

PRIVACIONES DE LIBERTAD POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL EN LATINOAMÉRICA

Capítulo 1

Editores

Renato Constantino C.
Renata Bregaglio L.
Andrea Montecinos T.

**PRIVACIONES DE
LIBERTAD POR
RAZONES DE
SALUD MENTAL
EN LATINOAMÉRICA**

PRIVACIONES DE LIBERTAD POR RAZONES DE SALUD MENTAL EN LATINOAMÉRICA

EDITORES
RENATO CONSTANTINO
RENATA BREGAGLIO
ANDREA MONTECINOS



DERECHO PUCV
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Departamento
Académico de Derecho



Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica del Departamento Académico de Derecho (CICAJ-DAD)

Jefe del DAD

Elmer Arce Ortiz

Director del CICAJ-DAD

Betzabé Marciani Burgos

Consejo Directivo del CICAJ

Renzo Cavani Brain

Arely Valencia Vargas

Gilberto Mendoza del Maestro

Equipo de Trabajo

Rita Del Pilar Zafra Ramos

Carlos Carbonell Rodríguez

Ana Lucía Montenegro Chaupis

Facundo García Encinas

Leonardo Franshesco Cáceres Salazar

Genesis Mendoza Lazo

Privaciones de libertad por razones de salud mental en Latinoamérica

Editores: Renato Constantino, Renata Bregaglio y Andrea Montecinos

Imagen de cubierta: Weiye Tan/Pexels.com

Primera edición digital: setiembre de 2024

© Pontificia Universidad Católica del Perú
Departamento Académico de Derecho
Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica

Av. Universitaria 1801, Lima 32 - Perú

Teléfono: (511) 626-2000, anexo 4930 y 4901

<http://departamento.pucp.edu.pe/derecho/>

Corrección de estilo: Maria Gracia Tamara Minaya Chávez (textos en español) y
Natalie Ross Oyola Liza (texto en portugués)

Derechos reservados. Se permite la reproducción total o parcial de los textos con permiso expreso de los editores.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-10136

ISBN: 978-612-49809-0-9

PRIVACIONES DE LIBERTAD CON JUSTIFICACIÓN TERAPÉUTICA EN ARGENTINA

Paula Gastaldi¹
Belén Gulli²

Resumen

El objetivo del presente artículo es describir la normativa respecto de las privaciones de la libertad con justificación terapéutica en Argentina. A los fines de encuadrar la situación jurídica de personas con discapacidad y usuarias de salud mental respecto a sus derechos, proponemos un recorrido por la normativa: en primer lugar, establecer las normas y principios jurídicos que emanan de la Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad (CDPC); en segundo lugar, analizar cómo está regulada la capacidad jurídica y, finalmente, la normativa de derechos del paciente, el consentimiento informado y la Ley Nacional de Salud Mental. Específicamente, abordar las situación de internaciones involuntarias y precisar qué implica su procedencia en casos de riesgo cierto e inminente, para sí o para terceros.

Palabras clave: salud mental, usuarios, discapacidad, consentimiento informado, internación involuntaria, riesgo cierto e inminente.

Abstract:

The objective of this article is to describe the regulations regarding deprivation of liberty with therapeutic justification in Argentina. In order to frame the legal situation of people with disabilities and mental health users with respect to their rights, we propose a review of the regulations: first, to establish the legal norms and principles that emanate from the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD); secondly, to analyze how legal capacity is regulated and, finally, the regulations on patient rights, informed consent and the National Mental Health Law. Specifically, to address the situation of involuntary hospitalizations and specify what their origin implies in cases of certain and imminent risk, for oneself or for third parties.

-
- 1 Paula Gastaldi, Abogada (Universidad Católica de Córdoba). Magister en Argumentación Jurídica, Alicante. Magister en Bioética, Flasco. Profesora Titular de cátedra de Filosofía del Derecho (UCC). Profesora adjunta de Filosofía y ética de la educación, (UNC). Doctoranda en Derecho (UNC). Directora de investigación "Sistema de apoyos y capacidad jurídica de personas con discapacidad" (Universidad Empresarial Siglo 21). Contacto: gastaldipau@hotmail.com
 - 2 Belén Gulli. Abogada (Universidad Nacional de Córdoba). Magister en "Global Rule of Law and Constitutional Democracy" (Università degli Studi di Génova). Doctoranda en Derecho (Universidad Blas Pascal). Diplomada en Ejecución de la Pena (Universidad Católica de Córdoba). Docente de grado (Universidad Nacional de Córdoba y Universidad Empresarial Siglo 21) y de posgrado (Universidad Empresarial Siglo 21). Co-directora de investigación (Universidad Empresarial Siglo 21).

Keywords: mental health, users, disability, informed consent, involuntary hospitalization, certain and imminent risk.

1. Introducción

En la última década se han intensificado los movimientos legislativos tendientes a salvaguardar los derechos de las personas con discapacidad y usuarias de salud mental. Estos movimientos, que cuentan con una historia más lejana de la que aquí se puede abordar, han abarcado grandes hitos tales como la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) en el año 2010 y la reforma del Código Civil y Comercial de la Nación (CCCN) en el año 2014. Sin embargo, y como suele suceder, este prolífero número de normas acarrea un gran número de problemáticas de diferentes tipos: institucionales, de infraestructura, de recursos, incluso de aplicación e interpretación judicial. Este tejido de normas y prácticas comprende la discusión acerca de las privaciones de la libertad con justificación terapéutica en Argentina. El objetivo de este trabajo es describir estas últimas desde la normativa vigente y entrelazar con el análisis de ciertas discusiones que consideramos pertinentes (además, urgentes). De este modo, ante la necesidad de encuadrar la situación jurídica de las personas con discapacidad y usuarias del sistema de salud mental con respecto a sus derechos, proponemos un recorrido por la normativa vigente en Argentina. En primer lugar, y a la orden de la jerarquía normativa del sistema jurídico argentino, comenzamos por establecer las normas y principios jurídicos que emanan de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPC). En ese apartado, analizamos el modelo social de la discapacidad y el modelo comunitario de salud mental. Ello, por cuanto existen dudas desde la teoría política —incluso desde la filosofía política—, así como en la dogmática jurídica, respecto a cuánto y cómo es la conexión entre ambos modelos.

Luego, advertimos cómo se encuentra regulada la capacidad jurídica de personas con discapacidad en el ordenamiento jurídico argentino³. A su turno, le siguen la normativa de derechos del paciente y LNSM. Específicamente, abordamos la situación de las internaciones involuntarias de las personas en Argentina. Aquí nos detenemos a precisar qué implica la internación involuntaria y la regulación de la noción de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros como límite de respeto a personas con discapacidad y/o usuarias de salud mental.

2. Modelo social de la discapacidad y modelo comunitario de salud mental: el principio de autonomía como vinculación normativa

En 2006, luego de un proceso democrático que duró 4 años donde personas con discapacidad han tenido participación central, el 13 de diciembre de 2006 se aprobó la CDPC (Palacios, 2008). La CDPD fue receptada por Argentina en el

3 A este texto le precede la publicación del libro *Consentimiento informado de persona con discapacidad* (Gastaldi, 2022) donde se ha tratado el estado normativo-positivo del derecho de consentir informadamente y su vínculo con legislación civil (específicamente, capacidad jurídica de personas y sistema de apoyos).

año 2008, pero recién en el año 2014 fue dotada de jerarquía constitucional por el Congreso de la Nación Argentina. La jerarquización constitucional implica que las leyes inferiores deben acoplarse al modelo de discapacidad cristalizado: el modelo social.

De esta manera, y aunque un análisis conceptual de qué implica discapacidad desde ese modelo excede las pretensiones de este artículo, podemos indicar como rasgo distintivo y relevante dos cuestiones, a saber:

- a. Una conceptual, es decir, la tarea de reconstruir qué implica una concepción social de la discapacidad psicofísica;
- b. Otra normativa, es decir, qué alcance y sentido debemos otorgarle a los principios jurídicos rectores de la materia a la luz del modelo que emerge de dicha concepción.

En términos conceptuales, a la luz de este artículo cabría precisar en qué medida la normativa de discapacidad se aplica a casos de salud mental. Por este motivo, el punto que a continuación se detalla intenta vislumbrar conexiones entre ambos supuestos fácticos desde una mirada analítica y dogmática.

En términos normativos, cabe resaltar el artículo 12 de la CDPD⁴, dado que emerge la regla de que todas las personas gozan de capacidad jurídica y consagra el principio de autonomía de personas con discapacidad. Por este motivo, se precisa el alcance y sentido de la consagración del principio de autonomía de las personas a la luz de la normativa convencional.

El modelo social de la discapacidad propicia una conceptualización de discapacidad y propone un modelo de trato. En este sentido, y a los efectos de este artículo, es menester resaltar el rasgo conceptual relevante para comprender discapacidad. Existen diversas concepciones de la discapacidad (Gastaldi, 2022). Por el momento, basta distinguir entre la concepción “rehabilitadora” o modelo médico, en la cual la discapacidad es comprendida como “enfermedad” y pregona la rehabilitación como alternativa (Alemany, 2018). A la hora de conceptualizar discapacidad, el rasgo que distingue es la analogía con “enfermedad o patología”

4 Art. 12 CDPD. Igual reconocimiento como persona ante la ley: 1) Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica. 2) Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida. 3) Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica. 4) Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas (...).

donde prima el discurso médico, que debe eliminarse o erradicarse según las posibilidades médicas.

Sin embargo, la CDPC propone una concepción “social”; considera que la discapacidad es una combinación entre factores médicos en interacción con el entorno. Su artículo primero sostiene:

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Art. 1, CDPD)

Así, esta concepción resalta el rasgo distintivo como combinación entre una especial interacción entre cuestiones biológicas y psicofísicas en relación con la sociedad en la cual la persona se desarrolla en estrecha relación con la consideración acerca de cómo las deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo son condicionadas por el entorno.

Por su parte, la LNSM ha reglado cómo debemos conceptualizar salud mental. El artículo 3 indica:

En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; c) Elección o identidad sexual; d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización. (Art. 3, LSM)

A su turno, el artículo 5 agrega que la existencia de un diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad. En este sentido, indica que el riesgo debe deducirse “a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado”. Esta legislación ha sido fundamental para la posterior modificación del Código Civil, dado que advierte la necesidad de abordar la salud mental desde un ámbito médico psiquiátrico/social y abandonar el diagnóstico como excusa para la restricción de la capacidad de personas.

De esta manera, a la luz de la concepción que la ley ofrece, podemos advertir los rasgos fundamentales de salud mental como un proceso determinado por componentes:

- a. históricos, socioeconómicos, culturales;
- b. biológicos y psicológicos;

- c. cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Art. 3, Ley n.º 26.657)⁵

En este sentido, la LNSM recoge el paradigma de la CDPC y posibilita una comprensión del modelo social de la discapacidad aplicado a la salud mental. Veremos cómo el CCCN toma esta ley como antecedente inmediato a la hora de regular la capacidad jurídica de las personas.

A su vez, se ha establecido que este tipo de conceptualización propicia un modelo comunitario de salud mental. Así, el art. 27 de la LNSM indica la expresa prohibición de “creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados”. Se trata de una propuesta de cambio de paradigma donde las instituciones de salud mental existentes deben adaptarse a los fines y objetivos del nuevo modelo: la comprensión de la salud mental como una cuestión comunitaria donde se busca la interacción social y el abandono del paradigma de la marginación, estigmatización y abordaje exclusivamente psiquiátrico.

Por su parte, el mencionado artículo declara una política sanitaria en relación con los derechos de los trabajadores del campo de la salud, donde “esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos” (Art. 17, LNSM).

2.1. Principio de autonomía

El respeto a la autonomía implica el deber de respetar la decisión del paciente en lo que respecta a su salud, entendiendo como tal aquella que se decide intencionalmente, con cabal conocimiento de sus implicancias y sin influencias externas que vicien la voluntad (Gastaldi, 2022). La autonomía de personas con discapacidad, al menos como presupuesto, indica que una condición hacia el reconocimiento recíproco es otorgarles la presunción de ser capaces de tomar decisiones autónomas y que contar con asistencia o apoyo no significa negarles su autonomía. Por este motivo, en los párrafos siguientes abordamos la situación de la capacidad jurídica de las personas en Argentina. Por el momento, es preciso resaltar el cambio: pasamos de un paradigma de sustitución de la voluntad hacia uno de apoyo.

Autonomía es una capacidad de las personas y, como tal, admite desarrollos variados que pueden condicionar fuertemente su ejercicio. Álvarez (2015) quiere rescatar de esta concepción un punto de partida, un escenario no solo descriptivo sino también normativo: las personas se constituyen como tales en un contexto de interdependencia. Las relaciones afectan nuestra vida y el espectro de opciones

5 Asimismo, el Decreto 603/2013 reglamentario explicita el sentido y alcance de los términos allí vertidos, indicando que debemos entender por padecimiento mental a “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsible o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3 de la Ley 26.657” (art. 3, Decreto reglamentario 603/2013)

que tenemos al momento de tomar decisiones. Los sujetos participamos de formas menos específicas, más difusas o impersonales en el sentido que se trata de relaciones no-nominales, con sujetos que no identificamos por sus nombres sino por la posición que ocupan en el contexto en el que nos desarrollamos y actuamos (Álvarez, 2015), como es el caso de los profesionales de la salud que interactúan con personas con discapacidad. Ese rasgo difuso o no-nominal de interacción no hace que no sea relevante: por el contrario, estos entramados de relaciones predefinidas, con las que contamos y presuponemos para llevar a cabo nuestras acciones, ejercen un condicionamiento importante. Se trata de relaciones estereotipadas que nos indican en qué direcciones podemos avanzar, incluso restringiendo opciones. Los modelos actuales de discapacidad y salud mental (modelo social y comunitario) pretenden dismantelar condicionamientos que hace el entorno, dando cuenta de la necesidad de disponernos hacia decisiones autónomas (en un sentido relacional) de personas con discapacidad y usuarias de salud mental.

En pos de lograr la mayor autonomía posible es necesario realizar ajustes razonables. El diseño general de las políticas públicas, situaciones sociales, etc. no tiene en cuenta las características especiales de cada persona. Por ello, en aras de diseñar un escenario universal, es necesario realizar ajustes que compensen todas las situaciones condicionantes con el objetivo de eliminar la barrera.

Ahora bien, en el ámbito sanitario, el consentimiento informado sirve de herramienta principal para hacer valer la autonomía de las personas. Aunque en secciones siguientes nos detenemos a precisar la normativa en la materia, por el momento resaltamos que dicha herramienta se trata de un proceso por el cual los pacientes otorgan su voluntad para llevar adelante un tratamiento médico. Por su parte, el artículo 25.d de la CDPD tiene una expresión clara acerca del consentimiento médico, estableciendo que se debe brindar atención médica a las personas con discapacidad “sobre la base de un consentimiento libre e informado”. A su vez, el artículo 15.1 señala que “nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento”.

2.2. Principio de “centro de vida”: hacia la transformación del sistema de salud mental en Argentina

Asimismo, los aportes que realiza el modelo comunitario de salud mental no solo preguntan el principio de autonomía de la persona sino que agrega una estrecha vinculación con el principio de centro de vida de la persona. La LNSM, sancionada en el año 2010, trajo consigo el llamado modelo comunitario de salud mental que pretende garantizar la ciudadanía de las personas con padecimiento subjetivo (Burjovich, 2018, 221).

Como hemos dicho, la norma explícitamente prohíbe la creación de instituciones manicomiales, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, sean estos públicos o privados. El decreto contempla al año 2020 como plazo final para este proceso de sustitución definitiva, es decir, a la fecha de la resolución que se analiza el término no había vencido. La desarticulación mencionada alcanzó a las llamadas casas de medio camino (CMC) como dispositivos

alternativos a las internaciones en instituciones psiquiátricas. Esto, en el marco de un plan terapéutico propio del modelo comunitario de salud mental “en y desde la comunidad” que busca alejarse de un modelo manicomial (Gulli, 2022).

Schmuck y Serra (2009) indican que se trata de un desafío en el que conviven tensiones entre el manicomio y la comunidad, donde es necesaria una comprensión amplia que no solo tome la noción espacial-institucional, sino que advierta las lógicas implícitas en diversas prácticas que contribuyen a la medicalización, el silenciamiento y a la exclusión social de los padecimientos subjetivos graves, mediando en muchos casos la judicialización. Ahora bien, para que ello suceda, también es claro el tránsito a dejar atrás un modelo manicomial, basado en una concepción de la salud biologicista (unicausal) en la que la persona es un sujeto pasivo que solo padece una enfermedad y es objeto de cuidado, e impera la respuesta psiquiátrica bajo un sistema sanitario en el que el manicomio aparece como la primera alternativa posible (Gulli, 2022). En ese marco es que cobra vida la creación de dispositivos como redes que garanticen la continuidad de los cuidados de los usuarios en razón de sus necesidades, junto con la inserción sociolaboral. Este es el caso de las CMC.

La noción de “centro de vida” radica en la trascendencia dogmática que tiene dicho elemento en relación con la autonomía de la persona: la manicomialización debe abandonarse a los fines de prosperar un proyecto de vida para usuarios de salud mental que provea un espacio propicio para la interacción de personas sin lógicas manicomiales que anulen la posibilidad de ejercicio de la voluntad personal. A su vez, como política pública que suplante dicho modelo, la alternativa de CMC fue propuesta por la legislación a los fines de impactar en el sistema de salud mental y concretar un espacio comunitario de abordaje.

3. Capacidad jurídica de las personas en Argentina: la concreción dogmática del principio de autonomía

El CCCN regula la capacidad jurídica de las personas. En principio, la normativa de fondo ha sido modificada a la luz de la CDPC. Ello, por cuanto el artículo 22 establece que “toda persona humana goza de la aptitud para ser titular de derechos y deberes jurídicos” y, por tanto, la capacidad jurídica es la regla y las excepciones están taxativamente previstas en la norma. Por su parte, la capacidad de ejercicio se encuentra en el artículo 23: “Toda persona humana puede ejercer por sí misma sus derechos, excepto las limitaciones expresamente previstas en este Código y en una sentencia judicial”. Luego, el artículo 24 indica que son incapaces de ejercicio: (a) la persona por nacer; (b) la persona que no cuenta con la edad y grado de madurez suficiente, con el alcance dispuesto en la sección segunda de este capítulo; (c) la persona declarada incapaz por sentencia judicial, en la extensión dispuesta en esa decisión. De esta manera, la regla que se desprende del CCCN podría sintetizarse de la siguiente manera:

- a. Toda persona puede ejercer por sí los actos jurídicos, con las solas excepciones establecidas en la norma.

- b. Dichas excepciones al art. 23 comprenden aquellas consignadas expresamente en el mismo Código: en relación con las limitaciones al ejercicio de actos concretos a la persona con discapacidad intelectual o psicosocial.
- c. En caso de restricción de la capacidad, no se sustituye la voluntad, sino que se prevé un sistema de apoyos.

Tal como vemos, este segundo supuesto requiere una restricción establecida en un proceso judicial, con la consecuente sentencia declarativa que se pronuncie al respecto. Ahora bien, el efecto de la restricción de la capacidad no es la designación de un curador, sino la designación de apoyos, en los términos del art. 12 CDPD. Esto implica pasar de un sistema de sustitución de la voluntad (figura del curador) a un sistema de apoyos donde prima la autonomía de las personas. A su vez, el modo en que se evalúa la restricción es a partir de un abordaje interdisciplinario. Este abordaje presupone entender en pie de igualdad a médicas y médicos, psiquiatras, trabajadoras y trabajadores sociales, enfermeras y enfermeros, terapeutas ocupacionales, acompañantes terapéuticos, psicólogas y psicólogos, y psicopedagogas que interactúan con la persona con discapacidad. Tal como mencionan Caramelo et al. (2015), esto pretende romper con la hegemonía de algunas profesiones sobre otras, fundamentalmente de la psiquiatría. De esta manera, la salud mental deja de tener un enfoque médico —psiquiátrico— y pasa a ser abordada de manera interdisciplinaria. Este carácter interdisciplinario va de la mano —y pone en práctica— la necesidad de advertir que un diagnóstico médico respecto de la salud mental del paciente no basta, por sí solo, para justificar la declaración de incapacidad.

Sin embargo, nuestro CCCN conserva la incapacidad absoluta como excepción, en casos donde la persona no pueda interactuar con el entorno, no pueda comunicarse y la figura de apoyo no sea útil. En las líneas siguientes presentamos el debate alrededor de “la incapacidad absoluta”, dado que existen desacuerdos alrededor de la convencionalidad de dicho artículo. Por último, se menciona como excepción el caso de la persona que se encuentra absolutamente imposibilitada de interactuar con el entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulte ineficaz, en donde el juez puede proceder a declarar su incapacidad y designar a un curador. Aquí cabe detenerse: la declaración de incapacidad absoluta es la excepción y procede, tal como la literalidad del artículo indica, solo en casos en donde la persona se encuentra absolutamente imposibilitada de interactuar con el entorno y expresar su voluntad, y el sistema de apoyo resulte ineficaz. Caramelo et al. (2015) entienden que el modo de interpretar cómo prospera la incapacidad absoluta es un criterio objetivo. Debemos estar ante el caso de absoluta imposibilidad de interacción y/o comunicación por cualquier modo, medio o formato adecuado. Se trata de aquella persona que se encuentra en situación de ausencia de conciencia de sí, de su alrededor, carente e imposibilitada de comunicación con el entorno, con otras personas, y por todo lo cual un sistema de apoyo aparece insuficiente, correspondiendo entonces la figura de un curador que ejerza representación pura (Caramelo et al., 2015).

De esta manera, dicho criterio objetivo evita que entre a sopesar un diagnóstico médico como razón para sustituir la voluntad.

Igualmente, resta advertir que la subsistencia de declaración de incapacidad en el CCCN trae resistencia por parte de la doctrina. En esta línea, el Comité considera que dicho artículo constituye una discriminación por motivos de discapacidad, consagrado en el artículo 5 de la CDPD y, por tanto, sugirió encontrar un modelo de representación ajeno a la insania o la interdicción.

4. La ley de pacientes y consentimiento informado de personas con discapacidad en Argentina

En la línea de construcción del sistema jurídico nacional y acerca de cómo este consagra desde distintos ángulos la situación terapéutica, sus aspectos y límites, debemos comenzar por advertir que Ley Nacional n.º 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, sancionada el 21 octubre de 2009 y promulgada de hecho el 19 de noviembre de 2009, es la normativa que regula los alcances de derechos de toda persona que entre en una situación fáctica de ser considerada “paciente”. En una reconstrucción de la línea de modificaciones de esta ley, cabe mencionar que ha sufrido modificaciones a partir de la posterior Ley n.º 26.742, en mayo de 2012.

Ahora bien, la Ley n.º 26.529, en su artículo 1, indica que su ámbito de aplicación es el ejercicio de los derechos del paciente, específicamente en tres aspectos: (a) la autonomía de la voluntad; (b) la información; (c) la documentación clínica. En este apartado, dejaremos de lado lo referido a la documentación clínica. Nos ocuparemos, entonces, de la autonomía de la voluntad e información.

Lo primero, respecto de la autonomía de la voluntad, el art. 2 ofrece una conceptualización, a saber: “e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad”⁶.

Lo segundo, el inciso f) refiere qué debe ser considerado como derecho a información sanitaria, indicando textualmente: “El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información”. En esta línea,

6 Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud. En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente. (Inciso sustituido por art. 1 de la Ley n.º 26.742 B.O. 24/5/2012)

el capítulo II de la mencionada ley, titulado de la Información Sanitaria, ofrece una definición respecto de qué se entiende por información sanitaria a los efectos de la ley. Indica:

Entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos. (Art. 3)

En relación con la herramienta de consentimiento informado, el artículo 5 propone una definición respecto de qué debe ser considerado consentimiento informado en los términos de la ley. La comprende como la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada. Acto seguido, el artículo 6 consagra la obligatoriedad del consentimiento informado del paciente de toda actuación en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley n.º 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido. Se ofrece una crítica respecto de este orden de prelación sobre quienes podrían ofrecer consentimiento informado: dado el sistema de apoyos establecido en el CCCN, es menester reconocer que es la persona-paciente quien debe decidir quién acompaña. A su vez, a la luz de la normativa superior, debemos resaltar que debe tratarse de un apoyo y no una sustitución de la voluntad del paciente (Gastaldi, 2022). En este sentido, la obligación del profesional de la salud, así como de quien apoya, es brindar las herramientas para que la voluntad del paciente pueda ser expresada y considerada.

A la luz de lo dicho, al finalizar el artículo 6 indica: “deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario”⁷. Por su parte, el artículo 7 de la mencionada ley regula cómo debe instrumentarse el consentimiento. La regla general es que el consentimiento será verbal, aunque hay casos donde explícitamente la ley solicita que sea por escrito, por ejemplo, el caso de internación.

Por otro lado, cabe mencionar que el artículo 9 de la ley consagra excepciones al consentimiento informado. Indica que el profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;
- b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

7 Este artículo fue sustituido por el art. 3º de la Ley N° 26.742 (B.O. 24/5/2012)

Asimismo, el artículo menciona que dichas excepciones “deberán ser interpretadas con carácter restrictivo”.

Por último, el artículo 10⁸ consagra la revocabilidad del consentimiento informado, poniendo en cabeza del profesional actuante, el deber acatar tal decisión. Luego, consagra la forma en la que el profesional de la salud debe dejar expresa constancia, señalando la obligación de indicarlo en la historia clínica del paciente. A su vez, menciona la necesidad de tomar todas “las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica”. Finalmente, refiere a que la competencia de revocar el consentimiento informado previamente otorgado también está conferida a las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley n.º 24.193. También, vuelve a resaltar que, en estos casos, “deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario”.

De esta manera, el consentimiento informado es una herramienta vital para hacer valer el principio de autonomía de la voluntad en el ámbito sanitario. Toda pretensión de “tratamiento médico terapéutico” debe entenderse atravesada por los requisitos del consentimiento informado. Así, se revela como herramienta que permite un proceso para que el paciente comprenda los alcances del diagnóstico, tratamiento, consecuencias, secuelas, etc. También como posibilidad de ejercicio de los derechos de autonomía y como límite a prácticas médicas que vulneran derechos.

Por su parte, dilucidar la noción de tratamiento médico terapéutico es fundamental a los efectos de dismantelar cierta tendencia: utilizarlo para activar concepciones en detrimento de la autonomía y beneficio de las personas. En este sentido, mucho se ha advertido sobre la necesidad de abandonar enfoques médicos (inclusive concepciones médicas de la discapacidad) que han propiciado prácticas institucionales que propician un desmedro a los principios mencionados.

Podemos ofrecer la concepción legal que ofrece la LNSM. En su articulado indica que toda prescripción de medicación solo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. Este tipo de concepción ofrece una conjunción de rasgos que deben darse en conjunto, a saber:

- El tratamiento tiene la finalidad de beneficiar a la persona.
- El límite de percepciones de terceros respecto de qué es bueno o deseable para el paciente, ofreciendo una barrera a ciertas tendencias de paternalismo o perfeccionamiento sobre la autonomía de las personas.
- La expresa prohibición de entender los tratamientos como castigos.
- El acompañamiento o cuidado debe primar como propuesta, es decir, que el tratamiento médico debe entenderse como residual, excepcional y secundario.

8 Artículo sustituido por el art. 5º de la Ley N° 26.742 (B.O. 24/5/2012)

A la luz de dichos rasgos conceptuales, varias prácticas quedan absolutamente prohibidas. Entre ellas, y por manifestación expresa de la legislación argentina, cabe —por ejemplo— precisar la prohibición de las llamadas terapias de conversión por orientación sexual. Este tipo de terapias, en las que se considera a ciertas orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género como “enfermedades o disforias” deben ser encuadradas bajo discriminación por motivos de género. En este sentido, la LNSM, en su art. 3 indica: “En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de [...] Elección o identidad sexual”. Asimismo, contamos con la Ley n.º 26.743, en la que se establece el derecho a la identidad de género de las personas. En su artículo 1º expresa que

Toda persona tiene derecho: a) Al reconocimiento de su identidad de género; b) Al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género; c) A ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada.

5. Internaciones involuntarias en Argentina: límites, casos y procedimiento

5.1. Ley Nacional de Salud Mental

La legislación nacional que regula el límite o los casos en que se permite la internación involuntaria son la LNSM y el CCCN. En este sentido, recordemos que la LNSM se ha regulado en 2009 y, posteriormente, la línea propuesta por dicha ley —la cual estaría en consonancia con la CDPD— ha sido consolidada por la modificación del Código Civil.

Comenzamos por ver cómo la LNSM regula la internación voluntaria.

La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional. Deben darse las siguientes condiciones:

- a. Solo en los casos que no sean posibles los abordajes ambulatorios
- b. Cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros

A su vez, los requisitos para la procedencia de la internación involuntaria son:

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

Una vez que prospera dicha internación debe notificarse al juez competente, quien tiene 3 días para expedirse. Dicha resolución tiene tres alternativas: autorizar, pedir más información y denegar la internación. Así, el juez tiene un rol de “control” y solo se otorga el poder de decisión en los casos excepcionales donde

“el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla” (Art. 21, LNSM). Asimismo, transcurridos los primeros 7 días, el juez dará parte al órgano de revisión (Art. 27, LNSM). El órgano de revisión está en la órbita “del Ministerio Público de la Defensa y tiene por objeto proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental” (Art. 38, LNSM).

En cuanto al ejercicio de otros derechos, “la persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación” (Art. 22, LNSM).

Respecto de la situación de internación, “el alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez” (Art. 23).

El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. La única excepción a este artículo es el caso de internaciones dadas en el marco del artículo 34 del Código Penal⁹.

En el lapso de los 30 días de producida la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

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

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

5.2. Las acordadas del Poder Judicial: el caso de Córdoba

En la provincia de Córdoba (Argentina) existe un acuerdo reglamentario emitido por el Poder Judicial provincial, a saber: Acuerdo Reglamentario n.º 1575, Serie “A” de fecha 29/07/2019. Aunque existen ciertos problemas que emergen del estatus legal de dichas acordadas, en este apartado repasamos cómo dicho acuerdo intenta reglamentar las internaciones voluntarias de personas.

Tal como declara al comienzo de su anexo: “La presente guía ha sido elaborada con el objeto de pautar la intervención de los operadores judiciales y sanitarios en los procesos que conllevan las internaciones hospitalarias involuntarias en la órbita civil”.

Los lineamientos que emergen del mismo pueden sintetizarse de la siguiente manera:

9 Art. 34, Código Penal: “No son punibles: [...] 1º. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones”.

- 1) “La existencia de una etapa anterior a la intervención judicial”: “la Dirección de la Institución de Salud interviniente —pública o privada— deberá comunicar al Poder Judicial la internación involuntaria”¹⁰.
- 2) El “requisito sustancial de la internación involuntaria es contar con la evaluación previa de un equipo sanitario” sobre la exclusiva base de la existencia de “riesgo cierto e inminente de un daño para sí o para terceros”.
- 3) “La internación involuntaria judicializada en sede civil procede únicamente en casos ineludibles respecto de personas mayores de edad (18 años)”.
- 4) No es la asesoría, entonces, la que insta la valoración del riesgo, sino los familiares y el entorno de la persona en supuesto riesgo.
- 5) “Informada la decisión de internación involuntaria por el profesional del Área de Salud al Poder Judicial, el Asesor Letrado de turno el día de recepción de la comunicación o el que hubiere prevenido, según el caso, deberá solicitar el mantenimiento de la internación involuntaria ante el Juez Civil de turno o el que hubiere prevenido, según corresponda, en un plazo de diez (10) días”.
- 6) “Tras su avocamiento, el juez [o la jueza] en lo Civil y Comercial que corresponda deberá dictar resolución en un plazo de tres días corridos. El Juez podrá aprobar la decisión de la internación con la valoración inicial enviada o requerir a los profesionales tratantes, como medida para mejor proveer, informes ampliatorios o interpretativos del diagnóstico, tratamiento o cualquier otro aspecto de interés”.
- 7) “El Juez interviniente deberá proceder a la designación de un defensor especial a la persona internada a los fines de garantizar el debido proceso (art.41 inc. d) C.C.C.N., 22 LNSM y Principio 18 de los “Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental”- O.N.U., Res.Nº46/119 del 17/12/1991-). Dicha designación, recaerá en un Asesor letrado civil, salvo que la persona designe un letrado particular de su confianza”.
- 8) “El Juez hará saber el [sic] equipo tratante que deberá informar a su juzgado y a la defensa interviniente la evolución experimentada por la persona internada en un plazo no mayor a los treinta (30) días corridos”.

5.3. Las excepciones: niñez y personas adultas mayores

En el caso de niñas, niños y adolescentes, el art. 26 de la LNSM indica que, además de lo establecido en los artículos que regulan la excepcionalidad de la internación involuntaria, se procederá de acuerdo con la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

10 “Para ello, los usuarios deben concurrir a los siguientes efectores: a) Equipo de Salud Mental para atención de urgencias domiciliarias, dependiente de la Secretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba; b) Hospital Público Provincial y/o Municipal y/o Comunal (art.6 Ley 9848); c) Profesionales o Instituciones del Sistema de Salud Mental de naturaleza privada; d) Instituciones Municipales (arts.11 y 7 Ley 9848 - Dec. Regl. 1022/11); f) En el interior provincial, el Hospital General más cercano al domicilio de la persona, en atención a la zona geográfica donde se encuentran (arts. 6 inc.a y 7 Ley 9848 - Dec. Regl. 1022/11 y art.8 ley 26.657 y Dec. Regl. 603/2013).” (Guía de adecuación práctica de internaciones involuntarias civiles)

En consonancia con el CCCN, el principio de autonomía progresiva consagrado por la Convención de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CDNNA), la capacidad de los NNA debe asumirse. Así, y aunque ejerce los derechos a través de sus representantes, quien cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que el ordenamiento prevé. Específicamente, el ordenamiento indica que los NNA deben expresar su consentimiento ante tratamientos médicos cuando esté en juego la vida. Esto debe leerse en el marco de la aplicación del principio que reconoce el derecho a ser oído (Art. 12, CDNNA) y consagra la presunción conforme a la cual “el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física”.

Asimismo, indica que

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

En relación con la acordada recientemente detallada, el caso de menores es un caso de excepción a la regla:

- 1) Si bien la persona que tiene más de 16 años puede tomar decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo, en este supuesto concreto de internación coactiva (Art. 26, LNSM) la previsión legal no le alcanza por la naturaleza de la medida.
- 2) Por lo expresado, cuando se trate de menores de edad en situación de riesgo se deberá ocurrir ante la autoridad pertinente.
- 3) Se pone en conocimiento al juez o jueza de niñez en turno. En caso de estar ante la posible comisión de un delito por parte de un menor, el Fuero de Penal Juvenil lo remite a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (Senaf).
- 4) Una internación es apartar de su centro de vida y entra en juego el alcance de la responsabilidad parental, por lo que interviene la Senaf.
- 5) Debe primarse el principio de centro de vida del NNA, siendo la internación involuntaria una medida de excepción.

Por su parte, en el caso de personas adultas mayores contamos con la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDHPM) adoptada en 2015 y dotada de jerarquía constitucional el 30 de noviembre del año 2022. La CIPDHPM cristaliza ciertos principios jurídicos para enmarcar con un modelo de derechos humanos la situación jurídica de ese colectivo. Podríamos, al menos por el momento, resaltar tres principios básicos

como pilares de los derechos humanos de las personas adultas mayores: continuidad vital, privacidad y participación.

El primero, el principio de continuidad vital, indicaría un componente de igualdad: todas las manifestaciones de la vida humana son valiosas, independientemente del modo en que son percibidas esas vidas.

El segundo, el principio de privacidad, supone que la diversidad de un cuerpo, en este caso atravesado por la cronología, es un elemento constitutivo del concepto de unicidad (o identidad) de la persona. Este principio remite a una discusión sobre autonomía, libertad, intimidad, etc. El valor que tiene el decir de las personas en relación con las cuestiones de la propia vida.

El tercero, el principio de participación, sin el cual no sería posible la vida comunitaria. Aquí, entre otras cosas, se resalta la necesidad del diálogo intergeneracional y el valor epistémico que tiene el decir de los adultos mayores, ya no en relación a lo propio, sino a lo común político o cuestiones en común.

Ahora bien, ¿cómo se operativizan estos principios en las situaciones de internaciones involuntarias de personas adultas mayores? Puntualmente, el acuerdo reglamentario también lo prevé como régimen de excepción:

- 1) Existe una especial contemplación en relación con los derechos humanos y el deterioro de la vida adulta.
- 2) El asesor letrado deberá requerir al equipo técnico de atención y derivación de ciudadanos orientación respecto de los recursos, las redes y las alternativas de salud o económicas que el caso requiera.
- 3) Si la persona mayor cuenta con referente familiar, es necesario requerir a la familia que tome a cargo la atención de la situación
- 4) En el presupuesto de que la persona mayor no tenga referente familiar, es el Estado provincial, municipal o comunal, según el caso, el que debe tomar un papel activo y procurar que el ciudadano envejezca con seguridad y dignidad respetando los principios establecidos en los artículos 6 y 7 de la "Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores" (O.E.A. A-70).
- 5) El Poder Judicial, como última garantía, y en forma excepcional, cuando sea un caso urgente (de riesgo para sí o para terceros) tomará intervención.
- 6) En razón de las distintas aristas que puede tener la cuestión y, por ende, las medidas que se tomen ("hogarización", "geriatriización", etc.), se encauzará procesalmente como una medida innominada, con el objetivo de garantizar la salud e integridad.
- 7) El Poder Judicial, a través de los distintos organismos públicos, deberá requerir al Estado que viabilice los medios con su asistencia y protección, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario.

5.4. Internaciones involuntarias fundadas en el riesgo cierto e inminente

La idea de la existencia de un riesgo cierto e inminente que pueda acarrear un daño tanto a un contexto social como a quien lo provoca mantiene una unión

estrecha con la noción de internación; particularmente, con la de internación involuntaria¹¹. La norma dispone que este tipo de internaciones: “sólo procede ante la existencia de riesgo cierto e inminente de un daño de entidad para la persona protegida o para terceros [...] es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo y por el tiempo más breve posible” (art. 41 CCCN).

Al respecto, este artículo dispone una serie de recaudos para su procedencia, es decir, que dicha internación se encuentre debidamente fundada.

El término “debidamente” implica una serie de requisitos:

- a. Una evaluación de un equipo interdisciplinario, con la indicación de los motivos que la justifican y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad
- b. Que a la persona a internar se le garantice el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica, y que la sentencia que apruebe la internación especifique su finalidad, duración y periodicidad de la revisión

A partir de la vigencia del modelo comunitario de la LNSM, la internación de las personas no puede ser ordenada judicialmente, produciéndose una verdadera desjudicialización de la cuestión, en el sentido en que el ingreso de una persona en el ámbito hospitalario para el tratamiento de su afección solo puede ser determinado por el equipo interdisciplinario sanitario, previa evaluación de la existencia de riesgo cierto e inminente —en el caso de las internaciones involuntarias— o previo consentimiento informado del paciente —en caso de internación voluntaria— (Fernández, 2015, p. 105).

En el modelo comunitario la internación debe generar un aporte terapéutico como la opción posible al momento de evaluar su ejecución, es decir, “cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o sociales” (Art. 14, LNSM). Y, en lo que hace a la internación involuntaria, el artículo 20 de esta ley es estricto:

La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros [énfasis añadido]. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar: a) *Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente* [énfasis añadido] a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos

11 Esto no significa que no pueda hablarse de internación voluntaria frente a un riesgo cierto e inminente. Como señala Bianco (2019): “[...] el tipo de internación debe estar asociada a la premisa del derecho de los usuarios a tomar decisiones sobre su salud y tratamiento, lo cual implica la posibilidad de cursar internaciones voluntarias aun cuando se evalúe la presencia de un riesgo cierto e inminente. El único caso que contradiría esta lectura, es el de la presencia de un riesgo y la negativa del usuario de realizar un tratamiento de internación, fundamentado en preponderar el derecho a la vida por sobre el de la libertad” (p. 5).

profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

No caben dudas de que la internación sin consentimiento es un tipo de restricción a la libertad personal y ambulatoria, una disminución de la autonomía que persigue preservar a la persona sobre la cual recae y/o a su entorno. De esta manera, la internación involuntaria, aunque se presente como un dilema que oscila entre un derecho constitucional fundamental —la libertad— y la búsqueda de un resguardo en determinadas situaciones, nunca pierde su rasgo de excepcionalidad. Por tanto, la excepcionalidad de la medida (que siempre debe ser terapéutica y a favor del paciente) exige que la medida esté debidamente fundada y constataada por saberes trabajados de forma interdisciplinaria, breve en el tiempo, revisable periódicamente, bajo control judicial y con la posibilidad de que la persona afectada pueda exigir un abogado.

Ahora bien, aquella vinculación estrecha entre riesgo cierto e inminente (y en la regulación cordobesa, además, “grave”), y la internación sin consentimiento, amerita, a nuestro entender, un ojo atento puesto en las bases sobre las cuales se asientan estas restricciones a la libertad en el ámbito civil y, a la vez, sobre los protocolos de actuación que permiten proceder a su realización con el debido resguardo de todos los derechos de la persona afectada en función de las normas ya mencionadas.

Debido a que es la condición medular para que la internación sin consentimiento se produzca, corresponde preguntarnos ¿qué es el riesgo cierto e inminente? Existe una respuesta en la ley (en una articulación normativa) y varias en la academia jurídica, otras pensadas desde la psicológica y la psiquiátrica, y tantas otras nacidas en la práctica de todos estos ámbitos y en los casos en concreto. Veamos brevemente algunos enfoques.

En 1991, con la aprobación por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas de los llamados Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, comenzaron a tomar nuevos modelos de la salud que intentaban apartarse de cosmovisiones biológico-organicistas (Monasterolo, 2019). El principio 16 de dicho cuerpo refiere a la admisión involuntaria, esto es, a la persona admitida o retenida¹² en una institución psiquiátrica como “paciente involuntario” si ya hubiese sido admitida como paciente voluntario, cuando un médico determine que esa persona padece de una enfermedad mental y considere, según refiere la regla:

- a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros.

12 “Retenida” o “retención” son las expresiones que utiliza la norma.

- b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que solo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica, de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva.

El principio 16 también refiere que la admisión o la retención involuntaria debe ser por un período breve,

[...] con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares [...].

Se advierte, entonces, que 19 años antes de la sanción de LNSM ya se daban los primeros pasos hacia un cuidado de la evaluación del riesgo como aspecto fundante de una internación coactiva.

Tras la sanción de la LNSM fue necesario el dictado de un decreto que la reglamentase. En efecto, 3 años después se dictó el Decreto n.º 603/2013, el cual se encargó de conceptualizar la noción y de aclarar algunas cuestiones relativas a la internación involuntaria. El artículo 20 de esta regla entiende por riesgo cierto e inminente “[...] a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros”. Y agrega que esto “[...] deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica”. A la vez, limita la noción de riesgo únicamente a aquellas que deriven de actitudes o conductas condicionadas al padecimiento mental de la persona en cuestión; esto ciñe la evaluación interdisciplinaria y erradica la posibilidad de deducciones basadas en un marco meramente biologicista (Monasterolo, 2019). Entre otros puntos dispone que, incluso en casos de internación involuntaria, debe procurarse “[...] que la persona participe de la decisión que se tome en relación a su tratamiento”.

La articulación de los cuerpos normativos que hemos nombrado hacen hincapié en la interdisciplinaria del equipo que debe dar cuenta de la existencia de ese riesgo que motiva la medida restrictiva; es su determinación el único criterio evaluativo que, tras ser verificado, habilita esa intervención coactiva. De otro modo, nos encontraríamos frente a una privación ilegítima de la libertad. En ese sentido, no es arbitrario recordar aquí que es la CDPD la que impone a los Estados partes que las personas con discapacidad no se vean privadas de su libertad de forma ilegal o arbitraria, y que cualquier privación que pueda suscitarse lo sea en el marco de la ley, que “la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad” (Art. 14). La CDPD, a estos fines, resulta de

plena aplicación, sin perjuicio de la legislación nacional que protege los derechos fundamentales de quien pudiera verse afectado por las medidas que tratamos.

Al retornar al riesgo cierto e inminente, nos encontramos frente a la noción que aspira a la certeza, o bien, a una convicción subjetiva por parte de los equipos de salud frente a la inminencia, como aspecto temporal, de la ocurrencia de un daño si no se produce una intervención perentoria que indique una internación (Cámara, 2017). Ahora bien, existe una tendencia en la literatura en la materia, e incluso en los discursos prácticos de, por ejemplo, operadores judiciales¹³, a equiparar el riesgo cierto e inminente, con la peligrosidad. Esto, entendemos, es un yerro que acarrea ciertas consecuencias.

Explican Ghioldi y Toro Martínez (2011)¹⁴ que, en relación con las personas con padecimiento/discapacidad psicosocial, puede hablarse de dos tipos de peligrosidad: la potencial y la inminente. La primera noción, según estos autores, refiere a una peligrosidad psicopsiquiátrica grave, cierta e inminente, emparentada a la praxis psiquiátrica clínica en donde el psiquiatra puede evaluar, por ejemplo, el estado de conciencia (lucidez o no), el aspecto y actitud (tranquilidad vs. excitación vs. suicidabilidad), el estado de intoxicación o abstinencia a sustancias, la presencia o ausencia de síntomas psicóticos o bien la presencia y severidad de fantasías agresivas o suicidas, la actitud frente al tratamiento y cuál será la alternativa que mayor grado de adhesión despertará en el paciente y sus acompañantes, entre otros. Allí, se persigue conocer “[...] cuál será la alternativa terapéutica para un momento dado, estado del juicio y de la prueba de realidad” (Ghioldi y Martínez Toro, 2011, p. 31). Y agregan que si el psiquiatra detectase:

[...] hipolucidez, la excitación o la disforia, la psicosis, las fantasías intensas o la planificación de una conducta auto o heterolesiva, la interferencia del juicio y la perturbación de la prueba de realidad, entonces podrá formular un diagnóstico de riesgo grave, cierto e inminente y en consecuencia indicar una internación por presentar peligrosidad para sí o terceros. (Ghioldi y Martínez Toro, 2011, p. 32)

A su entender, la peligrosidad potencial supone que la conducta perjudicial podría desplegarse, pero desconociendo cuándo podría suceder: “[...] ante este diagnóstico, ya no se desprende de modo categórico la indicación de una internación urgente y/o compulsiva” (p. 32). Según Angelini y Larreiu (2016), a lo que apuntan los autores referidos anteriormente es a una clasificación en virtud de

13 Para profundizar sobre este tópico se invita a la lectura de la investigación titulada “Medidas de seguridad e internaciones en casos de inimputables adultos: análisis y propuestas desde el rol de la defensa penal pública” dirigida por Hernán Bouvier y Natalia Monasterolo, la cual, entre otras cuestiones, analiza el discurso de las defensoras y defensores públicos frente a la temática, por medio la instrumentación de entrevistas en el ámbito del Poder Judicial de la provincia de Córdoba, y del relevamiento de expedientes que albergan medidas de seguridad e internaciones involuntarias materializadas durante el período 2017-2019, en la misma sede. La investigación se encuentra disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/202747>

14 Resaltamos el hecho de que ambos autores han sido psiquiatras forenses de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

la cual la peligrosidad inminente estaría ligada a una crisis de origen psíquico próxima a producirse e inscripta dentro del campo de la clínica, en tanto la potencial sería “un juicio de valor sobre hechos futuros que pueden suceder o no, inscribiéndose dentro del campo judicial” (p. 49).

Es interesante remarcar que, para Ghioldi y Martínez Toro (2011), la peligrosidad inminente se puede ver como riesgo grave cierto e inminente, que amerita una tipo de internación distinta a la que pueda surgir de la peligrosidad potencial. La inminente queda enlazada a una noción de urgencia, no admite dilaciones por lo perentorio de la inminencia del daño; en tanto la internación frente a una peligrosidad potencial aparece como un recurso terapéutico.

Por su parte, la Corte Suprema de Justicia de la Nación argentina se ha pronunciado incluso antes de la sanción de la LNSM acerca de la noción de peligrosidad. Este es el caso del fallo “Gramajo” de fecha 5 de setiembre de 2006. En dicha oportunidad, el máximo tribunal nacional sostuvo que

[...] la peligrosidad, tomada en serio como pronóstico de conducta, siempre es injusta o irracional en el caso concreto, precisamente por su naturaleza de probabilidad, pero cuando la peligrosidad ni siquiera tiene por base una investigación empírica, carece de cualquier contenido válido y pasa a ser un juicio arbitrario de valor, que es como se maneja en el derecho penal. (considerando 24)

Ahora bien, ¿qué distancias conceptuales mantiene esta noción con respecto al riesgo cierto e inminente que nos ocupa en este apartado? Angelini y Larrieu (2016) separan estos conceptos al considerar que el riesgo de daño es un atributo de estado; dicho de otra manera, “una situación en la que alguien se encuentra y luego puede salir” (un estado de la persona aquí y ahora). En este punto, consideran que lo que debe tenerse en cuenta es, efectivamente, el riesgo de daño, pero la deducción debe darse por la vía de la evaluación interdisciplinaria (la que, en efecto, registra la ley), con énfasis en la situación particular y momento determinado de la persona.

Gamaldi (2016) nos habla de cierto consenso sobre lo que el riesgo cierto e inminente es: un concepto médico-legal. Esta convención no es menor, especialmente desde la mirada de la psicología al revisar sus obligaciones en la evaluación del riesgo:

Los deberes que nos van a ser exigidos son: el de detección del riesgo suicida (si este era razonablemente detectable o previsible), el deber de protección y seguridad (cuando el riesgo fue detectado), el deber de asistencia adecuada, el deber de información, y el deber de documentar la evolución del paciente. (Espectador citado por Gamaldi, 2016, p. 58)

Como mencionamos antes, la evaluación del riesgo cierto e inminente en el marco de la interdisciplinarietà se convierte, con fuerza legal, en el único criterio que deriva a la internación involuntaria, razón por la que resulta importante destinar tiempo a distinguirlo de la peligrosidad (término que subsiste en cuerpos legales penales, por ejemplo). Pero a la vez, como se dijo, es la trama interdisciplinaria

propriadamente dicha la que debe despegarse de lo biologicista si se quiere dar cumplimiento a una interpretación armónica de la normativa en la materia. Hay una praxis por construir. En ese sentido, sostiene Monasterolo (2019) que

[...] la construcción del riesgo ha venido a quitar de su lugar el concepto de peligrosidad —una variable tan eventual como remota— [...] es preciso leer ‘riesgo grave cierto e inminente’ allí donde estos marcos hablan de peligrosidad, y lo es no porque lo compone una interpretación libre de los textos normativos convergentes, sino porque el modelo de salud mental asumido por nuestro Estado así lo impone. (p. 101)

En definitiva, como concluyen Angelini y Larrieu (2016), la concepción de riesgo cierto e inminente no es una condición del sujeto, sino “un estar del sujeto aquí y ahora”, dado que existe un riesgo de sufrir algún tipo de daño a la salud o la vida de sí mismo u otras personas en su entorno inmediato. Mientras que la peligrosidad hace enclave solo en el sujeto, el concepto de riesgo lo hace sobre el sujeto y su situación vincular y social.

Agregamos que tras la sanción del CCCN que cristalizó los contenidos de la LNSM, existen razones para pensar que la distinción clarificadora de Ghioldi y Martínez Toro sobre los tipos de peligrosidad, sin perjuicio de la noción de urgencia en una internación que responde a un riesgo grave cierto e inminente, la idea de que cualquier tipo de internación mantenga el carácter terapéutico es el camino ajustado a la normativa actual.

6. Conclusiones

La propuesta central de este artículo radicó en describir la normativa respecto de las privaciones de la libertad con justificación terapéutica en Argentina. Comenzamos por advertir que, a fin de ser precisas, una privación ilegítima de la libertad se daría en los casos que no se cumpla el límite conquistado por la propia normativa en la cuestión: *prima facie*, las internaciones terapéuticas sin consentimiento del paciente deben ser tenidas por prohibidas en nuestro ordenamiento argentino. Por ello, este artículo comenzó por advertir el giro epistémico, jurídico y político que significa la CDPD por consagrar el modelo social de la discapacidad. Ahora bien, las situaciones fácticas que aquel objetivo de este artículo pretende abordar, ¿se limitan solo a personas con discapacidad? Aunque este artículo no abrió a la discusión conceptual en relación con qué diferencia existe entre “discapacidad” y “salud mental”; por lo pronto diremos que el diagnóstico (venga de medicina general o venga desde la psiquiatría) es un elemento que comparten. A su vez, y dado que este artículo pretende abordar la supuesta “justificación terapéutica” que suele ofrecerse a actos que van en detrimento de la libertad de personas con discapacidad o usuarias de salud mental, nuestra atención se detuvo a reconstruir los modelos de abordaje en discapacidad y salud mental: ¿podemos ofrecer un abordaje donde se conectan los modelos social y comunitario de salud mental? Ofrecimos una propuesta: el principio de autonomía como rector de la comprensión de los derechos humanos en juego ante “lo terapéutico”, sobre todo cuando “lo terapéutico” se utiliza para

intentar justificar una vulneración de derechos. A su vez, vimos cómo el modelo comunitario de LNSM indica el centro de vida como elemento clave para pensar los “lugares” donde las personas usuarias de salud mental habitan, cuestión no menor si se comprende cabalmente a qué apunta la “desmanicomialización” como paradigma de abordaje de los derechos en juego.

Asimismo, una vez que se logró entrelazar dichos modelos, pudimos pasar a una sistematización de distintos elementos jurídicos que surgen si pretendemos abordar analítica y dogmáticamente la cuestión de “la justificación terapéutica”.

En primer lugar, hemos descrito la capacidad jurídica de las personas en Argentina. En este sentido, la normativa civil indica de qué manera es comprendida la capacidad en nuestro régimen: hemos visualizado la concreción dogmática del principio de autonomía toda vez que la capacidad jurídica se presupone y es la regla (y que la restricción de la capacidad está solo reservada para casos de no-interacción de personas con el entorno). A su vez, en lo que atañe a discapacidad, el CCCN prevé el sistema de apoyos a fin de abandonar el paradigma de sustitución de la voluntad.

En segundo lugar, y dado que el objeto de este texto es “lo terapéutico” fue menester detenernos en mostrar la herramienta de consentimiento informado médico: resulta vital registrar que nuestro derecho consagra la obligación de informar al paciente y no sustituir su voluntad en el ámbito médico. También, y armonizado con el CCCN, debe comprenderse implementado el sistema de apoyo en dicho ámbito. En caso de internaciones, por ejemplo, el consentimiento debe darse de manera escrita por el paciente. Por su parte, al analizar el alcance y sentido de qué implica el tratamiento médico terapéutico hemos dejado fuera prácticas discriminatorias escondidas bajo supuestos fines terapéuticos.

En tercer lugar, y como punto específico de la materia, hemos llegado al momento de la internación como práctica terapéutica. Ahora bien, por regla, la internación debe ser de carácter voluntario por parte del paciente. Debe dar su consentimiento médico y debe entenderse que toda persona es capaz de ejercer su autonomía. A su vez, se debe prestar apoyo en caso de que así lo requiera el paciente. Está prohibido sustituir su voluntad. Sin embargo, la legislación prevé la internación involuntaria, aunque con el rasgo distintivo de la excepcionalidad: solo si se constata el riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Claro que “riesgo cierto e inminente” trae consigo problemas de interpretación con respecto a su alcance y sentido: qué es riesgo, qué es cierto, qué es inminente. Por el momento, nos basta aclarar según quién: según un equipo interdisciplinario (no el juez). A su vez, hemos dicho que la discusión al respecto puede tener distintos enfoques, pero que el enfoque social pregona que no se vea solo al sujeto, sino también su entorno, las instituciones que podrían contener, los apoyos, etc. Por último, hemos visto que el procedimiento para la internación involuntaria tiene una serie de pasos (la mayoría en el ámbito médico, pero con contralor del Poder Judicial) para garantizar que la medida sea en beneficio de la persona, que pueda revisarse periódicamente, entre otras cuestiones que intentan articular el modelo a la hora de disponer esta medida excepcional.

El modelo social de la discapacidad y modelo comunitario de salud mental proponen que las cuestiones de salud (o terapéuticas) no sean abordadas desde la asistencia ni desde una mirada clínica hegemónica, sino de manera integral. Por tanto, deja atrás un modelo manicomial donde el sujeto queda institucionalizado, abordado de manera unidireccional —bajo diagnóstico— sino que se respete la individualidad, identidad, voluntad de la persona.

Ahora bien, como dijimos al comienzo, el objetivo del presente artículo fue descriptivo: condensamos la normativa a los fines de mostrar cómo “lo terapéutico” y su uso para justificar privaciones es considerado “excepcional” en nuestro ordenamiento. Ahora bien, también debe ser considerado excepcional en relación con el parámetro de evaluación que ofrece el principio de autonomía consagrado en la CDPD. Asimismo, la jerarquía constitucional que ofrece dicha convención implica límites a la modificación de normativa de carácter inferior. Esto se trae a colación en un momento coyuntural de Argentina donde se intenta poner en agenda un cambio legislativo en la materia: el nuevo presidente, Javier Milei, ha intentado por la vía legislativa el cambio hacia la permisión de internaciones de carácter involuntario: la ley omnibus (que no prosperó parlamentariamente) proponía un cambio en las facultades de la judicatura para determinar internaciones. Es decir, buscaba abandonar el rol de “control de derechos del paciente” y pasar a un modelo anterior de facultad para la internación de carácter involuntario. En este sentido, este artículo pretendió describir la normativa actual en relación con las internaciones involuntarias, incluso poniendo un coto en la comprensión del riesgo cierto e inminente y, a la par, evaluarla sobre la base del principio de autonomía y, por tanto, defender la coherencia de dicha normativa con los compromisos convencionales asumidos por Argentina.

Ahora bien, ello no significa que la situación fáctica argentina sea ideal: existen problemas en la implementación de los modelos; existen tensiones a la hora de concretar el cambio de paradigma; incluso hay ciertas precisiones legislativas que pueden implementarse; la falta de adhesión provincial a la hora de implementar la LNSM. Pero, más allá de los debates que podamos ofrecer para concretar los derechos humanos en la materia, cualquier implementación de cambio de modelo que quiera volver a tiempos pasados (es decir, comprensión de la discapacidad como enfermedad; sustitución de voluntad; el paciente como sujeto a tutelar, instituciones manicomiales, etc.) debe ser considerado en detrimento de los derechos en juego: la libertad y autonomía de las personas, así sea que pretendan justificarlo con motivos terapéuticos.

REFERENCIAS

- Angelini, S. O., y Larrieu, A. (2016). Consideraciones sobre los conceptos de Peligrosidad y de Riesgo Cierto e Inminente. En *V Jornadas de Investigación y IV Encuentro de Becarios de Investigación de la Facultad de Psicología (Ensenada, 2016)*.
- Acuerdo Reglamentario n.º 1575, Serie "A" (29/07/2019).
- Alemany, M. (2018). Igualdad y diferencia en relación con las personas con discapacidad. (Una crítica a la Observación n.º (2014) del Comité (UN) de los derechos de las personas con discapacidad). *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 52, 201-222.
- Álvarez, S. (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Análisis Filosófico*, XXXV(1),13-26. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=340042261002>
- Bianco, P. (2019). Internaciones en salud mental: tensiones entre el juicio clínico y la ley. *Revista de profesionales en formación en salud mental*, XXV(1), 4-6.
- Cámara, A., Paladino, M. E., Oñativia, X. A. (2017). Las internaciones involuntarias en la Ley 26657 y en el Régimen de Inimputabilidad Penal: Tensiones y actualidad de un debate en torno a la noción de peligrosidad. En *Actas de congreso, 1er Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones. Buenos Aires*. (Vol. 12).
- Caramelo, G; Picasso, S. y Herrera, M. (2015). *Código Civil y Comercial de la Nación comentado* (Tomo I). Infojus. <http://www.saij.gob.ar/docs-f/codigo-comentado>
- Constitución de la Nación Argentina [Const]. 14 de diciembre de 1994 (Argentina).
- Convención de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. 20 de noviembre de 1989.
- Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. 15 de junio de 2015.
- Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad. 13 de diciembre de 2006.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación. "Gramajo Marcelo Eduardo s/ robo en grado de tentativa"; 5 septiembre de 2006.

- Corte Suprema de Justicia de la Nación. "R, M.J. s/insania"; 1 de septiembre de 2009.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación. "Antuña, Guillermo Javier s/ causa 12434"; 13 de noviembre de 2012.
- Código Penal Argentino. 29 de octubre de 1921 (Argentina)
- Código Civil Argentino. 7 de octubre de 2014 (Argentina)
- Dec. Reglamentario n.º 603/2013 [Salud pública]. Por la cual se reglamenta la Ley Nacional de Salud Mental, n.º 26657. 28 de mayo de 2013.
- Gamaldi, V. R. (2016). *Evaluación de riesgo cierto e inminente. Aportes transferenciales. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.*
- Gastaldi, P. (2022). *El consentimiento informado de personas con discapacidad* (Colección ETHOS). Editorial UCC.
- Ghioldi, L. y Toro Martínez, E. (2011). Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria basada en la peligrosidad para sí o terceros. *Cuadernos de Medicina Forense Argentina*, 2(1), 25-35. [https://www.csjn.gov.ar/cmfcfs/files/pdf/CMFA-Tomo2\(2010\)/CMFA2-1-Ghioldi.pdf](https://www.csjn.gov.ar/cmfcfs/files/pdf/CMFA-Tomo2(2010)/CMFA2-1-Ghioldi.pdf)
- Gulli, M.B. (2022). Casas de medio camino y el derecho a la ciudad en el modelo comunitario de salud mental. En Bouvier, H. (dir.) *Derecho a la ciudad, Derecho y Control (III)*. Potencia.
- Ley 24193 de 1993. Ley de trasplantes de órganos y materiales anatómicos. 19 de abril de 1993.
- Ley 26061 de 2005. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. 21 de octubre de 2005.
- Ley 26.529 de 2009. Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 19 de noviembre de 2009.
- Ley 26657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 2 de diciembre de 2010.
- Ley 25742 de 2012. Ley modificatoria de la ley 26529. 24 de mayo de 2012.
- Ley 26743 de 2012. Ley de identidad de género. 25 de mayo de 2012.
- Monasterolo, N. (2019). *Salud mental y justicia. Lecturas y aplicaciones posibles*. Lerner.
- Palacios A. y Románach J. (2008). El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional

(discapacidad). *Revista Intersticios – Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2. <http://www.scholarlyexchange.org/ojs/index.php/InterSoc/article/viewFile/2712/>

Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119. 17 de diciembre de 1991.

Seda, J. A. (2016). *La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Eudeba.

Schmuck, M. S. y Serra, M. F. (2009). “Sustitución de lógicas manicomiales: de las perplejidades a los desafíos”. Publicación de las V Jornadas de Investigación en Trabajo Social. UNER.