescindible, y por ello la ley 22.914 se orienta sobre dos ideas básicas: la comunicación inmediata del hospital al asesor de menores cuando se recibe a un enfermo llevado por la

fuerza pública (rt. 30), y la creación del llamado "Centro de observación" (art. 14).

3. EL CENTRO DE OBSERVACIÓN

Antiguamente existía en la alcaidía del palacio de tribunales una "sala o servicio de observación de alienados", donde permanecían los presuntos enfermos antes de ser derivados al hospicio. La demora del tribunal, la relativa importancia que se daba al problema, y un espíritu general de avance de lo policial sobre lo judicial, llevaron a que en 1957 desapareciera aquel servicio. Desde entonces la totalidad de los enfermos fueron detenidos en comisarías y remitidos directamente a los hospitales. Me consta por antiguos expedientes que aun antes de 1957 buena parte de los casos no pasaba por la sala de observación de tribunales.

En 1981, en ocasión de resolverse la primera de las situaciones que (alterados ex profeso los datos personales) relato al iniciar este capítulo, volvió a tratarse jurisprudencialmente el tema.

Dijimos entonces: "dos elementos agravan la privación de libertad en un manicomio respecto de la detención en un establecimiento carcelario: la convivencia obligada con dementes, sin clasificación ni resguardo alguno; y el suministro, a veces indiscriminado, de medicación psiquiátrica que altera profundamente las respuestas personales del ser humano. La aberración de que ello ocurra sin control judicial, más allá de la privación de libertad ambulatoria, debe movernos a reflexión. El problema de los insanos no parece angustiar a las autoridades. Se ha inaugurado el centro - de detención preventivo doctor Jorge Vicente Quiroga, para que durante quince días el procesado no conviva con delinquentes en la cárcel, si su detención no se prolonga más tiempo. Pero nada se ha hecho para que exista un centro similar, en ámbito judicial, en el cual el denunciado por

115
ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

demencia pueda estar bajo observación de los médicos del tribunal, hasta que se determine la conveniencia de internarlo en un establecimiento neuro-psiquiátrico, con debida clasificación y control" ⁵².

La resolución de la doctora Díaz de Vivar en el caso citado en la nota 52 es de una claridad y certeza encomiables, y no dudo en catalogarla como uno de los antecedentes inmediatos (junto con las acordadas 625/74 y 687/77 de la CNCiv y otras resoluciones y planteamientos de primera instancia) de la profunda reforma que en materia de insanos e internaciones se llevó a cabo en el fuero civil de la Capital Federal desde 1981 hasta la fecha.

La comisión creada por acordada 735/81 de la CNCiv Fed evaluó el tema concerniente a la creación del llamado centro de observación. De sus estudios surgió la incorporación del art. 14 de la ley 22.914; y la propuesta que la misma Cámara elevó a la CSJN para que creara tal dependencia en el mismo edificio que había sido destinado a situar al Cuerpo Médico Forense en la calle Tucumán 1517/23.

Ya sancionada la ley 22.914, el Primer Congreso Nacional de Protección del Enfermo Mental, realizado entre el 6 y 8 de octubre de 1983, aprobó por unanimidad la ponencia que presentamos sobre el tema. Decía así:

"A tenor del art. 14 de la ley 22.914, debe crearse con urgencia un centro de observación para alojar en él a 'las personas que la Policía Federal y Prefectura detiene como presuntos dementes, en la Capital Federal.

Las modalidades de operación de dicho centro serán las siguientes:

52. Juzg Civ n° 19 Cap, 27/3/81, R.A. s/insania", ED, 94-140
8. Cárdenas.

1) Dependerá del Poder Judicial de la Nación y conviene que sea instalado en el mismo edificio donde funcionará el cuerpo médico forense, en la calle Tucumán 1517/23, según estudios y planos que se adjuntan como fundamentación.

2) En dicho centro existirán sectores separados para hombres, mujeres y varones menores, con posibilidad de alojamiento individual en caso de ser necesario. El control profesional será ejercido por el cuerpo médico forense, pero deberán ser nombrados médicos de guardia que asistan a los enfermos, y personal de enfermería en cantidad suficiente.

3) Los presuntos dementes serán llevados directamente, sin permanecer detenidos en comisarías. Quien se encuentre a cargo de la guardia del centro podrá derivar al enfermo a hospitales para la urgente atención médica de problemas de salud que excedan las posibilidades del centro.

4) Tan pronto sea posible, los médicos forenses examinarán al enfermo y comunicarán las conclusiones de su dictamen al juez y al asesor de menores e incapaces de turno quienes entrevistarán al enfermo.

5) En el centro de observación se practicarán en forma personal las notificaciones de orden de internación, apertura del proceso de insania o inhabilitación y otras similares, para garantizar el derecho de defensa del presunto incapaz.

6) Los equipos de asistencia social tomarán contacto inmediato con el caso, para determinar si el enfermo cuenta con cobertura asistencial, o medios que permitan su remisión a clínicas privadas, o con núcleo familiar que facilite evitar la internación".

Se encuentra ya realizado el estudio de adaptación arquitectónica del edificio, a las necesidades del centro; y la CSJN ha dictado ya

117
ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

la acordada en que dispuso entregar para ese fin la finca mencionada.

Sólo falta que las autoridades hagan efectivas las medidas, de bajo costo económico por lo demás, tendientes a poner en funcionamiento la dependencia.

Múltiples son las conveniencias del edificio de la calle Tucumán 1517/23 para los fines indicados.

Nótese que de halla a cuadra y media del lugar donde funcionan (las asesorías de menores e incapaces, y a poco más de todos los juzgados civiles. Además, al encontrarse frente a una comisaría, la Policía Federal verá facilitada su tarea administrativa y de remisión, así como también podrá prestar la colaboración necesaria en cuanto a seguridad exterior.

La actual dinámica de las asesorías de menores permitirá que aquella que se encuentra de turno destaque al centro de observación personal auxiliar de asistencia social (que presta servicios según la acordada 755/82, brindado por las escuelas universitarias de asistencia social), para que intenten tomar contacto inmediato con parientes o amigos del internado. Por su parte, el dictamen de los médicos forenses será también inmediato, ya que no tendrán que trasladarse; y más seguro, pues la observación previa al diagnóstico podrá extenderse en términos prudenciales, y superará sin duda los escasos diez minutos que dura una entrevista psiquiátrica durante una "visita" al hospital.

Así, desde el primer día, el tribunal contará con datos más firmes en cuanto a: a) diagnóstico del presunto enfermo; b) necesidad de internación, de tratamiento mediante hospital de día, o de mera medicación y control periódico; c) en su caso, posibilidad de recibir tratamiento particular, mediante prestación de obra social o del PAMI; d) solamente en el caso de ser necesaria la

internación y carecer de medios el enfermo o su familia para su atención por alguna de las variables indicadas, se recurrirá a la internación en institutos oficiales, pero con debida clasificación previa. De ese modo ingresarán en los Hospitales Borda y Moyano solamente un mínimo número de los actuales caso porque la mayoría podrán recibir tratamiento en centros de emergencia psiquiátrica dependientes de la Municipalidad, o en clínicas privadas contratadas por sus obras sociales. Estimamos que cuando el centro de observación se encuentre en marcha, todos los problemas derivados de la intervención policial en el tema de internaciones serán superados. Se logrará a la vez la máxima seguridad para el ciudadano, y la mejor atención para el presunto enfermo, tanto desde el punto de vista médico como desde el encuadre social que no puede ser dejado de lado en los problemas psiquiátricos.

XI. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y COMPETENCIA JUDICIAL

1. APLICACIÓN TERRITORIAL

La ley es de aplicación local, por su naturaleza reglamentaria y procesal, y porque sus disposiciones no podrán ser aplicables sin corrección en todo el país; en el interior, las distancias entre los centros de internación y los tribunales haría imposible cumplir los plazos y otras exigencias, por ejemplo.

Por este motivo, aunque sería de desear que la ley en su espíritu y sustancia fuera tomada por las provincias, no se la podría copiar sin adaptarla a la realidad de cada una de ellas.

2. COMPETENCIA JUDICIAL

En el proceso de internación, el juez competente es el del lugar donde ella se produce. Aunque la ley nada dice al respecto, ello fluye de todas sus disposiciones..

Pero si hay que iniciar el juicio de insania o inhabilitación, el juez competente será el del domicilio del presunto incapaz (arts., 400 y 475, Cód. Civil y art. 5º, inc. 8º, Cód. Proc. Civil y Com. de la Nación y ordenanzas afines).

En este caso el asesor o el juez de Capital Federal, una vez dispuesto el mantenimiento de una internación policial o de urgencia o el egreso, deberá remitir las actuaciones al fuero competente. Al iniciarse el proceso de insania o inhabilitación, será el juez que entienda en él el que decidirá en el futuro sobre la internación. En efecto, ésta es sólo un aspecto de la vida del incapaz, en el cual debe intervenir un solo juez, que es el que se ocupa de todo. Cuando se sepa quién es éste, se notificará el cambio de juez al director, para que envíe correctamente las comunicaciones.

XII. PLAZOS Y COMUNICACIONES

1. NATURALEZA Y CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

En la ley hay plazos civiles y plazos procesales. Los primeros se cuentan por días o por horas, según diga la ley. Si se cuentan por días, son corridos y a partir de la primera medianoche (art. 24, Cód. Civil). Si por horas, son horas corridas a partir del momento en que comenzó a regir el plazo.

Los plazos procesales, en cambio, se cuentan por días hábiles, en que trabajan los tribunales, a partir del día siguiente a aquel en que se produjo la comunicación (art. 156, Cód. Proc. Civil y Com. de la Nación).

Repasando los plazos de la ley, puede observarse que: a) son civiles los plazos puestos para el director del establecimiento en los arts. 20 a 5º, con la salvedad de que las comunicaciones a los asesores y a los jueces deben hacerse en horario hábil. Si el plazo es de días, como vencerá a la medianoche y a esa hora no trabajan los tribunales, corresponde hacer llegar la comunicación como último plazo al día siguiente. Si es de horas, y a la hora que vence el plazo no está habilitado el horario judicial, vencerá al día siguiente; b) es también civil el plazo establecido para el representante legal en el art. 21, inc. c, con la misma salvedad; c)

son procesales los plazos establecidos para los jueces en los arts. 31 y 41.

2. FORMA DE LAS COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones entre el director, el asesor y el juez pueden hacerse, en principio, telefónicamente. En la historia clínica y en el expediente judicial se tomará nota de la fecha y la hora de la comunicación, quién notifica y quién recibe la notificación, y qué se ordena o comunica, con toda exactitud.

Ahora bien, hay algunas comunicaciones que son demasiado largas, y además, el plazo no impide cumplirlas por escrito. Además, deben ir acompañadas de documentación. Nos referimos p.ej., a la comunicación de la internación y a la orden de mantenerla. Si llegasen a ser urgentes como en los casos que hemos mencionado al comentar los arts. 21, 30 y 40, pueden adelantarse telefónicamente los datos más importantes y luego enviarse la comunicación escrita con todos ellos, y los documentos.

Hay, en cambio, otro tipo de comunicaciones que son muy breves y es necesario que lleguen rápidamente. Por ejemplo, el pedido y la orden de egreso, la comunicación de los permisos de salidas y paseos, de las fugas y de los retornos. No hay motivo para que no se las haga por teléfono, aunque en algún caso se quiera ratificar después la notificación por escrito.

XIII. REFLEXIONES Y UTOPIÁS

1. LA LEY DE INTERNACIÓN COMO INSTRUMENTO

Como dijimos anteriormente, la finalidad de la ley 22.914 es dar al asesor y al juez los datos y los instrumentos necesarios para que puedan defender, en cada caso concreto, los derechos de un enfermo mental-incapaz o de un enfermo mental-internado.

Defender su libertad, su salud, su Comunicación, su patrimonio, su habitación, su integridad personal, su vida.

No basta el cumplimiento riguroso de la ley; es necesario su cumplimiento inteligente. Es imprescindible que los asesores, los defensores, los curadores, los jueces y todos los funcionarios hagan carne en cada uno y todos los casos los derechos que el enfermo mental tiene y no se cumplen.

Todos estamos acostumbrados a esta realidad: las pensiones que las cajas no otorgan o las que se vuelan lejos de la mirada de los incapaces o de los internados; el enfermo que ocupa el altillo de la casa, o la cama del abarrotado pabellón del hospital, habiendo heredado tanto como sus hermanos'; el hombre en la clínica, tomando mate sentado en una cama, sin tratamiento, durante años, mientras mes a mes la obra social paga escrupulosamente una buena suma y una vida se va arruinando; las boletas de PAMI para pedir la internación domiciliaria, o la atención domiciliaria,

ocres y humedecidas, porque nadie las pide, porque nadie sabe que existen; la policía llevando sus automóviles, por la noche, cargados de alimentos extraídos de las cocinas de los hospitales donde los enfermos no toman leche; de día, en los patios y corredores de los grandes manicomios, el ocio deteriorante, el tiempo sin medición, la identidad que se pierde a falta de un espejo, de una mirada.

Si esa realidad injusta e hipócrita no duele ya, es poco, muy poco lo que la ley podrá hacer. Pondrá en conocimiento de más casos que no importan, y hasta podrá transformar al juez en cómplice, en un represor más, en un perfecto colchón para apagar los gritos de rebeldía.

Pero esta, ley se inscribe, lo he dicho y lo repito, en todo un movimiento en el cual la justicia civil, desde hace años, busca recuperar la perdida defensa de los débiles, de los menores, de los incapaces, de los internados. Trata de usar su poder para proteger a los que no lo tienen, su voz para hablar por quienes no son escuchados.

2. LA JUSTICIA Y LA PROTECCIÓN DEL DISCAPACITADO MENTAL

En julio de 1978 la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires (SCBA), impulsada por el doctor Elías H. Laborde, a quien el gobierno constitucional nombró en 1983 procurador general, creó la curaduría oficial de alienados, con la finalidad de vigilar la protección de los derechos de los enfermos mentales carentes de fortuna y colaborar en su recuperación y readaptación social (acordadas 1799 y 1800). Desde entonces, los jueces y funcionarios bonaerenses, encabezados por el curador oficial doctor Carlos Hugo Lan-franchi, han transitado por ese camino. En el año 1981 la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de

125
ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

la Capital Federal Lomó la posta y nombró una comisión integrada por jueces, asesores, defensores y funcionarios cuyo objetivo era la "solución integral" de las cuestiones referidas a los discapacitados mentales (acordada 735 del 21/5/81).

Con este acto, el órgano del Poder Judicial competente en el terna, de mayor jerarquía en la Capital Federal, señaló que estaba dispuesto a usar de sus atribuciones. No sólo para ordenar definitivamente la actuación de los tribunales, sino también para dialogar con los demás poderes públicos a fin de que se respetaran efectivamente los derechos de los discapacitados mentales.

Desde un primer momento la Cámara Civil —asesorada por la comisión— actuó convencida de que su primera misión debía ser reglamentar la actuación de los magistrados y funcionarios del fuero en los procesos de internación y de insania, que por falta de instancia de parte permanecían, por lo común, inertes.

La internación de un enfermo mental quedaba así sin control y sin posibilidad práctica de finalizar, y el insano permanecía sin representante que cuidara de su persona y sus bienes, y sin medidas de protección contra su propio actuar o el de terceros.

Para cubrir aquella grave deficiencia, la Cámara dictó el 22/9/81 la acordada 741. Hoy en día, los juicios de insania llegan rápidamente a su fin, siendo impulsados de oficio, y las internaciones son controladas personalmente por el juez.

En el mismo acuerdo, la Cámara solicitó del Ministerio de Justicia que dispusiese que los defensores oficiales asumiesen la curatela provisional del presunto incapaz carente de bienes. Al ser resuelta favorablemente aquella petición por la cartera competente, se solucionó inmediatamente uno de los obstáculos más graves que encontraba la protección judicial del insano.

La misma acordada pedía a la Corte Suprema determinadas reformas a la organización del cuerpo médico forense, que aún se encuentran en trámite y que son indispensables para culminar la puesta a punto de la estructura judicial con respecto a la cuestión.

Por fin, se elaboró un proyecto según el cual la curaduría oficial de alienados —que representa, con un curador y escasísimo personal, a más de 8000 incapaces— dependiese del Ministerio de Justicia y estuviese integrada por cinco curadores y personal adecuado. La cartera correspondiente hizo suyo el proyecto y lo llevó adelante mediante un decreto, que hoy está ejecutado.

Una vez puestos, en 1981, los pilares que permitirían el buen funcionamiento de la justicia, se completó esta obra en aquel año y los siguientes con medidas tendientes a hacer más fácil y eficaz la labor de los tribunales. Se proveyó a los juzgados de avanzados estudiantes de asistencia social para que colaboren con ellos, con autorización de la Cámara; se les suministró formularios; se confeccionó un opúsculo con los modelos de providencias y resoluciones más usuales; se dieron charlas informativas a secretarios y empleados; se adoptaron medidas para evitar que los internados con un proceso civil de incapacidad por un juez penal, estuviesen a disposición de dos jueces; se reorganizó y agilizó el registro de incapaces insanos, a través de la computación de los procesos; se consiguió por medio del Ministerio de Justicia un servicio de traslado de expedientes y se logró la posibilidad de internar a los toxicómanos en el centro de recuperación, entre otras cosas.

3. LOGROS Y PERSPECTIVAS

En el año 1982, sin abandonar su primer objetivo —la reforma interna judicial—, la Cámara Civil sintió que había llegado el momento de enfrentar los problemas que trascendían el ámbito

tribunalicio, pero de los que debía ocuparse por un imperativo jurídico: la tutela del internado y del discapacitado mental por los jueces.

Tres fueron los puntos que se consideraron prioritarios. El primero fue el dictado de la ley de internación.

La comisión elaboró un proyecto, que el Ministerio de Justicia hizo suyo y se convirtió en la ley 22.914. Su sanción constituye el avance legislativo más importante en la materia desde la reforma de 1968 al Código Civil.

El segundo punto fue la creación de un centro de observación, lugar controlado por el Poder Judicial, y donde se realizarían todas las internaciones policiales. En la actualidad, los enfermos mentales llevados a las comisarías, se ven obligados a pasar varios días en una celda, sin tratamiento, muchas veces en condiciones inhumanas. En el centro de observación recibirán una inmediata protección médica, asistencial y jurídica, que permitirá una pronta recuperación del enfermo, una vinculación rápida con su medio familiar, la elección del mejor lugar para su internación, si ésta es necesaria, o el encuentro de un método alternativo de tratamiento. El proyecto fue aprobado por la Cámara Civil en la acordada 745 del 11/3/82. En aquel mismo acto pidió a la Corte Suprema que organizara el centro de observación en el edificio de la calle Tucumán 1517/23, actualmente vacío, que fue sugerido por la comisión después de un estudio que lo señaló como el único que reúne todas las condiciones necesarias. La Corte se expidió favorablemente sobre el pedido, y entregó al Ministerio de Justicia el edificio para que en él funcione el centro. La ley de internación y el centro de observación son las claves para la solución del problema del acto de la internación, y de su control jurisdiccional posterior.

Quedan, sin embargo, graves problemas pendientes, de los cuales el más serio y urgente es el del estado actual de la asistencia psiquiátrica. Fue el tercer tema encarado por la Cámara Civil, que empezó por hacer, a través de la comisión, un relevamiento completo de cada una de las salas de los Hospitales José T. Borda y Braulio J. Moyano.

El mal estado de las instalaciones, la carencia del personal mínimo y las condiciones en que allí tiene que vivir el enfermo, hicieron decir a la Cámara Civil, al recibir el informe, que "la realidad hospitalaria no asegura a los enfermos internados las condiciones mínimas de atención, cuidado y habitabilidad" (acordada 753 del 16/9/82).

A la vez recordó a los magistrados su deber de "adoptar las medidas más aptas tendientes a resguardar el derecho mínimo del enfermo a un nivel de vida, digno", y remitió el informe y la acordada a la Corte Suprema y a los Ministerios de Salud Pública y de Justicia. Constituyó el primer paso hacia un diálogo, ya iniciado en 1983, entre la justicia y el poder administrador sobre una cuestión común a ambos: la protección y la recuperación del enfermo mental.

Llegada a este punto, consideró que la envergadura y trascendencia de la tarea requería un vigoroso intercambio de ideas y una estrecha colaboración con otros sectores que persiguen los mismos objetivos: el de los médicos, los abogados, los asistentes sociales, las asociaciones y las personas consagradas a la solución de los problemas que plantea el enfermo mental.

De allí nació la idea de realizar el Primer Congreso Nacional de Protección al Enfermo Mental, que inmediatamente auspiciaron el Ministerio de Justicia y la Universidad de Buenos Aires. Se

ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

celebró del 6 al 8 de octubre de 1983 en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, con la participación de 513 inscriptos, de la Capital Federal y 16 provincias. En el apéndice de este libro se transcriben las ponencias aprobadas.

Son estos antecedentes, esta historia, los que nos dan confianza para el futuro.

Mucho más que lo realizado es lo que falta por realizar. Transformar la justicia civil en una herramienta apropiada, con asesores, curadores y defensores suficientes, con asistentes sociales —absolutamente imprescindibles en esta tarea— y con un cuerpo de peritos especializados y dedicados a tiempo completo.

Pero todas estas reformas inevitablemente se lograrán en la medida en que el fuero civil vaya sintiendo, como en estos últimos años, urgente necesidad de ellas para cumplir acabadamente su función.

Por todo esto creo que la ley va a ser bien usada, que se le va a sacar cada vez más fruto y provecho; que no contribuirá a cicatrizar y encallecer la conciencia, sino que, por el contrario, cada nuevo caso reabrirá las heridas y obligará a luchar por la justicia. En definitiva, la ley ayudará a curar —y esto deben entenderlo bien los médicos—, porque únicamente con la recuperación de la dignidad personal se cura el enfermo mental. De lo contrario, podrá ser un esclavo sedado, un ciudadano de segunda clase domesticado, pero no una persona.

La justicia cura y la injusticia enferma. He aquí una afirmación que parecerá jurídica a unos y médica a otros, pero que no es más que la simple expresión de la más profunda realidad de la vida. Por eso la ley de internación, bien aplicada, contribuirá a curar.

4. LA LEY 22.914 Y LA JUSTICIA SOCIAL

Mi confianza tiene también otro fundamento. La ley se inscribe en un cambio de actitud del Poder Judicial, pero lo que es más importante, en una transformación de la conciencia del país.

Se trata aquí de proteger los derechos de todos, pobres y ricos, provincianos y porteños, clientes eternos de los hospicios y "privilegiados" sostenedores de las clínicas privadas, contribuyentes de las obras sociales y viejitos del PAMI. Sin distinción, justicia-para todos, defensa para todos. Ya no más la protección casi exclusiva del enfermo mental-propietario.

La ley de internación nos informa de todas las internaciones, de todos los desprotegidos, de todas las injusticias.

Es entonces la socialización del derecho, el derecho llegando por fin a los desamparados más desprovistos de protección. ¿No es ésa la concreción de una tendencia que avanza en todo el mundo civilizado y que vuelve, después de muchos años, a nuestro país?

Recuerdo que en setiembre de 1.983, en el Hospital Braulio J. Moyano, expusimos sobre la ley de internación. En un ambiente que sabíamos preparado de antemano en contra de nosotros. Donde se había prohibido hablar a los médicos residentes. Donde se temía que el poder absoluto de los grandes hospicios tuviera que compartirse con los jueces. Donde se odiaba de antemano una ley que aún no se había leído, y mucho menos intentado comprender.

Me enteré que cuando nos fuimos, después de una verdadera batalla verbal, una joven residente a quien nunca conocí, todavía se atrevió a defender la ley diciendo: ". ¡Es una cuestión de derechos humanos!". Su jefe, uno de los directores del hospital, le advirtió: "Doctora, mida sus palabras".

131
ANÁLISIS DE LA LEY 22.914

Mucho me gustaría terminar este trabajo con la inteligente expresión de aquella joven médica desconocida que resumió mejor que nadie el sentido y la filosofía de la ley 22.914.

El sentido y la filosofía de la intervención de los jueces en la protección del enfermo mental. Siempre pensé, o mejor dicho hace tiempo que sueño algo. Llegará un día en que los jueces y los asesores, representando y defendiendo a un enorme número de enfermos mentales —por medio de la ley de internación— habrán luchado mucho por los derechos del incapaz y del internado y habrán exigido con valentía a los poderes públicos y privados el respeto de esos derechos. Ese día soñado, esos jueces y esos asesores estarán legitimados para sentarse a la mesa, en representación de los enfermos mentales, a fin de colaborar en el proyecto y ejecución de la política de salud mental y de protección integral de los discapacitados mentales.

Es lógico que así sea. Los asesores y los jueces, en representación de sus defendidos, deberán exigir y vigilar que haya suficientes medios de prevención y de terapia para que no haya necesidad inevitable de internación; que cuando la haya, existan numerosos centros de internación, cercanos al lugar de residencia y adaptados al tipo de enfermedad; que se suministren tratamientos adecuados; que se proteja la comunicación del enfermo; que sus derechos patrimoniales sean respetados; que haya plazas de trabajo remunerado equitativamente, adaptado a su capacidad; que se creen lugares y se otorguen pensiones para facilitar los egresos.

Todo esto, que no es más que una enumeración de los derechos del incapaz y del internado, ¿no configura una lista de los objetivos del plan de salud mental y de protección integral del discapacitado mental? Y si jueces y asesores deben verificar su cumplimiento en los casos individuales, cuando en virtud de la

ley de internación tengan el control de todos ellos, ¿cómo podrían evitar hacerlo en el nivel de las decisiones públicas? Estaba escribiendo este trabajo, en las vacaciones de enero de 1984, cuando me sorprendió la noticia del nombramiento de una comisión asesora a nivel ministerial, presidida por el doctor Mauricio Goldemberg, para proyectar la política de salud mental del gobierno constitucional. A los pocos días, el ministro de Salud Pública señalaba sus grandes lineamientos, basados en los derechos del enfermo mental. -

En los primeros días de febrero el entonces presidente de la comisión designada por la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil para mejorar la situación de los enfermos mentales, el juez de Cámara doctor Jorge Beltrán, era invitado oficialmente a integrar la comisión asesora del ministro de salud. Y las cosas apenas empiezan.

APÉNDICE

**PRIMER CONGRESO NACIONAL DE PROTECCIÓN AL
ENFERMO MENTAL.**

**LEY DE INTERNACIÓN Y EGRESO DE
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL**

**PRIMER CONGRESO NACIONAL
DE PROTECCIÓN AL ENFERMO MENTAL**

El Primer Congreso Nacional de Protección al Enfermo Mental se celebró del 6 al 8 de octubre de 1983 en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Participaron 513 miembros, de la Capital Federal y de 16 provincias. Eran abogados, magistrados y funcionarios del Poder Judicial, médicos psiquiatras y legistas, psicólogos, asistentes sociales y funcionarios nacionales, provinciales y municipales del área de la salud mental.

Se transcriben a continuación el discurso de apertura y las ponencias aprobadas por el Congreso.

**PALABRAS INTRODUCTORIAS PRONUNCIADAS
POR EL PRESIDENTE DEL CONGRESO,
DOCTOR JORGE EDUARDO BELTRÁN**

Señoras y señores:

Antes que el Señor Ministro de Justicia declare abiertas las sesiones de este Congreso, quiero referirme, en pocas palabras, al sentido de su convocatoria.

Al sentido que tiene haber congregado a médicos, a trabajadores del campo social, a funcionarios y a tantas otras personas que actúan en el área de la salud mental.

Pero, sobre todo, al sentido que tiene el haberlos reunido precisamente aquí, en una Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, junto a abogados, a magistrados y a funcionarios del Poder Judicial, a quienes habitualmente se relaciona tan poco con el tema de este Congreso.

Es que las distintas disciplinas que todos sus miembros cultivan tienen, sin embargo, algo en común, un profundo punto de enlace.

Todas ellas consideran al hombre. como "persona". Todas reconocen que lleva en sí una misteriosa fuerza que el resto de los seres no tiene.

Esa fuerza es una luz que le permite comprender la realidad, comprender a los demás hombres y comprenderse a si mismo.

Esa fuerza es un vigor que lo impulsa a crecer interiormente, a desenvolver sus potencias, a crear belleza, a imaginar mundos mejores.

Esa fuerza, que alguna vez fue percibida como el soplo de un dios, en Occidente la hemos llamado "espíritu". El espíritu que embriaga al hombre con su luz y con su ímpetu. Ese espíritu que, como recordaba Edith Stein, "es sentido y vida o, mejor dicho, es vida llena de sentido".

Y bien, ese tesoro interior del hombre ha sido siempre venerado, respetado, protegido y elevado por todas las culturas y todas las sociedades.

Mas, de idéntico modo, nada ha causado mayor desolación y más temor —sea en el plano individual, sea en el colectivo-, que su deterioro. Se cree ver ahí a la ira del dios vengativo. Se ve, en todo caso, la presencia del mal en su forma más degradante, ¡juízás porque corrompe la identidad misma del ser humano.

La sociedad, azorada, ha dado distintas respuestas a esta cuestión.

De un planteo mágico pasó a uno científico. La medicina indagó las causas y proyectó terapias. El derecho procuró ordenar las fuerzas sociales hacia la recuperación y la protección del enfermo

mental. Otros intentaron crear nuevos canales que sirvieran, mejor que los rutinarios, a esos mismos fines.

He aquí el profundo punto de enlace entre la psiquiatría, el derecho y el servicio social, al que me referí al comienzo.

Pero ninguno de los profesionales de estas disciplinas pudo verse exento de sufrir en su ánimo la presión de las pautas que el resto de la sociedad le imponía.

El miedo a mirar de frente a un fenómeno tan inasible como angustiante, el miedo a admitir la locura como una privación que puede afectar a los sanos, favoreció la aceptación de conclusiones deterministas tanto en lo que hace a su etiología cuanto a la posibilidad de cura y, también, respecto a una suerte de segregación del enfermo mental como medio de vida adecuado para él.

Pero los trabajadores de la salud no permanecieron satisfechos. "En los enfermos mentales —decía Carl Jung— sólo es visible exteriormente la trágica destrucción y sólo excepcionalmente se advierte la vida de aquel aspecto del alma que se nos oculta". Y agregó: "Vi que detrás se hallaba una personalidad, una historia humana, una esperanza y un deseo. La culpa es sólo nuestra si no sabemos comprenderlo".

Se abrieron nuevas perspectivas. En ellas se rescata al enfermo mental como una persona humana. Se le reconocen, aun al más deteriorado, energías recuperatorias. Se restauran puentes caídos, se limpian canales y se abren puertas y ventanas, para restablecer la comunicación de la vida y de su sentido.

Se reconoce, también, el valor de todo lo que el enfermo mental, aún no totalmente recobrado, puede aportar a la sociedad.

Y se trata, entonces, de que no pierda, o de que recupere, su integración en la familia, en el barrio, en la ciudad, en el trabajo, en la creación compartida, vale decir, en el mundo.

Allí se inserta la labor de los trabajadores sociales.

Ellos dejaron de considerar tácitamente al enfermo mental como alguien privado de la savia de la salud, sólo capaz de recibir ayuda.

Y empezaron a promover el trabajo remunerado, la creación y la diversión compartidas, a facilitar el reencuentro con la familia y la comunidad, a ayudar al enfermo mental a que él mismo desplegara sus posibilidades. Labor lenta y difícil, que aún está en ciernes.

¿Y el derecho? se me preguntará. ¿Y los juristas, los jueces, los abogados?

En todo el mundo, y por supuesto en nuestro país, fueron sectores minoritarios los que abrieron para el enfermo mental las perspectivas que antes mencioné.

Pero entre ellos, lamentablemente, casi no se encontraron representados los hombres de leyes.

En los Estados Unidos, según un especialista, los derechos del enfermo mental se encuentran hoy en el mismo estado en que estaban los de los delincuentes en 1935.

Entre nosotros, hasta hace poco, no causaba alarma que un enorme número de internados lo estuviera durante años, en muchísimos casos hasta morir, sin que nadie garantizase que sus derechos personales y patrimoniales fueran respetados, y sin que la privación de libertad tuviese una contrapartida terapéutica.

No llamaba la atención, tampoco, que en un mismo hospital, junto a enfermos mentales se encontrasen oligofrénicos adultos, psicópatas, sociópatas, alcohólicos, toxicómanos y seniles, dentro de una especie de depósito humano que no sólo frustra casi toda expectativa favorable de curación, sino que lleva al agravamiento de la dolencia.

Se omitía así, calladamente, la defensa del enfermo mental sin patrimonio. Y el que tenía bienes sólo gozaba del control jurisdiccional en la medida en que sus parientes o terceros entrasen en conflicto o algunos de ellos decidiesen defenderlo. Pero no cuando todos coincidían en olvidarlo o esquilmarlo.

Los instrumentos legales y las estructuras judiciales no se renovaban para proteger al enfermo mental y ayudarlo en su recuperación.

Olvido particularmente grave por ser la integridad psíquica, la dignidad y la libertad del hombre los valores primordiales en juego. O sea, nada menos que aquellos valores que están en el corazón mismo del derecho.

Desde hace pocos años la situación ha comenzado a revertirse.

En julio de 1978 la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires creó la Curaduría Oficial de Alienados, con la finalidad de vigilar la protección de los derechos de los enfermos mentales carentes de fortuna, y colaborar a su recuperación y readaptación social. Desde entonces, las normas y las conductas de los jueces y funcionarios bonaerenses han ido avanzando en ese camino.

En la Capital Federal, con gran satisfacción y legítimo orgullo es posible contemplar hoy la actuación de magistrados y asesores de incapaces, defensores oficiales, secretarios y empleados del fuero

civil, que haciendo suya la causa de los derechos del enfermo mental se hallan empeñados en revertir su situación, sin contar con otros medios que los que antes disponían.

Mientras tanto, la Cámara competente en la materia no se ha limitado a dictar un plexo de reglamentaciones tendientes a ordenar y facilitar la labor.

Hizo uso del poder de que está investida y se dirigió al Ejecutivo exigiéndole las reformas necesarias para que los enfermos mentales puedan tener un debido proceso, un nivel de vida digno y un adecuado tratamiento.

Estos primeros ensayos son apenas el comienzo de una tarea que debe ir mucho más lejos. Tarea que sólo puede realizar toda la comunidad jurídica: juristas, profesores, magistrados y abogados en general, unidos a los profesionales de las demás disciplinas que se ocupan de la enfermedad mental.

He aquí, entonces, la razón de ser de este Congreso. Ante todo, impulsar, catapultar vigorosamente hacia adelante este cambio de mentalidad.

Atribuimos a esta renovación una importancia fundamental. ¡Ay! de los que piensan ingenuamente que sólo es el interés del enfermo mental el que está en juego. Es el futuro de la sociedad toda.

Y ello es así, porque no denunciar el trato inhumano de un enfermo mental equivale a admitir, serenamente, el avasallamiento de las libertades y los derechos de todos.

Porque admitir, sin rebeldía, su reclusión indefinida, importa justificar una sociedad cerrada sobre sí misma hasta la violencia,

una cara dictadura horizontal. No en vano la palabra "exterminio" significó en su origen "sacar de los límites de la ciudad".

Porque no buscar nuevas vías para ir hacia el enfermo mental y volver con él a la realidad no es sino condenar anticipadamente a la humanidad a hablar un lenguaje limitado, a prohibirle llegar al fondo de sí misma.

Porque no roturar nuevos surcos sociales que permitan al enfermo mental sembrar las semillas que trae consigo es atarnos a un mundo suicida donde el valor primordial sea la efectividad en la producción del propio bienestar.

Pero si este cambio de mentalidad es, por todo esto, esencial, también lo es que este Congreso logre conclusiones concretas y practicables.

Que se intercambien y se aprueben ideas y proyectos sobre la renovación y puesta al día de las instituciones, los métodos terapéuticos y de control, las leyes civiles y procesales, los servicios de apoyo y asistencia y todos los demás instrumentos tendientes a la protección plena de la persona y los bienes del enfermo y a lograr su salud.

Que el Congreso apruebe la integración de una comisión multidisciplinaria que trate de llevar a la práctica las conclusiones que se recojan en sus sesiones y que nucleee en su seno a los colegios profesionales, a la magistratura, a los asistentes sociales y a las asociaciones de bien público, así como a los ministerios encargados de velar por la justicia, la salud, y el bienestar social.

Algo más quiero agregar finalmente. ¡Qué bueno sería que alguna vez comprendiésemos que el enfermo mental, al volver de su delirio de la mano de quien se la ofrece, trae su interior enriquecido!

141
APÉNDICE

Enriquecido por el sufrimiento sin par que significa haber estado alejado de las fuentes de la vida. Y ese sufrimiento es útil a la sociedad, pues le aporta como relámpagos de luz sobre nuevas regiones no exploradas, comunes a toda la humanidad.

Quien haya visitado en Nueva York el Instituto de Readaptación, habrá leído en una gran placa de bronce la siguiente inscripción:

Yo he pedido a Dios fuerza para triunfar;

Él me ha dado flaqueza,

para que aprenda a obedecer con humildad.

Había pedido salud para realizar grandes empresas;

me ha dado enfermedad,

para que haga cosas mejores.

Deseé la riqueza para llegar a ser dichoso;

me ha dado pobreza,

para que alcanzara la sabiduría.

No tengo nada de lo que he pedido;

pero he recibido todo lo que había esperado.

Porque,

sin darme cuenta,

mis plegarias han sido escuchadas,

Yo soy,

de entre todos los hombres,

el más rico.

Ayudar a la sociedad a aceptar esta riqueza y a beneficiarse con ella, es mi última propuesta para este Congreso.

PONENCIAS APROBADAS POR EL CONGRESO

COMISIÓN 1

INTERNACIÓN Y EXTERNACIÓN

DE ENFERMOS MENTALES

Presidente: Doctor Guillermo A. Borda

Secretarios: Doctor Jorge A. Mazzinghi (h.)

Doctor Jorge Ricardo Videla

1. En la medida de lo posible, debe evitarse la internación del enfermo mental. La psiquiatría actual indica la internación sólo para casos agudos y por un breve lapso. Por otra parte, la peligrosidad del enfermo mental no pasa de ser un "mito social". A ello se agrega, por fin, la desprotección jurídica en que, de hecho, se encuentra el internado.

Autor: Doctor Elías Homero Laborde

2. La internación del enfermo mental se justifica solamente cuando la recuperación de su salud o la defensa contra su peligrosidad no pueden lograrse por otros medios menos restrictivos de la libertad. En caso contrario, estos medios deben ser utilizados para evitar la internación o restringirla al mínimo. Para que este principio sea eficaz, los poderes públicos y las instituciones privadas deben tener la carga de colaborar con la justicia, suministrándole en forma ordenada y clasificada la información necesaria sobre alternativas a la internación y

poniendo sus servicios a disposición. Los jueces, a su vez, tienen el deber de exigir al Estado la creación de alternativas a la internación. Es indispensable, además, un eficaz funcionamiento del Cuerpo Médico Forense y una elaboración más precisa en torno del concepto de peligrosidad y de los casos en que ella exista.

Autor: Doctor Eduardo José Cárdenas

3. Toda internación que prive de su libertad a un enfermo mental, sea en establecimientos públicos o privados, debe ser ordenada por juez competente o comunicada inmediatamente a éste, el que debe vigilar que se proporcione el debido tratamiento.

Autor: Doctor Elías Homero Laborde

4. Por tratarse de una restricción a la libertad del hombre, la internación, una vez decretada por no existir alternativa eficaz, debe cumplir dos requisitos. El primero es que no debe extenderse más tiempo que el necesario para cumplir la finalidad a la que estaba destinada. Una alternativa menos restrictiva de la libertad, o la externación pura y simple, debe ser impuesta de inmediato cuando las circunstancias la hagan posible. El segundo requisito para ser viable una restricción de la libertad sin delito previo, es un tratamiento adecuado. Constituye éste un derecho del internado, lo contrario sería aprisionarlo sin que haya delinquido.

Estos principios deben ser incluidos en el Código Civil. La subsistencia de la necesidad de la internación y el suministro de un tratamiento deben ser controlados por jueces, defensores, curadores y asesores de incapaces.

Para su efectivo cumplimiento, deberían reglamentarse visitas periódicas a los internados, en sus lugares de internación, revisiones médicas periódicas, y un eficaz funcionamiento del

Cuerpo Médico Forense. Éste debe establecerse en el Código Procesal.

Autor: Doctor Eduardo José Cárdenas

5. Se proponen las siguientes reformas del art. 482 del Cód. Civil: La última parte del párrafo segundo quedará redactada así: "Dicha internación sólo podrá disponerse cuando exista un riesgo grave e inminente y previo dictamen de un médico psiquiatra, cuyo informe con los demás antecedentes del caso, deberá elevarse al juez y ponerse en conocimiento del Ministerio de Menores e Incapaces dentro de las veinticuatro horas. En igual plazo el juez resolverá si la medida debe mantenerse y en este caso dará inmediata intervención al Ministerio Pupilar y ordeñará la citación del curador, si lo hubiera, o de las personas a cuyo cargo se hallara el internado y, en su caso, a las mencionadas en los incs. 10y21 del art. 144".

Autor: Doctor José Luis Monti

6. A tenor del art. 14 de la ley 22.914, debe crearse con urgencia un Centro de Observación para alojar en él a las personas que la Policía Federal y Prefectura detienen como presuntos dementes, en la Capital Federal.

Las modalidades de operación de dicho Centro serán las siguientes:

- 1) Dependerá del Poder Judicial de la Nación y conviene que sea instalado en el mismo edificio donde funcionará el Cuerpo Médico Forense, en la calle Tucumán 1517/23, según estudios y planos que se adjuntan como fundamentación.
- 2) En dicho Centro existirán sectores separados para hombres, mujeres y varones menores, con posibilidad de alojamiento

individual en caso de ser necesario. El control profesional será ejercido por el Cuerpo Médico Forense, pero deberán ser nombrados médicos de guardia que asistan a los enfermos, y personal de enfermería en cantidad suficiente.

3) Los presuntos dementes serán llevados directamente, sin permanecer detenidos en comisarías. Quien se encuentre a cargo de la guardia del Centro podrá derivar al enfermo a, hospitales para la urgente atención médica de problemas de salud que excedan las posibilidades del Centro.

4) Tan pronto sea posible, los médicos forenses examinarán al enfermo y comunicarán las conclusiones de su dictamen al juez y al asesor de menores e incapaces de turno, quienes entrevistarán al enfermo.

5) En el Centro de Observación se practicarán en forma personal las notificaciones de la orden de internación, apertura del proceso de insania o inhabilitación y otras similares, para garantizar el derecho de defensa del presunto incapaz.

6) Los equipos de asistencia social tomarán contacto inmediato con el caso, para determinar si el enfermo cuenta con cobertura asistencial, o medios que permitan su remisión a clínicas privadas, o con núcleo familiar que facilite evitar la internación.

Autor: Doctor José Atilio Alvarez

7. El proceso de internación es autónomo del de insania, aunque frecuentemente estén ligados.

Como tal, debe estar reglado en su trámite, para permitir un adecuado derecho de defensa al internado, sin perjuicio de la celeridad con que haya que actuar en casos de urgencia.

Este derecho de defensa en las internaciones no voluntarias debe poder ser ejercido por el internado, su curador y, en su caso el asesor de incapaces, antes de la internación —salvo casos de emergencia— para oponerse a ella o pedir alternativas—menos restrictivas de la libertad; y durante la internación, para exigir su cesación, su sustitución o, el cumplimiento de los derechos del internado.

La reglamentación del trámite debe extenderse tanto a las internaciones civiles como a las penales y debe incluirse en los respectivos Códigos Procesales. Ella consistiría básicamente en la posibilidad procesal de peticionar en los sentidos antes mencionados en cualquier oportunidad y por cualquier interesado; en especial, que se otorgue antes de decretar la internación (o inmediatamente de producida en casos de urgencia) un traslado para permitir la defensa del internado, por sí o por su defensor o curador y asesor de incapaces.

Autor: Doctor Eduardo José Cárdenas

8. Los derechos del internado no se encuentran legislados todavía y es de toda necesidad el hacerlo.

El primero es ser externado lisa y llanamente o con una alternativa menos restrictiva de la libertad, apenas la internación deje de ser el único modo eficaz de cumplir los fines perseguidos.

El segundo es el derecho al tratamiento, expuesto en otra ponencia. El tercero es el derecho a la comunicación, que no puede ser restringido en su totalidad nunca, y que siempre debe ser limitado en forma mínima.

El cuarto es el derecho de trabajar en una ocupación útil adaptada a su capacidad, y percibir dinero por el fruto de su labor.

El quinto es el que se proteja el patrimonio que él no puede amparar durante la internación y en especial su ubicación en el lugar físico donde residía antes de internarse.

El sexto es el derecho a enterarse, en la medida en que no sea contraproducente, del programa de curación al que será sometido.

Estos derechos deben insertarse en el Código Civil. Autor: Doctor Eduardo José Cárdenas

9. La externación del enfermo mental es una decisión judicial que debe adoptarse luego de un intenso y serio trabajo multidisciplinario que contemple los aspectos jurídicos, psiquiátricos y sociales del caso, sin olvidar que desde el punto de vista psiquiátrico el ideal es la reincorporación del enfermo a su medio familiar y social.

Autor: Doctor Elías Homero Laborde

10. Se propone que en todo el país se establezca un régimen de subsidios análogo al de la ley 9742 de la provincia de Buenos Aires

Autores: Doctores Ricardo A. Sotés
y Eduardo José Cárdenas

11. El internado que egresa de los establecimientos hospitalarios necesita apoyo de diversa naturaleza: psicológico, social, económico, psiquiátrico, jurídico, etcétera. El funcionamiento institucional tiende a aislar estos enfoques, siendo sumamente costoso aunar esfuerzos en bien de lograr la reinserción social y familiar de los pacientes externados.

148
APÉNDICE

La carencia de instituciones continentales de estos aspectos impulsa a crear un Patronato de Externados, que sea conductor y coordinador de equipos de salud e instituciones que favorezcan la permanencia en el ámbito social propio o generen continencia del mismo. Con incumbencia dentro y fuera del ámbito hospitalario:

Hospital de día. Actividades terapéuticas cuyo eje sea la rehabilitación psíquica y física, incluyendo múltiples actividades como expresiones de un acto terapéutico complejo, interdisciplinario, programado y progresivo.

Hospital de noche. Comenzando por aquellas alternativas inmediatas: Otorgar alojamiento a pacientes en proceso de alta y que efectúen tareas recuperatorias remuneradas o no fuera del ámbito hospitalario.

Tratamiento ambulatorio. Programa de atención e internación domiciliaria. Se hacen necesarias la implementación de seguimiento y atención de los pacientes externados por medio de equipos de salud con enfoque interdisciplinario. -

Hogares sustitutos. Proveer ámbito social transitorio a pacientes externados con problemática de carácter psiquiátrico sub-agudas o crónicas que ante situaciones límites de carácter social, carencia habitacional, falta de recursos económicos familiares, laborales, no les sea factible por su propio esfuerzo lograr su reinserción comunitaria.

Autores: Doctor Eduardo Cárdenas,

Licenciado Jorge P. Paola

Alumnos: Alicia González, Mirta Beguelman

y Liliana Crigna

12. Tener en cuenta la necesidad de planificar la asistencia psiquiátrica para lograr la participación de la familia en el momento de la internación, en la externación y durante el curso del tratamiento, evitando el aislamiento del paciente y su abandono.

Autora: Licenciada Diana Wang

13. La experiencia demuestra la necesidad perentoria de:

1) Ejecutar en la práctica la implementación de las leyes existentes: ley 9767 de la provincia de Buenos Aires de Protección al Discapacitado. Hacemos hincapié fundamentalmente en los arts. 6° y 70 de la misma.

Ley 9742 de la provincia de Buenos Aires, propuesta por la Curaduría Oficial de Alienados, ley de subsidios destinados a posibilitar la externación de enfermos mentales internados en establecimientos psiquiátricos provinciales. Aplicarla en toda su amplitud.

Resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires n° 1273 del 26/10/79, "Reglamentación del peculio para los discapacitados mentales internados en instituciones oficiales", es decir, el trabajo remunerado del paciente en proceso de rehabilitación.

2) Dar a la Curaduría Oficial de Alienados la estructura dinámica de un ente interdisciplinario, integrado por los siguientes ámbitos: a) Judicial; b) de Salud; c) de Educación; d) de Trabajo; ente que afronte el estricto cumplimiento de las leyes existentes, mediante la convocatoria de todos los medios que sean necesarios para tal fin, provinciales o nacionales (públicos o privados), al mismo tiempo que promueva los recursos integrativos que fueren necesarios.

150
APÉNDICE

Autores: Silvia Noemí Cardona y Doctor Adolfo Serafín Pérez

14. Se recomienda que se difiera la actuación policial —en los casos del art. 482 del Cód. Civil— a personal especializado dentro de los cuadros policiales, o dentro de la Policía Judicial, cuya creación cabe auspiciar una vez más. Dicho personal deberá tener un entrenamiento específico en el trato de enfermos mentales, alcohólicos o toxicómanos, a fin de que el procedimiento de internación cumpla con su propósito esencial de preservar la seguridad del propio insano y de terceros, evitando que pueda convertirse en una medida sancionatoria o agresiva para el sujeto.

Autor: Doctor José Luis Monti

15. 1) El hospital psiquiátrico deberá tener campos interdisciplinarios con personal profesional, no profesional y pacientes recuperados.

2) Promover la formación de comunidades terapéuticas en todos los establecimientos psiquiátricos oficiales.

Autor: Doctor Raúl Antonio Camino

16. Necesidad de fomentar la creación y organización de servicios de emergencia psiquiátrica.

Autores: Doctora Cristina Lazzi, Licenciada Mónica Fudin y Doctores Néstor Stingo y Jorge Pérez Figueroa

17. Jerarquizar la Dirección Nacional de Salud Mental a fin de que sean tomadas en cuenta sus normas en el ámbito nacional, provincial y municipal, estableciéndose la debida coordinación.

Autores: Doctores Carlos A. Coquet y Héctor J. Vázquez

151
APÉNDICE

18. 1) Inclusión de temas de salud mental en las escuelas de enfermería, haciendo hincapié en la promoción y prevención, y no enfatizando el tratamiento como se hace actualmente. O sea, partir del concepto de salud hacia enfermedad, y no a la inversa.

2) Capacitación permanente del servicio de enfermería.

3) Revalorizar el papel del enfermero psiquiátrico como líder institucional.

4) Favorecer el papel terapéutico del enfermero psiquiátrico brindándole los medios de capacitación, el reconocimiento profesional y el habitat adecuado para que los desempeñen.

5) Promover una mejor comunicación dentro del equipo asistencial que invariablemente va a redundar en una mejor disposición hacia el paciente.

Autora: Licenciada Liliana Reich

COMISIÓN II

EL PROCESO DE INSANIA E INHABILITACIÓN

Presidente: Doctor José María López Olaciregui

Secretarios: Doctor José Octavio Clariá

Doctora María Lilia Gómez Alonso de Díaz Cordero.

1. Se recomienda que el art. 144 di Cód. Civil, adopte el siguiente esquema: -

1) El cónyuge del insano, salvo que hubiera perdido la vocación hereditaria y estuviese liquidada la sociedad conyugal.

2) Los parientes del enfermo en grado sucesible.

3) El Ministerio de Menores.

Autor: Doctor Ernesto Daniel Julián

2. Se recomienda que la mera facultad para efectuar la denuncia prevista en el art. 144 del Cód. Civil sea modificada y establecida como "deber" de efectuarla en aquellos supuestos en los que el denunciado tuviera bienes o necesitara amparo. La sanción por el incumplimiento de esta carga sería diverso, según quien fuera el incumpliente (configuración de una causal de divorcio, pérdida de la vocación sucesoria, procesamiento por incumplimiento de los deberes de asistencia familiar, imposibilidad de ser curador, incumplimiento de los deberes de funcionario público) y el plazo para efectuar la denuncia sería de un año a partir del momento en que la enfermedad se hizo notoria.

Autor: Doctor Ernesto Daniel Julián

3. Se propone reformar el art. 144 del Cód. Civil para incorporar al curador definitivo del inhabilitado como persona autorizada a pedirla declaración de demencia. Ello sin perjuicio de la recomendación número 1.

Autores: Doctores Andrés Rivas Molina, Silvia A. S. Della Costa
y Victoria Saavedra Meda

4. Se recomienda que el examen médico previsto como recaudo esencial para la declaración de incapacidad de una persona por el art. 142 del Cód. Civil solamente vincula al juez cuando los expertos por unanimidad se pronuncian por la salud mental de aquella. Ello sin perjuicio de ejercer el órgano jurisdiccional las facultades instructorias que el Código Procesal autoriza.

Autores: Doctores Carlos R. Ponce, Omar J. Cancela
y José Luis Monti

153
APÉNDICE

5. Se recomienda la formación de un departamento de médicos psiquiatras dentro del cuerpo de médicos forenses para el estudio de los incapaces.

Autor: Servicio Penitenciario Federal

6. Se recomienda que resulta conveniente que los dictámenes médicos producidos en juicio de declaración de incapacidad o inhabilitación se atengan a los aspectos médicos sometidos a la verificación de los peritos.

Autores: Doctores Carlos Raúl Ponce, Omar J. Cancela
y José Luis Monti

7. Se recomienda que se modifique el Código Procesal en el sentido de exigir el carácter de médico psiquiatra para su designación en el caso del art. 626 del mismo.

Autor: Doctor Omar J. Cancela

8. Se recomienda que:

- 1) La asimilación de "alienación" con "demencia en sentido jurídico" es inadecuada.
- 2) Debe estimularse una reelaboración del fundamento de la internación y del estudio de la peligrosidad.
- 3) Defensores, curadores, asesores y jueces deben buscar pruebas no periciales (testimonial, documental, etc.) sobre la conducta pasada del posible internado, que en muchos casos serán más importantes que la pericia médica para ordenar o desestimar una internación o buscar una alternativa de ésta, y exigir a la pericia una sólida fundamentación y examinarla críticamente.

10. Cárdenas.

154
APÉNDICE

Autor: Doctor Eduardo José Cárdenas

9. Se recomienda que se centralicen los pedidos de internación emanados del Poder Judicial en un órgano superior a las unidades hospitalarias que coordine los mismos, derivando al paciente al establecimiento más adecuado a su enfermedad.

En la Capital Federal cumplirá dicha función el Centro de observación previsto por la ley 22.914.

Autores: Doctores Florencio Sánchez, Alfredo A. Arabolaza
y Alicia Minvielle

10. De acuerdo con la legislación vigente, el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional debe cumplir el horario oficial de trabajo y su cargo es incompatible con el ejercicio privado de la profesión.

Autor: Doctor Eduardo José Cárdenas

11. a) De lege data: La unidad de disposición, en la esfera del juez civil, del incapaz penalmente inimputable, a través de gestiones ante las Excmas. Cámaras de Apelaciones en lo Civil y en lo Penal para lograr una solución conjunta que tenga por fin último la interpretación uniforme de los arts. 34 del Cód. Penal y 482 del Cód. Civil.

b) De lege ferenda: Que la solución conjunta que se halle a este problema, se plasme en una reforma legislativa del mencionado art. 34 del Cód. Penal.

Autores: Doctores Jorge Dal Zotto, Martín Durand, Gabriel Mazzinghi y Patricia Castro

12. Se recomienda que se efectúe una reforma legislativa para que dentro del Cuerpo Médico Forense se organice un equipo de

155
APÉNDICE

trabajo interdisciplinario coordinado por el médico psiquiatra especializado en familia, con quien colaborarán un psicólogo y un trabajador social.

Autor: Doctor Carlos Hoogen

13. Se recomienda que los peritos médicos en sus dictámenes hagan un examen de.l área profunda del enfermo y también de pro-blérnas vinculados en su área relácional.

Autor: Doctor Carlos Hoogen

14. Se reforme el.art 152 bis del Cód. Civil para que en los casos previstos en sus incs. 10 y. 20 la sentencia de inhabilitación pueda disponer medidas de vigilancia y cuidado de la salud del inhabilitado.

Autores: Doctores Andrés Rivas Molina, Victoria Saavedra Meda y Silviá A. S. Della Costa

15. Se propicia el estudio de la automatización del seguimiento de los procesos de insania, internación e inhabilitación en el ámbito de la Justicia Nacional en lo Civil de la Capital Federal.

Autora: Doctora Elena Campanella de Rizzi

16. Se recomienda que para denunciar la insania o inhabilitación para admitir la denuncia y, con mayor razón para decretar la interdicción o inhabilidad, debe aguardarse el momento en que sea posible hacer una evaluación sobre si la enfermedad mental afectará habitualmente a la persona o se trata de un estado pasajero.

En los casos en que presumiblemente la enfermedad quedará latente y el individuo gozara normalmente de salud —aunque probablemente tendrá nuevos ataques—, el asesor de incapaces,

156
APÉNDICE

el curador provisorio y el juez deberán evaluar cada caso de acuerdo con sus circunstancias, si el individuo debe ser declarado incapaz o inhábil, o si debe mantener su capacidad —sin perjuicio de que algunos de sus actos puedan ser anulados luego de acuerdo con los arts. 900 y 1045, la parte, del Cód. Civil—.

Para llegar a esta conclusión, muchas veces el asesor y el juez deberán, antes de denunciar, aceptar la denuncia o dictar sentencia, hacer examinar médicamente en más de una ocasión al causante para que los informes periciales puedan analizar su evolución después del ataque que motivó la intervención judicial.

Autor: Doctor Eduardo José Cárdenas

COMISIÓN HI

LOS DERECHOS DEL INCAPAZ

Presidente: Roberto Martínez Ruiz

Secretarios: Doctor José Atilio Alvarez

Doctor José Luis Rinaldi

1. Que se cree en cada tino de los Juzgados de Primera Instancia en lo Civil, Asesorías y Defensorías, un servicio social integrado por asistentes sociales o licenciados en servicio social que tenga a su cargo el estudio y seguimiento de los casos de enfermos mentales que tramitan por ante el respectivo juzgado y que le sean derivados a tal efecto procurando una acción integral. Dicho servicio social podrá también intervenir, previa derivación dispuesta por el juez, en otras cuestiones civiles que tramiten por ante el juzgado, actuar como supervisor de campo de alumnos de escuelas universitarias de servicio social que realicen prácticas, con lo cual se logrará una notoria extensión cuanti-cualitativa de sus funciones y, finalmente, coordinará la acción con los peritos

asistentes sociales y psicólogos cuando se requiera la intervención de ellos.

Autor: Doctor Julio Enrique Aparicio

2. Corresponde propiciar la reforma legislativa del art. 483 del Cód. Civil, adicionando la continuación del texto en vigor del siguiente párrafo:

"También será necesaria autorización judicial en los casos de dementes no interdictos, mediando denuncia de insania y acreditada la verosimilitud sobre el estado de salud mental del afectado, aun cuando no se dispusiere la internación prevista en el artículo anterior".

Autor: Doctor Luis Alejandro Ugarte

3. El peculio de los pacientes para el trabajo intra-hospitalario remunerado, o en talleres protegidos, será fijado para las distintas categorías de pacientes, en forma automática y porcentual tomando como base las variaciones que sufra el salario mínimo, vital y móvil.

Autores: Doctores Florencio Sánchez, Alfredo A. Arabolaza
y Alicia Minvielle

4. Se debe ejercer un mayor control jurisdiccional en el momento de discernir la curatela definitiva; y durante el desempeño de tales funciones.

Autora: Doctora Susana Beatriz Sicardi

5. La adecuada representación, defensa y asistencia de enfermos mentales sin bienes, ni familia como medio continente, requiere la existencia de una curaduría oficial adecuada que deberá funcionar en el ámbito del Poder Judicial, asimilada en jerarquía a los

integrantes del Ministerio Público y que cuente con personal auxiliar especializado.

Autor: Doctor Alejandro C. Molina

6. Se propone agregar a continuación del art. 494 del Cód. Civil, una norma que diga:

"Corresponde al Ministerio Público de Menores e Incapaces, además de representar a los dementes, asistir a todo enfermo mental que se vea necesitado desde internación hasta proceso de insania, velando por el cumplimiento de todas aquellas medidas que aseguren el respeto de los derechos de la personalidad del mismo, además de los que tuvieren contenido patrimonial".

Autor: Doctor Alejandro C. Molina

7. En una futura reforma legislativa ó bien cuando se ponga en marcha la creación de los tribunales de familia, se inserte en una infraestructura interdisciplinaria, formada por el juez y demás auxiliares, abogados, médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc., no sólo al insano sino también al encuadrado en el art. 152 bis, inc. 20, del Cód. Civil y al simple enfermo psíquico a los fines de su tratamiento, juntamente con el de los integrantes del grupo familiar al que pertenece, para prevenir o subsanar los conflictos que suelen producirse en el seno del hogar con motivo de los desequilibrios que ocasiona aquel integrante.

Autor: Doctor Osvaldo Domingo Mirás S. En una futura reforma legislativa, incorporar:

a) Al art. 481 del Cód. Civil: "En todos los casos, el juez de la insania tendrá el deber de procurar, con cooperación del Ministerio Pupilar de cada jurisdicción y de las instituciones' oficiales, mixtas o privadas creadas a ese efecto, en el ámbito

nacional o provincial, la recuperación del enfermo mental cuyo patronato ejerce".

b) El art. 635 del Cód. Procesal: "A los fines del art. 481 del Cód. Civil (con la redacción antes propuesta) según resulte de la calificación médica a que se refieren los incs. 10 y 30 del art. 631, el juez dispondrá una visita ambiental por intermedio de la asistente social y requerirá un informe psicológico del grupo conviviente o que convivía con el incapaz, por los auxiliares asignados al juzgado. Con su resultado, se continuará en la labor de obtener la posibilidad de externación- —si fuere el caso— o lograr la mejor adaptación al medio y posteriormente, dentro de las limitaciones que otorgue cada supuesto, la rehabilitación. También por la vía de estos auxiliares podrá determinarse la necesidad y otorgar el apoyo que puedan necesitar los familiares directos y el curador designado".

Autores: Doctores Susana M. R. Lima
y Martín J. Chavarri

9. Corresponde que el Estado nacional proteja el valor adquisitivo del dinero que los incapaces mantienen depositado a orden judicial mediante los, siguientes recaudos:

a) Creación de un sistema de cuenta especial, en el Banco de la Nación Argentina u otro banco oficial o privado que lo acepte, en: la cual se acredite todo importe depositado a nombre de un incapaz, cualquiera sea su origen. Tendrá mecánica de cuenta comente en lo referente al libramiento de giros, con un sistema más ágil que permita el pago de los servicios habituales del internado, y reemplazará en tal sentido a las llamadas cuentas de hospitalizados,

160
APÉNDICE

b) Los saldos mensuales promedio devengarán un interés cuya tasa será igual a la variación porcentual del índice de precios mayoristas, nivel general que publique el INDEC, con más un 6 % anual de interés puro.

c) Estos depósitos y sus intereses estarán exentos, por ley, de todo impuesto, contribución o tasa y del cobro de comisiones por los trámites bancarios.

Autor: Doctor José Atilio Alvarez

10. Las reglamentaciones del Ministerio de Salud Pública deben permitir y facilitar la creación de asociaciones de parientes de internados psiquiátricos, cuyos fines deben exceder lo meramente económico —propio de cooperadoras— para alcanzar una verdadera participación terapéutica.

Tales asociaciones serán orientadas por los profesionales y funcionarios del área, sin que ello signifique limitaciones a su libre y democrática mecánica interna.

Autor: Doctor José Atilio Alvarez

11. Debe permitirse con total amplitud la atención religiosa de los enfermos mentales por ministros de todos los cultos reconocidos, facilitando en la medida de las posibilidades los ámbitos adecuados para las distintas celebraciones.

Autor: Doctor José Atilio Alvarez

12. Para la protección patrimonial de los insanos bajo curatela, se propone:

1) La exigencia en todos los casos de rendición de cuentas por los curadores que administran bienes de los insanos.

2) La periodicidad trimestral de dicha obligación.

161
APÉNDICE

- 3) Limitar estrictamente la eximición de documentar las cuentas cuando se trata de pequeños gastos.
- 4) Aplicar sanciones progresivas con severidad ante la inejecución de rendiciones de cuentas serias y por principio casi absoluto documentadas. En tal sentido, aplicar una primera advertencia; apercibimiento; astreintes a favor del insano; suspensión por tiempo determinado, y remoción en el cargo.
- 5) Cuando el curador actúa con patrocinio letrado interpretar ampliamente su derecho a acusar al abogado por responsabilidad profesional, cuando ha sido negligente en el cumplimiento de las formas procesales necesarias para rendir cuentas ante el juez.
- 6) Recomendar especial preocupación y minuciosidad en el análisis de las rendiciones de cuentas por parte de las autoridades judiciales.

Autor: Doctor Santos Cifuentes

13. a) Agregar al art. 1048 del Cód. Civil el siguiente texto:

"El Ministerio de Menores podrá siempre alegarla en todos los supuestos en que estuvieren interesados la persona o los derechos de incapaces o inhabilitados".

b) Suprimir en el art. 1164 la frase: "Cuando la incapacidad fuere absoluta". Y agregar a dicho artículo este párrafo: "La misma regla rige para los contratos celebrados por personas inhabilitadas sin la pertinente autorización cuando ella fuere necesaria".

Autor: Doctor José Luis Monti

14. Acorde con la función defensora del interés de la sociedad que le compete al Ministerio Público, este organismo por intermedio de los asesores de menores deberá —a fin de fiscalizar

la evolución de los dementes presuntos o declarados e inhabilitados—efectuar visitas periódicas a los interesados.

"En ellas, además de entrevistar personalmente al insano, se interiorizarán acerca de la evolución de la enfermedad y régimen de atención a que se encuentra sometido, debiendo informar y, en su caso, solicitar al juez de la causa cualquier medida que sea de interés para el mejor tratamiento del mismo y su eventual rehabilitación. Se recomienda asimismo adecuar el texto del art. 636 del Cód. Procesal Civil y Comercial y la ley 22.914 a las pautas antes indicadas.

Autores: Doctores Ricardo Gustavo Recondo
y Federico Martín José Malvarez

15. Se recomienda que las rentas de 1a categoría de los insanos declarados tales en juicio sean tenidas, al efecto de la imposición a la renta, como de 41 categoría, asimilándolas al del que trabaja en relación de dependencia, hasta un monto que permita la subsistencia y tratamiento del incapaz. Este monto debe ser fijado por la DGI con intervención del representante del insano, de acuerdo con el nivel de vida que está acostumbrado a llevar el incapaz.

Autor: Doctor Eduardo José Cárdenas

16. Se propone modificar la legislación vigente, estableciendo que cuando los nacimientos se produzcan en clínicas privadas o en establecimientos públicos se consigne la maternidad en la partida respectiva sin necesidad de reconocimiento.

Asimismo, mientras la modificación propuesta no se produzca, cuando una enferma mental tenga un hijo, el responsable del establecimiento donde el hecho ocurra informará en el plazo más

163
APÉNDICE

breve posible, al asesor de menores de turno a fin de que adopte la medida del caso. Sin perjuicio de ello, el niño se inscribirá con el apellido de la madre, a fin de que pueda ser ubicado por los eventuales familiares de la incapaz.

Autor: Doctor Jorge Ricardo Videla

17. Se propone que el juez que entiende en el juicio de insania se encuentre facultado a declarar hijos extramatrimoniales de la demente interdicta, a pedido del curador definitivo y previa conformidad del asesor de menores, sea que la concepción haya sido anterior o posterior a la iniciación de dicho juicio o a la internación previa al mismo, cuando se desconozca la identidad del padre o éste negara la paternidad y la misma no pudiera ser probada por otros medios.

Igual facultad le competará en caso de que el nacimiento hubiera sido anterior a la iniciación del juicio de insania o a la internación previa, cuando al tiempo de uno u otra el menor conviviera con su madre o por otros medios se pudiera acreditar la maternidad.

Autores: Doctores Fernando T. Carbone
y Martha de Bucciarelli

18. Se promoverá la sanción de una legislación adecuada al trabajo extra-hospitalario del discapacitado mental. Dicha legislación especial, deberá tener como finalidad específica; la rehabilitación social y laboral del paciente.

Autores: Doctores Florencio Sánchez, Alfredo A. Arabolaza
y Alicia Minvielle

19. a) Debe desarrollarse la laborterapia en los hospitales psiquiátricos.

- b) Es urgente la instalación de talleres protegidos y centros de ayuda al trabajo, que permitan el desempeño laboral de enfermos mentales. Tales entidades deben surgir de la actividad coordinada de los organismos sanitarios y asistenciales, Consejo Nacional de Educación Técnica, de los organismos especializados en educación diferenciada, de las entidades privadas de asistencia a enfermos mentales y del Patronato de Externados, cuya creación se ha recomendado.
- c) Cuando el demente trabaje en la plaza laboral deberá percibir idéntica remuneración que cualquier trabajador capaz que se desempeñe en la misma categoría laboral. El tribunal y la autoridad de policía del trabajo deberán controlar el cumplimiento de las condiciones de trabajo.
- d) El trabajo del demente o inhabilitado, tanto en talleres protegidos como en la plaza laboral es compatible con la percepción de las pensiones y jubilaciones por invalidez u otros beneficios previsionales. Una reforma legislativa debe excluir a dementes e inhabilitados de la incompatibilidad prevista por el art. 65 de la ley 18.037 disposiciones concordantes y similares de los regímenes especiales y provinciales o municipales.
- e) La inexistencia de talleres protegidos exige que se adopten estímulos de orden impositivo o previsionales, que favorezcan la inserción laboral de dementes o inhabilitados.

Autor: Doctor Héctor Pedro Iribarne

20. Se propone que la interdicción o la semi-interdicción dependa sólo del grado y no del origen de la discapacidad mental. Así, deberán incluirse en la interdicción del art. 141, Cód. Civil, a los discapacitados cuando la gravedad de su mal los haga inaptos para dirigir en forma alguna su persona y sus bienes. Deberán incluirse en la semi-interdicción del art. 152 bis, Cód. Civil, a los

165
APÉNDICE

psicóticos y grados menores de las deficiencias anteriormente señaladas.

Autora: Doctora Elena C. L. de Berasategui

21. Se propone:

- a) Crear el Servicio Nacional de Rehabilitación dependiente del Ministerio de Acción Social, para promover la rehabilitación en coordinación y combinación con otros niveles del Estado que suministren material y personal especializado.
- b) Crear nuevos servicios de rehabilitación: prelaboral, laboral, talleres protegidos y trabajo protegido para discapacitados externados e internados.
- c) Urgente creación de servicios especiales de rehabilitación laboral para retardados mentales jóvenes y adultos.
- d) Sancionar una legislación específica sobre la rehabilitación laboral y el régimen laboral de los discapacitados.
- e) Tomar medidas administrativas para que se actualice con la mayor prontitud el monto del peculio que reciben los discapacitados.

Autor: Doctor Raúl Antonio Camino

22. Se propone:

- a) Que se reglamente con qué periodicidad y de qué módulos jueces deberán inspeccionar los lugares de internación.
- b) Que se reforme el art. 633 del Cód. Procesal Civil y Comercial de la Nación estableciendo la obligatoriedad del conocimiento directo del presunto insano por el juez, en forma indelegable, antes de dictar sentencia (bajo pena de nulidad).

166
APÉNDICE

- c) Que se concrete la creación de Centros de Observación en todo el país, similares al ya proyectado para la Capital Federal, para las personas cuya internación se inicie por intervención policial, con la finalidad de que no permanezcan en las comisarías.
- d) Que se arbitren los medios técnicos necesarios para corregir las demoras en los egresos, traslados y externaciones definitivas de los internados.
- e) Que el Centro de Informática judicial sea aprovechado al máximo de su capacidad, usándose la computación a todos esos efectos.
- f) Que se concrete la urgente investigación del estado de habitabilidad y condiciones asistenciales de los institutos neuropsiquiátricos públicos o privados para lograr la reversión estructural de las condiciones actuales.
- g) Que se creen colonias agrarias para el mejoramiento de las condiciones de vida de los enfermos crónicos y para impedir que el contacto cotidiano incida en las patologías, tratamiento y recuperación de los demás pacientes.
- h) Que se arbitre un régimen especial de subsidios destinado a posibilitar la externación de los enfermos mentales internados en establecimientos psiquiátricos —similar al establecido en la ley 9742 de la provincia de Buenos Aires—, para aquellos casos en que la externación se vea impedida por falta de parientes en condiciones de recibirlos o por carencias económicas del núcleo familiar para admitirlos en su seno.
- i) Que se aumente prioritariamente la cantidad de servicios y recursos humanos destinados al "hospital de día" para aquellos pacientes que cuenten con familia o estén a cargo de alguien.

l) Que se seleccione el cuerpo profesional mediante concursos de antecedentes y oposición, con preeminencia de esta última, y con igualdad de oportunidades con vistas a la concreción de la carrera médico-hospitalaria.

k) Que se tienda a la especialización del cuerpo profesional de enfermería, priorizando el perfeccionamiento y la capacitación permanentes.

l) Información, coordinación y planificación de actividades entre los miembros de cada servicio y de los distintos servicios entre sí, con una participación democrática en la toma de decisiones.

m) Que se integre al psicólogo en el equipo interdisciplinario.

Autores: Doctora María José Lubertino Beltrán

y Licenciada Elida García Rozado

23. Se propone:

a) Legislar la práctica en el campo médico psiquiátrico.

b) Deslindar y aumentar la responsabilidad médica como medio de proteger al paciente frente a la presión institucional.

c) Brindar al paciente asistencia psicológica.

Autor: René L. Arrués

24. La metodología adecuada para proyectar un cuerpo normativo de amparo integral para el discapacitado mental debe realizar primero una tipología de los problemas que lo afectan de acuerdo con:

a) Edad: las necesidades que plantean las distintas etapas del nacimiento a la muerte.

168
APÉNDICE

- b) Familia: existencia o ausencia de padres; de otros parientes.
- c) Capacidad: insano, inhábil, o plenamente capaz.
- d) Riqueza: existencia de bienes que excedan lo necesario para la subsistencia; que alcanzan para la subsistencia; que no alcanzan para la subsistencia; inexistencia de bienes.
- e) Necesidad de internación; o no.
- t) Localización en el país.

Estas variables y quizás muchas otras, conforman tipos de enfermos mentales con problemas diferentes que requieren distintos modos de protección, ayuda y promoción. Una protección abstracta es inútil o sobreabundante.

Autor: Doctor Eduardo José Cárdenas

PONENCIA APROBADA POR LA ASAMBLEA.

PLENARIA DEL CONGRESO

Se recomienda la creación de una comisión interdisciplinaria integrada por los representantes de los colegios profesionales, las asociaciones de bien público y los organismos estatales que tengan relación con el temario de este Congreso.

Su finalidad será llevar a la práctica las conclusiones aprobadas y promover nuevos estudios sobre estos temas.

Se autoriza al Comité Ejecutivo del Congreso a convocar y organizar a esta comisión.

Ley 22.914 *

**INTERNACIÓN Y EGRESO DE ESTABLECIMIENTOS
DE SALUD MENTAL**

Buenos Aires, 15 de setiembre de 1983.

Excelentísimo señor presidente de la Nación:

Tenemos el honor de elevar al excelentísimo señor presidente un proyecto de ley por el cual se regula la internación de personas en establecimientos de salud mental públicos o privados. Y de alcohólicos crónicos y toxicómanos en establecimientos adecuados, también públicos o privados.

La finalidad de las nuevas disposiciones es proteger la libertad individual en aquellas situaciones en las que ésta fácilmente se puede ver comprometida y aun lesionada.

Quizá pudiera objetarse la minuciosidad y aun rigidez de ciertas disposiciones; pero la importancia del bien tutelado y los serios riesgos que se advierten en las internaciones, exigen seguridades suficientes.

La experiencia enseña la necesidad de las reglas que se proyectan.

En el nuevo texto se precisan los supuestos de internación y los requisitos a cumplirse, previéndose un examen médico inmediato del internado así como la pronta comunicación de la internación al Ministerio Público y a los parientes y demás personas que el enfermo indique.

La intervención judicial es constante y se dispone el impulso de

* Promulgada el 15/9/83, publicada en el 8.0., del 20/9/83 y con vigencia a partir del 29/9/83 en Capital Federal, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

170
APÉNDICE

oficio de las actuaciones pertinentes, así como el deber de inspeccionar los lugares de internación, autorizándose de modo expreso las visitas del representante legal o el defensor de la persona internada.

Están determinados los deberes de los directores de los establecimientos de internación, en cada una de las situaciones regladas, y definidas imperativamente en el art. 12 las funciones del Ministerio de Menores e Incapaces.

Se admite la posibilidad de que se constituya un Centro de observación, y cuando ello ocurra se iniciarán aun todas las internaciones urgentes que fueren solicitadas con intervención de la autoridad judicial (art. 13).

Así como se procura salvaguardar la libertad en la internación, también se contemplan las medidas pertinentes para que el egreso opere tan pronto corresponda, sólo limitado por las necesidades terapéuticas y la seguridad del paciente y la de los terceros (arts. 30, 40, 50, 11 y 12).

Todo lo previsto conducirá además a que los establecimientos de salud mental —concepto que se lo entiende con la mayor amplitud— mantengan internadas exclusivamente a las personas que realmente lo necesiten, y como consecuencia que su capacidad de internación sea útilmente aprovechada por un mayor número de pacientes.

Ley 22.914

Artículo 11 [CASOS DE INTERNACIÓN]. - La internación de personas en establecimientos públicos o privados de salud mental o de tratamiento para afectados de enfermedades mentales, alcohólicos crónicos o toxicómanos, sólo se admitirá:

171
APÉNDICE

- a) Por orden judicial.
- b) A pedido del propio interesado o su representante legal.
- c) Por disposición de la autoridad policial en los supuestos y con los recaudos establecidos en el párr. 21 del art. 482 del Código Civil.
- d) En caso de urgencia, a pedido de las personas enumeradas en los incs. 11 al 4° del art. 144 del Cód. Civil.

Art. 21 [INSTANCIA PROPIA O DEL REPRESENTANTE LEGAL]. - La internación a pedido del propio interesado o de su representante legal deberá ajustarse a las siguientes disposiciones:

- a) El peticionante suscribirá una solicitud de internación ante el director del establecimiento o quien lo reemplace, presentando con ella un dictamen médico que identifique al posible internado, efectúe su diagnóstico y dé opinión fundada sobre la necesidad de internación.
- b) Admitida la internación el director del establecimiento deberá:
 - 1) Efectuar dentro de las cuarenta y ochó horas su propio dictamen médico o convalidar el de otro facultativo del mismo establecimiento.

APÉNDICE 159

- 2) Comunicar dentro de las setenta y dos horas al Ministerio de Menores e Incapaces la internación efectuada cuando se trate de alguna de las circunstancias contempladas en los arts. 141, 152 bis, incs. 11 y 21 o 482, párrs. 20 y 3°, del Cód. Civil o en el caso de constar que la misma persona ya había sido internada con anterioridad. Con tal comunicación acompañará copia de los dictámenes médicos producidos.

3) En cualquier otro caso si la internación superara los veinte días deberá formularse igual comunicación.

c) Si el internado estuviera sujeto a tutela o curatela, su representante deberá comunicar al juez de la causa la internación efectuada dentro de las veinticuatro horas de producida.

Art. 31 [Disposición DE LA AUTORIDAD POLICIAL]. - Cuando la internación hubiese procedido por disposición de autoridad policial el director del establecimiento deberá efectuar su propio dictamen médico o convalidar el de otro facultativo del mismo establecimiento e informar dentro de las veinticuatro horas del comienzo de la internación al Ministerio de Menores e Incapaces, acompañando copia del dictamen y el del médico oficial dispuesto previamente por la autoridad policial.

En el sexto día de la internación, de no mediar notificación judicial ordenando mantenerla, el director del establecimiento comunicará tal situación al Ministerio de Menores e Incapaces inter-viniente, y si dentro del tercer día siguiente no recibiere la orden judicial requerida, por su sola autoridad dispondrá el cese de la internación, notificando de ello al internado o a su representante legal.

Art. 41 [CASOS DE URGENCIA]. - En los casos de urgencia a que se refiere el inc. d del art. 10 se observarán las siguientes disposiciones:

a) Las personas facultadas deberán pedir la internación por escrito firmado ante el director del establecimiento o quien lo reemplace, quien accederá o rechazará fundadamente.

b) Producida la internación, el solicitante deberá comunicarla al Ministerio de Menores e Incapaces, dentro de las veinticuatro horas.

c) El director del establecimiento procederá en estos casos de igual modo al establecido en el art. Y. De no mediar orden judicial en contrario y aunque no hubieren vencido los plazos establecidos en el artículo citado, dispondrá por su sola autoridad que la internación cese tan pronto desaparezcan las causas que la justificaron, notificando de ello al interesado o a su representante legal y al Ministerio de Menores e Incapaces.

Art. 5° [DEPENDENCIA JUDICIAL]. - Cuando el internado se encuentre bajo la autoridad judicial, cualquiera sea el origen de la internación, el director del establecimiento:

a) Deberá informar al juez de la causa con una periodicidad no mayor de cuatro meses, sobre las novedades que se produzcan en la historia clínica del internado.

b) Podrá autorizar salidas o paseos a prueba, si los juzga convenientes y el grado de recuperación del internado lo permite, individualizando con precisión a la persona responsable de su cuidado fuera del establecimiento e. informando al juez dentro de las veinticuatro horas.

c) Requerirá autorización judicial para disponer el alta provisoria, la transferencia del internado a- otro establecimiento o su externación definitiva.

Art. 60 [COMUNICACIÓN]. - Toda internación será comunicada inmediatamente por el director del establecimiento a los parientes del internado u otras personas que éste indique.

Art. 70 [HISTORIA CLÍNICA]. - La dirección del establecimiento confeccionará una historia clínica de cada internado, en la que constará con la mayor precisión posible: sus datos personales, los exámenes verificados, el diagnóstico y el pronóstico, la indicación del índice de peligrosidad que se le

174
APÉNDICE

atribuya, el régimen aconsejable para su protección y asistencia, las evaluaciones periódicas del tratamiento, y las fechas de internación y egreso.

A la historia clínica se agregarán:

- a) Las solicitudes de internación y egreso. Deberán contener los datos personales del 'peticionante.
- b) Las órdenes judiciales y las disposiciones de la autoridad policial.
- c) Copia de las comunicaciones y notificaciones a que se refiere esta ley, con las constancias de su recepción por los destinatarios.

Art. 80 [VISITAS]. - El internado podrá ser siempre visitado por su representante legal o por el defensor especial previsto en el art. 482 del Cód. Civil. Tales visitas no podrán ser impedidas.

Art. 90 [IMPULSO JUDICIAL DE OFICIO]. - Los jueces impulsarán de oficio y con la mayor celeridad las actuaciones judiciales relativas a las personas comprendidas en la presente ley.

Art. 10. [INSPECCIÓN JUDICIAL]. - Los jueces inspeccionarán -los lugares de internación y verificarán las condiciones de alojamiento, cuidado personal y atención médica.

APÉNDICE 161

Art. 11. [EGRESO DE LOS INTERNADOS]. - Los jueces dispondrán de oficio todas las medidas apropiadas a fin de que las internaciones se limiten al tiempo indispensable requerido por las necesidades terapéuticas y la seguridad del internado ,y de terceros. El Ministerio de Menores e Incapaces y, en su caso, el

defensor especial del art. 482 del Cód. Civil, serán notificados de las disposiciones que se adopten.

El director del establecimiento, en informe fundado, hará saber cuándo el internado se encuentre en condiciones de egresar y, de ser posible, propondrá a quienes tengan mayor idoneidad para hacerse cargo de él o, en su caso, manifestará lo innecesario de esta previsión. El juez, previa vista al curador y al Ministerio de Menores e Incapaces, resolverá con preferente despacho.

Art. 12. [FUNCIONES DEL MINISTERIO DE MENORES E INCAPACES]. - Los asesores de menores e incapaces deberán:

a) Visitar los establecimientos de internación de las personas que se encuentren bajo su representación promiscua, toda vez que fuera necesario y al menos cada seis meses, verificando la evolución de su salud, el régimen de atención, las condiciones de alojamiento, el cuidado personal y la atención médica que reciben, informando al juez interviniente.

b) Promover según corresponda, el proceso de declaración de incapacidad por demencia o la información sumaria prevista por el art. 482 del Cód. Civil, así como la rehabilitación de los incapaces.

c) Controlar el trámite de las actuaciones en que interviene, requiriendo las medidas conducentes al mejor tratamiento y cuidado de los internados, así como la administración y custodia de sus bienes y, tan pronto sea pertinente, solicitar el cese de las internaciones.

Art. 13. [RESPONSABILIDAD DE LOS DIRECTORES DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES]. - El incumplimiento total o parcial de los deberes que la presente ley impone a los directores de los establecimientos asistenciales, será

176
APÉNDICE

puesto en conocimiento de la autoridad a la que compete el ejercicio del poder de policía sanitaria y, en su caso, de la autoridad judicial correspondiente en lo criminal y correccional.

Los jueces y el Ministerio de Menores e Incapaces deberán denunciar de inmediato a aquellas autoridades, las inobservancias que lleguen a su conocimiento.

Art. 14. [CENTRO DE OBSERVACIÓN]. - El Ministerio de Justicia estudiará la posibilidad de constituir un Centro de observación para recibir a las personas cuya internación se inicie con interven-

II. Cárdenas.

162 APÉNDICE

ción de la autoridad policial, observándose en ese caso las disposiciones de los arts. 30 y 40

Art. 15. [ÁMBITO DE APLICACIÓN]. - La presente ley se aplicará en la Capital Federal y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

El Poder Ejecutivo Nacional informará a los gobiernos de las provincias del texto y los fundamentos de la presente, a fin de que se contemple la posibilidad de implementar una legislación similar.

Art. 16. - De forma.

BIBLIOGRAFÍA

Benton, Robert T., Criteria in Civil Commitment Proceedings, en "University of Miami Law Review", vol. 26, summer 1972, no 4.

Cobros Mendazona, Eduardo, Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales, en «Revista de Administración Pública», Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1981, vol. 94.

Curran, W. J. - Harding, T. W., The law and the mental health. Harmonizing objectives, Genève, Who, 1978.

Chambers, David L., Alternatives to civil commitment of the mentally ill: practical guides and constitutional imperatives, en "Michigan Law Review", Ann Arbor, 1972, vol. 70, n° 6.

Demolombe, C., Cours de Code Napoléon, 4a ed., t. 8, Paris, 1869. Fantoni, Bruno A. L., La internación del enfermo mental, JA, 1967111-28.

Hartlage - Freeman - Horine, Expediting Admission Procedure, 53 Mental Hygiene 71(1969).

Llerena, Baldomero, Concordancias y comentarios del Código Civil argentino, Bs. As., Peuser, 1899.

Machado, José O., Exposición y comentario del Código Civil argentino, Bs. As., Lajouane, 1898.

180
BIBLIOGRAFÍA

- Mendel - Rapport, Determinants of the Decision for Psychiatric Hospitalization, 20 Archives of General Psychiatry 321 (1969).
- Molinas, Alberto J., Incapacidad civil de los enfermos mentales, Santa Fe, 1948.
- Orgaz, Alfredo, Personas individuales, 2a ed., Córdoba, 1961.
- Salvat, Raymundo, Tratado de derecho civil argentino. Parte general, 11 a ed., anotado por José María López Olaciregui, Bs. As., Tea, 1964.
- Schneider, Joseph, Civil Commitment of the Mentally 111, en "Ameri-can Bar Association Journal", oct. 1972, vol. 58.

164 **BIBLIOGRAFÍA**

- Slovensko, Ralph - Super, William C., Commitment procedure in Louisiana, en Tulane Law Review", New Orleans, 1961, vol. 35, n° 4.
- Spota, Alberto G., Tratado de derecho civil. Parte general, Bs. As., Depalma, 1947-1959, t. I.

La fotocomposi'ción y armado de esta edición se realizó en Editorial Astrea, y la impresión se efectuó en Gráfica Minerva, Av. República 332, Ramos Mejía, prov. de Buenos Aires, en la segunda quincena de setiembre de 1985.

**EDITORIAL ASTREA de ALFREDO y RICARDO DEPALMA
S. R. L.**