

**INTERVENCION JUDICIAL DEL HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO
"ALEJANDRO KORN" DE MELCHOR ROMERO**

**31147- "CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS) C/
PROVINCIA DE BUENOS AIRES S/AMPARO"**

La Plata, 27 de Noviembre de 2014.-

AUTOS Y VISTOS: Para resolver la medida cautelar solicitada en el escrito de inicio, atento a la producción de las medidas dispuestas oportunamente, y: -

CONSIDERANDO: -

1. Que en autos se presenta el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), con el objeto de obtener un pronunciamiento mediante el cual se condene a la Provincia de Buenos Aires a sustituir el dispositivo monovalente que funciona en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "*Dr. Alejandro Korn*" de Melchor Romero por dispositivos de Salud Mental Comunitarios, adoptando todas las medidas necesarias para garantizar que las personas allí institucionalizadas puedan ser incluidas en la comunidad en igualdad de condiciones, de acuerdo con el art. 27 de la Ley Nacional de Salud Mental. –

Por otra parte, solicitan se disponga con carácter cautelar, la intervención judicial de Dirección Asociada de Psiquiatría del Hospital "*Dr. Alejandro Korn*" de Melchor Romero, a través de la designación de una mesa de trabajo intersectorial, integrada por las carteras ministeriales involucradas, para que adopte un plan de acción urgente tendiente a garantizar el cese de las graves violaciones que se denuncian sobre las personas alojadas en "*Melchor Romero*". –

2. En ese sentido, la parte actora denuncia que en la Dirección Asociada de Psiquiatría del Hospital "*Dr. Alejandro Korn*" de Melchor

Romero, se encuentran alojadas aproximadamente 750 personas, y que existirían condiciones de hacinamiento, alojamiento deficientes y riesgosas para la salud y la vida de las personas, falta de atención médica apropiada, ausencia de procesos de rehabilitación, relaciones asimétricas entre profesionales y personas internadas, abandono total de estas últimas y ausencia de controles externos eficaces que garanticen sus derechos, en particular de la intervención judicial sobre las internaciones, en los términos previstos en la Ley 26.657. –

Asimismo, denuncian condiciones inhumanas de encierro, violación al derecho a la integridad física y a la prohibición de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, entre las que detalla la persistencia de intervenciones como el electroshock; la sujeción física (ataduras); el aislamiento y el uso abusivo de la medicación con fines de control social. En suma, que las personas se encuentran “*depositadas*” en condiciones inhumanas, en estructuras edilicias deficitarias que no guardan las mínimas condiciones de seguridad e higiene, que los espacios de las salas son reducidos y no conservan mínimas condiciones de privacidad, comodidad y trato personalizado. –

Por su parte, denuncian la ausencia de abordaje de los derechos sexuales y reproductivos de los pacientes, salvo por el control de la reproducción sexual que, bajo el paradigma de la sustitución de la voluntad se realiza sin consideración alguna del consentimiento de las personas involucradas; que la atención de salud es, en general, casi inexistente y que los registros clínicos (historias clínicas; libros de guardia; libros de enfermería; etc.) no contienen los datos mínimos requeridos por la Ley 26.657 y la Ley 26.529; que tampoco existe un abordaje integral y generalizado tendiente a la promoción, el fortalecimiento y/o restitución de los lazos sociales

afuera del manicomio. Por el contrario, la desvinculación familiar y la ausencia de privacidad que favorezca la preservación o construcción de vínculos al interior de la institución manicomial, son denominadores comunes de la Dirección de Psiquiatría. –

Señalan, a su vez, que en una población de 750 personas, ha habido en nueve meses (de enero a octubre de 2012), 53 muertes, que son naturalizadas, y sus causas no han merecido hasta el momento investigación alguna. Como así también, destaca la ausencia del órgano de revisión provincial que pueda ejercer los controles eficaces al interior de la institución psiquiátrica y monitorear el proceso de implementación de la Ley 26.657. –

3. Cabe aclarar que el art. 3 de la Ley 14.580, en cuanto otorga un plazo máximo de treinta y seis (36) meses para implementar las reformas que garanticen el cumplimiento de lo establecido en la Ley 26.657, no constituye óbice alguno para el dictado de la presente medida cautelar, toda vez que la propia norma deja a salvo la plena vigencia de los derechos de los usuarios y las obligaciones de los prestadores del sistema de salud mental. Ello implica que, sin perjuicio de la organización administrativa de la que se pueda disponer oportunamente, resultan directamente operativos los derechos de los usuarios del sistema de salud mental reconocidos, no sólo en la Ley 26.657, sino también en la Ley 26.529 sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, lo cual así se habrá de ordenar. -

4. En atención a las graves denuncias formuladas por la accionante sobre violaciones a los derechos humanos de las personas internadas en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "*Dr. Alejandro Korn*" de Melchor Romero, se ordenaron una serie de medidas de prueba anticipada en los términos del art. 326 del CPCC,

tendientes a constatar el estado y/o condiciones en que se encuentran las personas alojadas en la Dirección Asociada de Psiquiatría de dicha institución, como así también respecto de las características de los tratamientos que allí reciben. Ello tuvo lugar mediante la realización de un reconocimiento judicial de la institución practicado el día 28-X-2014 por el infrascripto, funcionarios y empleados de éste Juzgado a mi cargo, conformando junto con los peritos intervinientes - a quienes a su vez se le encomendara la realización de un dictamen pericial-, diversos equipos interdisciplinarios que constataron el estado y características de los siguientes lugares de internación: Sala “Solanel”; Sala 5 (Clínica Médica); Sala “Agudos Mujeres”; Sala “Agudos Hombres”; Sala “Charcot”; Sala “Lasegue”; Sala “Melendez B”; Sala “Mujeres E”; y Sala “S.A.C.” (Servicio de Atención en Crisis).

—

En primer lugar, cabe destacar que las autoridades del Hospital se encontraban en pleno conocimiento de la diligencia judicial que se iba a practicar, tal como refirieran los representantes gremiales, quienes informaron que en función de ello “*los empleados no se tenían que tomar el día*”, que “*había que limpiar y cortar el pasto*”, y que al personal de limpieza le duplicaron las horas de trabajo de 6 a 12 horas continuas (conf. acta de ingreso a la institución, de fs. 184), lo cual se vio reflejado durante toda la jornada en que personal de limpieza baldeaba continuamente los pisos en cada una de las salas de internación relevadas. —

De mayor gravedad fue el intento por ocultar el contenido de diversas habitaciones a las que no se pudo acceder, en clara intención de sustraerse del reconocimiento judicial ordenado. En efecto, en el S.A.C. (Servicio de Atención en Crisis) se observaron dos habitaciones cuyas puertas se encuentran soldadas con chapones y

pintura fresca, a las que no se pudo tener acceso. Según los enfermeros, las mismas debieron ser clausuradas por “*fallas de infraestructura y de mantenimiento*” (conf. acta a fs. 3 del expte. 31.147 -H-). En la Sala “*Agudos hombres*”, una habitación se encontraba cerrada con llave, la cual no pudo ser abierta porque – según adujeron los enfermeros- las llaves solo las tenían los médicos clínicos que en ese momento no se encontraban presentes. Idéntica situación se presentó en la Sala “*Lasegue*”, en que dos (2) habitaciones se encontraban cerradas con candado. Las enfermeras de turno refirieron que las mismas se utilizaban como depósito, aunque llamativamente manifestaron desconocer el contenido de los mismos. Indicaron, a su vez, que las llaves de los candados estaban en poder de la enfermera encargada (Sra. Mónica Sánchez), quien no se apersonó en ningún momento de la diligencia (conf. acta Sala Lasegue, a fs. 1 vta. del expte. 31.147 -D-). –

Sin embargo, esos intentos no pudieron ocultar las lógicas asilares de intervención y la vulneración de derechos en que se encuentran las personas allí internadas. –

Posteriormente, se realizó un reconocimiento judicial complementario del anterior, el día 20-XI-2014, a fin de relevar la documentación de las distintas salas cuya constatación fuera ordenada oportunamente. –

4.1. De las salas de pacientes crónicos relevadas (“*Solanel*”, “*Charcot*”, “*Lasegue*”, “*Melendez B*” y “*Mujeres E*”), se advierte como una constante la ausencia de abordajes interdisciplinarios, siendo los tratamientos de carácter puramente médico y, más específicamente, farmacológico. Son muy pocos los pacientes que realizan talleres o actividades extra hospitalarias y, en general, el ocio parece ser la rutina diaria en esos lugares. Durante toda la diligencia, se observó

que los pacientes miraban televisión, tomaban mate, deambulaban, o simplemente permanecían sentados o acostados en el piso, en los bancos del comedor o en las camas de los pabellones. Existe una gran cantidad de pacientes sin documentos de identidad, situación que parece natural y no se advierte que las autoridades hayan efectuado trámite alguno para su obtención. Según lo manifestado por el personal tratante, en la mayoría de los casos son pacientes sociales, de escasa o nula contención familiar, que si bien tienen o pueden recibir el alta médica, no es posible su externación dadas las dificultades de trabajar con sus familias para su inserción en la comunidad. –

De las entrevistas realizadas, uno de los pacientes alojados en la Sala “*Lasegue*” refirió episodios de violencia (golpes en el cuerpo) como una práctica habitual, por parte de un enfermero. Agregó que al enfermero lo trasladaron a otra sala, y que nunca presentó una denuncia por encontrarse acostumbrado a ese tipo de prácticas. –

Otra característica común de estos lugares es la ausencia absoluta de intimidad por parte de los pacientes, toda vez que las habitaciones son grandes pabellones abiertos, separados sólo por tabiques a media altura, y los baños son múltiples, carecen de puertas de ingreso por lo que puede inspeccionarse a simple vista desde su exterior, al igual que las duchas que carecen de cortinas que provean de intimidad a quien se estuviere bañando. Durante la diligencia ocurrió un episodio que ilustra la gravedad de la situación y de cómo el personal la naturaliza. En la Sala “*Agudos Mujeres*”, se observó que una paciente salió del baño completamente desnuda y mojada, se dirigió a la oficina donde se encontraba el director de la Sala con personal de éste Juzgado a fin de solicitar shampoo. El director envió

a la paciente a pedirlo a otra habitación, aunque no se vio sorprendido por el episodio. –

Con respecto a la infraestructura disponible, los edificios exhiben un deterioro notable. Se verificó falta de mantenimiento en paredes y techos. La humedad es una constante en todos los ambientes, así como el mal olor y la presencia de moscas, situación que se agrava en los sectores de cocina y comedor. Los sectores donde se almacena la ropa presentan una suciedad evidente, mal olor, con colchones apilados y bolsones de ropa sucia. Se observaron instalaciones eléctricas precarias, falta de pintura en techos, paredes y marcos de aberturas, oxido, vidrios rotos, presencia de telarañas en los techos de los baños y de cucarachas en la cocina y en contacto con insumos de cocina como platos, vasos y bolsas de pan. Los espacios carecen de aislación adecuada, constatándose -además de vidrios rotos en todas las salas-, en una de ellas un agujero en la pared de aproximadamente 30 cms. de diámetro que comunica al exterior y cuya data el personal no supo referir (Sala “Lasegue”), y en otras dos goteras en los techos, que según los enfermeros en días de lluvia la situación se torna gravísima (salas “Melendez B” y “Mujeres E”). –

En términos análogos se expidieron los peritos de la Asesoría Pericial La Plata. –

Con respecto a la Sala “Lasegue”, Amancay Tancredi - Lic. en Trabajo Social- dictaminó que no existen dispositivos integrales ni estrategias institucionales que tiendan a la construcción de la rehabilitación psiquiátrica y social, con la consecuente reinscripción de los pacientes en el ámbito comunitario. *“Esta carencia conlleva indefectiblemente a la cronificación – cosificación institucionales de las personas residentes con padecimiento mental, con pérdida de la*

percepción personal, de la autonomía relativa, de hábitos sociales y de higiene, de lazos afectivos primarios, etc.” (conf. fs. 9 del expte. 31.147 -D-). María del Carmen Badaloni -Psicóloga- valoró que en lugar de asegurar la recuperación de los pacientes, la ausencia de un abordaje interdisciplinario es más proclive a la pérdida de una alternativa terapéutica acabada y acorde a los fundamentos científicos que la disciplina podría brindarle actualmente (conf. fs. 19 vta.). Marlene MezzaReynaga -médica psiquiatra- destacó la desprolijidad y las falencias de las historias clínicas, como el consentimiento informado respecto de los tratamientos que se realizan, que no se halló en ninguno de los casos seleccionados, y “...que se encuentran internados hace varios años con las llamadas actas de urgencia o intervenciones judiciales” (fs. 22 vta. y 29 del expte. 31.147 -D-). –

En cuanto a la Sala “Solanel”, Mariel Lucía Azcacibar –Lic. en Trabajo Social- resaltó la ausencia de equipo interdisciplinario que construya la estrategia de salida del hospital, teniendo en cuenta que en la citada sala se hallan “...aproximadamente un 30% de pacientes en condiciones médico-psiquiátricas de alta y que permanecen en la institución por cuestiones de índole socio-económica-familiar-comunitario”. Agregó que los pacientes “No tienen actividades que organicen su jornada, la que transcurre en un ‘solo estar’ y librada a las posibilidades personales de cada quien. La inexistencia de objetos personales, lugares de guarda privados, de intimidad, conspira negativamente en la construcción respetable de dicha cotidianeidad” (fs. 11 del expte. 31.147 -F-). Karina V. Arcuschin –Psicóloga- manifestó que las historias clínicas son difíciles de evaluar por su desorden y porque las evoluciones repiten siempre el mismo contenido, sin demasiadas especificaciones. Que todos los pacientes relevados han ingresado hace por lo menos dos décadas o más. Que no hay psicólogos, que un solo paciente cuenta con acompañante

terapéutico con quien realiza actividades sociales semanalmente y que la mayoría son pacientes institucionalizados que no poseen casi referencias que recuerden de su vida fuera del hospital. Que la mayoría posee nula conciencia de su enfermedad y se encuentran temporalmente desorientados. No se consigna trabajo psicológico sistemático para acceder a la desinstitucionalización (fs. 18-19 del expte. 31.147 -F-). Sergio Javier Cuba –médico psiquiatra- indicó que en todos los casos relevados la internación se produjo mediante las llamadas “*Actas de Urgencia*”, ficha de ingreso por la que antiguamente se ordenaba judicialmente la internación para pacientes acompañados por familiares o por la policía. No se registró ningún consentimiento informado. Evaluó la medicación suministrada a los pacientes y consideró la posibilidad de modificarla por otra con menos efectos colaterales y diferente perfil farmacológico, buscando reducción de drogas y de dosis (fs. 25 vta. y 37 vta. del expte. 31.147 -F-). –

En las Salas “*Melendez B*” y “*Mujeres E*”, María Cecilia Rodríguez y Eugenio Camino –psiquiatras- y María Elina del Rosario Hiriart –psicóloga- señalan que la Sala “*Melendez B*” alberga pacientes con una gran cantidad de años de internación lo cual dificulta las posibilidades de externación, que el 20% de los pacientes carecen de documentación, y que en estos casos hay una mayor necesidad de tener un equipo terapéutico con orientación en rehabilitación física y cuidados generales. Que no obstante hay un solo profesional médico (psiquiatra) y nunca tuvieron equipo interdisciplinario (fs. 7 y 24 vta. del expte. 31.147 -I-). Respecto de la Sala “*Mujeres E*”, destacan que está orientada a pacientes con menor estadía en el Hospital, lo que se denomina como pacientes sub-agudos (con una estadía mayor a un año) y que por lo general mantienen mayores posibilidades de trabajo en la resocialización. Que

ello generó la conformación de un equipo interdisciplinario, pero que en el último año se disolvió porque la Directora de Salud Mental del Hospital creó un dispositivo denominado “*Andamiaje*”, pero integrado con distintos tipos de pacientes, el equipo fue reubicado y los voluntarios (talleristas y/o terapeutas) dejaron de asistir, ocasionado un cese de funcionamiento del dispositivo alcanzado por el Jefe de la Sala. En la actualidad cuentan con menos recursos, un psicólogo asiste quincenalmente y un tallerista de música concurre voluntariamente los miércoles (fs. 6 y su vta., 24 vta. y 25 del expte. 31.147 -I-). Respecto de la Sala “*Melendez B*”, la Sra. María Julia Peñalba –Lic. en Trabajo Social-, refirió acerca de la falta de trabajo interdisciplinario, la ausencia de consentimiento informado en las historias clínicas así como de informes sociales que den cuenta de la vinculación de los pacientes con “*el afuera*”. Destacó que la mayoría de la información sobre familiares no consta formalmente en la documentación sino que fue facilitada por el personal de enfermería, y que no obstante la buena predisposición del personal a cargo, “*...ello no alcanza para romper con prácticas de un sistema sostenido desde antaño sobre un concepto positivista de la locura, aun pese a la legislación actual en contrario*”. Que la cronificación de los pacientes dificulta el tránsito por un proceso de externación, que no serían capaces de desear, ni buscar otras formas de vida (fs. 14 del expte. 31.147 -I-). En cuanto, a la Sala “*Mujeres E*”, detalla las actividades que realizan algunas pacientes dentro del Hospital, y que aproximadamente 20 pacientes (sobre 39) cuentan con alguna posibilidad de externación o de vinculación con sus familiares (fs. 15). Menciona que el “*dispositivo de andamiaje*” cuenta con tres casas de convivencia, talleres de fabricación de bolsas y huerta orgánica, que según el Jefe de la Sala se trata de un dispositivo importante pero que la Sala es notoria la falta de profesionales. Entiende que el trabajo

interdisciplinario realizado en la Sala sentó precedentes positivos, impactando directamente en la autonomía y la confianza de las pacientes, pero que la creación de dispositivos intrahospitalarios ha derivado en la migración de profesionales hacia otros ámbitos, sin reemplazo, motivo por el cual la tarea quedó a mitad de camino. Ello si bien puede ser compensado por la iniciativa de algunos profesionales, no se constituye en una estrategia sistematizada y planificada desde la institución (fs. 17). Repara en la necesidad de profesionales del área del Trabajo Social, que articulen las necesidades de los pacientes con su realidad familiar y comunitaria puesto que la historia de vida del sujeto no puede ni debe reducirse a su faceta “*clínica*”. La inexistencia de dichos profesionales, en ambas salas, resulta una vuelta al punto de partida en concordancia con las prácticas de antaño (fs. 18 expte. 31.147 -I-) –

Por su parte, en la Sala “*Charcot*”, la Dra. Liliana Edith Rosa -Neuróloga- explica que la misma cuenta con pacientes con patologías crónicas neurológicas asociadas en su mayoría a diversas patologías psiquiátricas (retraso mental, alcoholismo, episodios psicóticos, entre otros), de tiempos prolongados de internación. Más allá de considerar adecuado el tratamiento farmacológico que se efectúa respecto de los cuadros neurológicos de pacientes relevados, entiende ajenos a su especialidad los aspectos relativos a la salud mental y al tratamiento farmacológico de las patologías psicológico-psiquiátricas (conf. fs. 396 y 398 del expte. 31.147 -A-). Agustina Gubia –Lic. en Trabajo Social- indica que la Sala no cuenta con psicólogos ni trabajadores sociales, y no cuenta con psiquiatra estable (sólo de enlace). En cambio, sí cuenta en su planta estable con diversos profesionales de la medicina. El abordaje de los pacientes es puramente médico, y dentro de éste se reduce al farmacológico, las actividades de la Sala se limitan a ver televisión o tomar mate. Agrega que existen algunos pacientes en

condiciones de recibir el alta médica, pero que permanecen allí por razones sociales, pero que no existe ningún tipo de trabajo en estrategias de reinserción social, ni de prácticas vinculadas a la potenciación de la autonomía (fs. 399 vta., 400, 401 vta. y 404 vta. del expte. 31.147 -A-). –

En las salas de pacientes agudos, la situación en algunos casos presenta mayor gravedad. –

En la Sala “*Agudos Hombres*”, a su ingreso se encuentra el salón principal, el cual consta de un televisor, un patio y tres tubos fluorescentes para toda la superficie, lo que a simple vista parece insuficiente. Existen bancos de madera, observándose que tres pacientes se encontraban durmiendo sobre ellos. El baño contiguo cuenta con dos lavabos funcionando y dos inodoros, no hay luz artificial, solo un pequeño ventiluz que da al exterior y agua corriendo por todo el baño llegando casi al salón principal. Las condiciones de higiene eran muy malas y el olor desagradable. Del salón principal se accede a la “*sala de visitas*” donde hay dos mesas y una silla. Falta un pedazo considerable de techo. En ese lugar los pacientes reciben a sus familiares durante las visitas. El sector que según el personal fuera el consultorio clínico, se encontraba cerrado con llave, el cual no fue abierto porque las llaves solo las tenían los médicos clínicos que en ese momento no se encontraban. El comedor se encontraba en pésimas condiciones, el espacio es amplio pero solo hay dos mesas largas con tablonés a los costados, y había agujeros en el cielorraso. En la cocina había un termo tanque que no parecía funcionar, una mesada, un artefacto de cocina y los platos de los pacientes. Los platos y vasos eran de plástico y las cucharas que usan para comer, de plástico descartables. No hay cielorraso en toda la cocina, pudiendo observarse directamente los tirantes de madera. La Jefa del

Servicio manifestó que en la cocina no se cocinaba sino que los pacientes recibían la comida de afuera (servicio tercerizado). –

Existe un total de siete habitaciones destinadas al descanso de los pacientes, con cinco camas por habitación. Los colchones son placas de goma espuma sin carteles que indiquen que los mismos sean ignífugos. Dos camas se encuentran sin sábanas y una sin colchón. Todas las habitaciones tienen ventanas que dan al exterior, con rejas y cortinas, poseen dos placares que en la mayoría se encontraban vacíos con insectos en su interior, Asimismo en las habitaciones Nros. 1, 2 y 3 los armarios se encontraban cerrados con candados. Preguntados sobre dicha situación se nos informó que los mismos son armarios destinados a los enfermeros y que solo ellos tienen las llaves, que por no estar presentes no se pudieron abrir. Los baños de los pacientes no tienen luz natural ni artificial, tienen dos duchas, dos inodoros, dos lavamanos y cinco mingitorios. De los lavabos funciona solamente uno y con agua fría únicamente, hay un canasto de alambre con ropa sucia. Las condiciones generales del baño son deplorables, existiendo un muy mal olor en el ambiente, con moscas en todos los sectores, pésimas condiciones de higiene, encontrando en esa oportunidad inodoros con suciedad. –

En el mismo pasillo que conduce a los dormitorios se encuentra el “Depósito de enfermería”. En su interior hay colchones nuevos sin abrir, todos de goma espuma, artículos de higiene y medicamentos. Existe otra habitación de aproximadamente 4 mts. por 2 mts. que el personal denomina “*depósito*”, que en su interior cuenta con una cama, sábanas y frazadas. A pocos metros se encuentra un consultorio donde hay sillas, una mesa y un pizarrón. Existe otro depósito que se encontraba vacío y por último la Sala de enfermeros

que tiene cocina, televisor, baño propio, ventilador y tres matafuegos en condiciones. –

La Sala en general carece de luces de emergencias, los matafuegos que había eran únicamente tres y todos en la enfermería, no hay salidas de emergencia, todas las puertas están cerradas o sin picaportes, no hay señalización de salidas, hay falta de pintura, moscas en todos los sectores, los vidrios en su mayoría están rotos, y la instalación eléctrica es precaria. –

Por su parte, la Sala “*Agudos Mujeres*” se encuentra integrada por 25 pacientes. Allí trabajan tres psiquiatras, una trabajadora social de planta y enfermeras por turnos de 24 horas. Hay tres o cuatro camas por habitación. No se advierte superpoblación. Si bien los pisos se encontraban limpios en ese momento, como en la mayoría de los pabellones toda la infraestructura de las habitaciones es mala y se encuentra deteriorada, falta pintura y los muebles no tienen puertas. Las camas son de hierro y los elásticos de las mismas de madera entablillada. Las sábanas y cubrecamas, muy deterioradas. Los colchones son placas de goma espuma de baja densidad. Las ventanas se encuentran oxidadas en sus correderas y muy sucias. Todas las habitaciones tienen ventanas que dan al exterior, con rejas, sin cortinas, poseen dos placares que en la mayoría se encuentran vacíos o con muy poca ropa, los radiadores están empotrados y no hay ventiladores. Las conexiones eléctricas son precarias. En las habitaciones vacías se observaron placares cerrados con candado y camas armadas con colchones y sin sábanas. Observamos que en algunas habitaciones las camas se encuentran inclinadas y sin las dos patas delanteras. Los baños son múltiples, sin puertas y con duchas sin cortinas. Uno de ellos sucio y en estado deplorable, con manchas de humedad y sin ningún tipo de intimidad para las pacientes. Luego

hay una sala muy espaciosa que el personal denomina “*living*”. Sus paredes están sucias, faltan vidrios y pintura. A través de una ventana se visualiza un patio sucio con pastos altos y con colchones muy deteriorados tirados en el piso. –

Durante el recorrido se entrevistaron a las pacientes que se fueron encontrando en la habitación o en los pasillos, quienes se mostraron dispuestas al dialogo. Algunas manifestaron que la comida es muy mala, que les suministran al mediodía las sobras del día anterior y que comen polenta en días de mucho calor. Manifiestan que las levantan a las cinco de la mañana y en ese horario no tienen agua caliente. Que las atan con vendas “*cuando se brotan*”. En el día de la diligencia las pacientes comían hamburguesas con ensalada de vegetales, y dos de ellas manifestaban a viva voz que la comida había “*venido mejor*”. –

Para la realización de las entrevistas, se tomaron cinco historias clínicas de modo aleatorio. De las mismas se desprende que algunas pacientes realizan terapia ocupacional en talleres de teatro o arte (una paciente adujo hacer murales con tapitas de gaseosas) pero se advierte que es escaso el tiempo que ocupan en esas actividades. Una paciente manifestó que “*las atan cuando se brotan pero poco tiempo hasta que el brote pase*”. Señalan que la comida es abundante pero de mala calidad. La mayoría no sabe la medicación que toma. Una paciente revela que le inyectan anticonceptivos pero preguntada sobre el uso de los mismos, carecía de información general sobre la sexualidad. Algunas no saben si cobran pensión, y otras se encuentran visiblemente sobre medicadas. Como sucede en general, las pacientes no tienen consigo su DNI y la mayoría no recibe visitas.–

De la selección aleatoria de pacientes, el caso de N. B. exhibe un trato de singular gravedad. De la lectura de su historia clínica se

advirtió que el día anterior se le había indicado una medida de aislamiento. Se requirió al Director de la Sala –Sr. Sánchez- el acceso a ese lugar, quien accede a disgusto. Luego de señalar que N. es travesti, que tiene HIV, destaca que días antes habría mordido a una enfermera y ahora la profesional estaría medicada. Indicó que la paciente se encontraba en el living pero que no existía un lugar de aislamiento, aun cuando la historia clínica específicamente se refería a un “*aislamiento*”. Agrega que N. es hombre y que no tiene que estar con mujeres. Llegados al living se solicitó al Director que nos deje a solas con la paciente y se retira visiblemente molesto. En un rincón sin cama, sobre un colchón de goma espuma roto, sin sabanas y tirada en el piso, se encuentra durmiendo la paciente. El perito psiquiatra interviniente en el acto -Dr. Daniel Rodriguez- entrevista a la paciente, la ayuda a incorporarse y sentarse en una silla. N. se encontraba desalineada, sucia, se rascaba permanentemente la cabeza, apenas se entendía aquello que intentaba expresar. Presentaba una delgadez extrema, la boca inflamada y ausencia de varias piezas dentales. Señalando sus encías balbuceó que no podía comer. Se pudo advertir que estaba muy medicada. El citado perito la ayudó a recostarse. La paciente no podía sostenerse en pie (se documentó con fotografías). –

En la Sala de Recuperación Clínica (también conocida como “*Sala de Engorde*”), destinada a pacientes que además de padecer alguna afección en su salud mental requieren atención clínica, la situación es calamitosa. Al momento de la constatación, la Sala contaba con 23 pacientes que, en general, se encontraban muy deteriorados. El aseo personal es casi inexistente, la ropa con visibles agujeros y mal estado, muchos estaban descalzos. Un paciente se encontraba acostado en su cama totalmente desnudo. Luego se levantó y se dirigió hacia el baño totalmente desnudo. El personal manifestó que no hay ropa, que la ropa se manda al lavadero del

hospital, pero luego no vuelve o vuelve en menor cantidad que la enviada. Que en general la ropa de los pacientes proviene de donaciones que hace la gente. –

Durante el reconocimiento judicial efectuado a la Sala “*de Engorde*”, se pudo constatar en las habitaciones un marcado olor a orín y excremento. Hay alta presencia de moscas en todas ellas. El personal manifiesta que hay varios pacientes con incontinencia. Que la mayoría no está en condiciones de ir al baño por sus propios medios. Se les provee de papagayos y pañales. En dos de las habitaciones se pudo apreciar charcos de orín en el suelo, y en el pasillo restos de excremento que estaban siendo baldeados por personal de limpieza.-

La infraestructura de la sala es deplorable. Las paredes y techos se encuentran en mal estado, con humedad y oxido, con faltantes de mampostería. Las instalaciones son, en general, precarias. El tablero eléctrico, es muy antiguo y no dispone de ninguna medida de seguridad. Se encuentra en una pequeña habitación cerrada y todos los cables se encuentran salidos, con extremo riesgo para el personal que trabaja en la Sala, quien manifiesta que intentan no ingresar a dicha habitación por temor. Hay un solo baño, con tres inodoros y cuatro duchas. Ninguna de ellas tiene cortinas ni agua caliente. Los sanitarios se encuentran sucios, y el olor es nauseabundo. –

Si bien se trata de una Sala donde específicamente se debe brindar atención médica clínica, el personal manifestó haber faltantes de insumos básicos para su funcionamiento: guantes, jeringas, gasas, agujas, bolsas de colostomía, pañales, no hay toallas y los pacientes después de bañarse se secan con sabanas. Que solo hay tres camas ortopédicas, que son insuficientes y cuando hay algún paciente en

crisis o que tiene que dormir semisentado no se lo puede tratar adecuadamente. Que hay cuatro sillas de ruedas para pacientes, pero todas provienen de donaciones o regalos. A su vez, señalaron las enfermeras que los pacientes toman mucha medicación, y necesitan ingerir algún protector gástrico como omeprazol, pero que hay faltantes. Que había un paciente con bronquitis y no hay aspirador. Que hay varios pacientes con EPOC y el oxígeno es insuficiente. Que hay cinco pacientes con diabetes y la provisión de jeringas de insulina son insuficientes. Que en casos de extrema necesidad les solicitan a otras salas. –

Cabe agregar que la Sala no cuenta con médicos clínicos propios, sino que requiere la intervención de los médicos del CAPER, que sólo trabajan durante la mañana. La Sala cuenta con personal de enfermería las 24 horas del día y una médica psiquiatra que sólo trabaja durante la mañana y al momento de la diligencia se encontraba de vacaciones (conf. fs. 1 y su vta. del expte. 31.147 -K-). –

Por su parte, a fs. 27/31 del expte. 31.147 -G- obra la pericia de los Dres. Agustín Manuel Capurro y Pablo José María Vilela, médicos clínicos de la Asesoría Pericial, quienes se constituyeron en la Sala “*Clínica Médica de Mentales*”, en la Sala de “*Rehabilitación Clínica*” (o “*de Engorde*”) y en el Servicio “*C.A.P.E.R.*” (Consultorio de Atención Primaria en Rehabilitación). –

Con respecto a la Sala de “*Clínica Médica de Mentales*” (de atención exclusiva a internados en el nosocomio), manifiestan que allí se tratan las patologías agudas que merecen internación clínica y/o quirúrgica ajena a la salud mental (neumonías, infecciones, apendicitis, cirugías traumatológicas, etc.), como un servicio de clínica habitual. El paciente es retirado de su sala habitual, asistido allí hasta

estar en condiciones de retorno a su sala de origen, o en caso de ser necesario hay un paso intermedio por la Sala “de Engorde” para “ponerlo en condiciones” (conf. fs. 27 vta./28). En cuanto a ésta última, explican que originariamente recibía pacientes de la clínica de mentales para mejorar su condición clínica previo a su restitución a la sala de origen, atento a que aproximadamente en el año 2000 había un 30% de desnutrición por la crisis económica reinante en el país, esto es al momento de apertura de la sala. Que actualmente, luego del cierre de diversas salas, “...los enfermos remanentes son reubicados donde hay lugar y en esta situación la sala pasó a ser mixta, o sea recibe a enfermos de clínica y a enfermos mentales de las diferentes salas, perdiendo el perfil originario que tenía esta sala en referencia a lo que fuera estrictamente rehabilitación” (fs. 29). Señalan que “dentro de las patologías clínico-quirúrgicas se encuentran enfermos diabéticos, con enfermedad obstructiva pulmonar crónica (EPOC), postquirúrgicos abdominales y traumatológicos, entre otros” (fs. 29 vta.). Luego de relevar el perfil de los pacientes sostienen que la situación de la Sala resulta contraproducente y contraria a las normas médicas, puesto que “no pueden cohabitar enfermos con patologías quirúrgicas, respiratorias, etc. Con otros enfermos que tienen otros hábitos higiénico-dietéticos, entre los cuales llama la atención el tabaquismo, que se practica junto a enfermos con patologías clínicas como las descritas ut supra” (fs. 30 vta.). Acerca del “C.A.P.E.R.”, indican que se trata de un pequeño edificio donde se encuentran dos medicas generalistas, quienes manifestaron que “luego de varios reclamos recién esa semana se comenzó a construir un baño para los pacientes, ya que los mismos realizaban sus necesidades afuera entre las plantas” (fs. 31). Agregaron los médicos allí presentes que recién el día de la diligencia judicial se encontraba personal municipal en el predio realizando

tareas de desmalezamiento y corte de pasto, producto de sus reclamos por los roedores que habitualmente se encuentran “*ya que es zona endémica de hantavirus*” (fs. 31). Señalan los peritos que “*este centro es el corazón de la medicina preventiva y puramente asistencial de los enfermos desde el punto de vista médico generalista; realizando los médicos afectados a este servicio tareas de educación, prevención, promoción de la salud, control metabólico, de anticoncepción y de atención a la mujer, habiendo adherido por gestión de este centro al programa PROGEMA para control ginecológico de las internas*” (fs. 31). –

4.2. La situación del Servicio de Atención en Crisis (S.A.C.).–

El Servicio de Atención en Crisis (S.A.C.), destinado a tratar las urgencias y que efectúa –junto con la Guardia Psiquiátrica- las admisiones al Hospital Neuropsiquiátrico, no realiza una evaluación interdisciplinaria en el ingreso de los pacientes, por no contar con psicólogos ni trabajadores sociales en su planta estable. Agregó el personal que la idea del servicio es contener al paciente, se le habla y contiene, en casos extremos se los sujeta con tiras de sábana. Aclaran que no existe práctica de electrochoque. –

Se pudo constatar que el Servicio no cuenta con libro de visitas ni de novedades judiciales. Las inspecciones judiciales se informan en cada historia clínica. No llevan libros de registros contables ni del circuito de administración. No se llevan registros de stock de medicación, sustituyéndolo con una planilla donde consta la medicación que requiere cada persona y que se solicita los días martes a farmacia. En encargado de enfermería manifestó que no tiene libro de insumos, que se maneja con “*remitos*”. Por tales motivos

resulta extremadamente difícil efectuar una evaluación general respecto de la medicación que se les provee a los pacientes. –

Respecto de las condiciones de internación se observó que los pacientes se encuentran mal vestidos, uno de ellos incluso descalzo. Las habitaciones se encuentran en muy malas condiciones de higiene y presencia de moscas. El estado de conservación es deplorable, las paredes están sucias y escritas, incluso en una de las habitaciones por causa de un incendio, aún se encuentra con hollín. Las paredes están en mal estado, con humedad y falta de revoques. Los placares en su mayoría no tienen puertas, y otros poseen puertas cerradas con candado. Los baños de las habitaciones tienen grifería, aunque un paciente manifestó que el día anterior a nuestra visita habían sido puestas las griferías en uno de los baños. Los baños comunes poseen dos lavamanos, las canillas no tienen agua, incluso hay un chapón en el piso con filos a la vista. Posee tres inodoros, 2 duchas. No hay luz artificial, las conexiones eléctricas son peligrosas, los cielorrasos están caídos y la higiene es deplorable. Luego existe una habitación que es utilizada como consultorio, donde hay una camilla, una balanza y un artefacto cocina. Hay rastros de heces de roedores. Se observaron dos habitaciones cuyas puertas se encontraban soldadas con chapones y pintura fresca, a las que no se pudo tener acceso. Según los enfermeros las mismas eran habitaciones que padecían fallas de infraestructura y de mantenimiento, resultando necesaria su clausura (conf. acta de fs. 1/4 del expte. 31.147 -H-). –

El igual sentido, Lic. María de las Mercedes Utrera –perito Asistente Social- destacó en su dictamen pericial que *“El SAC junto a la Guardia de Psiquiatría son la puerta de entrada de los hombres portadores de padecimiento mental al circuito psiquiátrico. Si bien el SAC tiene como objetivo atender la crisis de los sujetos en un periodo*

no mayor a 15 o 20 días, los datos relevados permiten inferir que en la mayoría de las situaciones se excede el mes de permanencia en la sala [...] Las condiciones edilicias e higiénicas son deficientes y no se constituyen en un lugar apto y saludable para el alojamiento de personas. [...] Ninguno de los pacientes había sido entrevistado interdisciplinariamente en el ingreso ni en el SAC dado que la Sala no cuenta con un equipo de trabajo de Psicólogos, Terapistas Ocupacionales, Trabajadores Sociales, entre otros. [...] La vida en la sala se caracteriza por una colectivización normativa del cotidiano: todos comen, duermen, toman mate y son medicados a la misma hora. No hay intimidad y todos los espacios son colectivos. Conviven homogéneamente edades, patologías y situaciones muy disímiles. Mayoritariamente reciben el mismo tratamiento: ‘encierro’ y abordaje estrictamente farmacológico” (fs. 40 vta. y 41 del expte. 31.147 -H-. El subrayado se encuentra en el original). –

La perito Psicóloga Lic. Graciela M. Gardiner se expidió en términos análogos a fs. 45 vta. y 46 del expte. 31.147 -H-. –

Por su parte, la Dra. Patricia Lentini y el Dr. Jorge A. Dettbarn, peritos psiquiatras designados en autos, agregan que en el S.A.C. son internados los pacientes hombres, y luego son trasladados a las Salas “Agudos Hombres” y “Carrillo” (especializada en alcoholismo y otras adicciones) porque no existen camas de internación en otras salas. Que por ello los pacientes prolongan su estadía más allá de los 20 días. Que la mayoría de los pacientes ingresan en forma involuntaria, salvo un caso detectado al momento de la diligencia. Que hay dos pacientes sin identificación (N.N.), y dos suicidios en los últimos dos años (fs. 49). Aclaran que las mujeres que ingresan por guardia son inmediatamente trasladadas a la Sala “Agudos Mujeres” (fs. 57 vta.). Luego de la evaluación de los pacientes allí alojados, aducen que

todas las internaciones fueron involuntarias, que en ningún caso hay consentimiento informado por no encontrarse los pacientes en condiciones psíquicas de hacerlo, que todos llegaron al Hospital trasladados por personal policial, y que sólo se efectúa atención psiquiátrica y control médico clínico (fs. 57 vta. y 58). Valoran los peritos que *“Los servicios de atención en crisis tienen la responsabilidad de hacer diagnósticos rápidos pero precisos para descartar patologías médicas que puedan ser completa o parcialmente responsables de los síntomas psiquiátricos, como por ejemplo obtener estudios de laboratorio y radiológicos necesarios para descartar organicidad en los cuadros psiquiátricos”*. Para ello, *“es requisito indispensable que los servicios de atención en crisis estén dentro de un hospital general con una sala de guardia bien equipada. En este sentido, sería necesario saber cuántas camas de internación para personas con padecimiento mental se han creado en los Hospitales Generales desde que la nueva Ley de Salud Mental fue promulgada [...] Los pacientes tienden a beneficiarse de los servicios durante periodos breves, luego necesitan tratamientos menos intensivos, apoyo y rehabilitación. La duración de la estancia hospitalaria guarda relación directa con los recursos de la comunidad [psiquiátricos, sociales y económicos] que actualmente podemos decir que son escasos o nulos”*. Y concluyen que ***“...no solo por no cumplir con los requisitos mínimos de tratamiento interdisciplinario de un servicio en crisis, sino por lo indigno y deplorable del estado edilicio del mismo. Es evidente que el Servicio de Atención en Crisis del Hospital ‘Dr. A. Korn’ no se encuentra en condiciones de seguir funcionando”*** (fs. 58/59 del expte. 31.147 -H-. El resaltado y el subrayado se encuentran en el original).–

Cabe destacar que el día 29-X-2014 el actuario se apersonó en el S.A.C. a fin de efectuar una serie de entrevistas a los pacientes

allí alojados, constatando que el sector se encontraba anegado debido al gran caudal de agua que desde el techo caía en los pasillos internos, por donde transitan los pacientes, toda vez que se trataba de un día de lluvias. –

En esa oportunidad, se le entregó al actuario copia de la documentación que describe las falencias y problemáticas del sector, entre la cual obra una nota del 13-XI-2013 elevada por el entonces jefe de servicio –Dr. Eduardo Cattaneo- a la Directora Asociada de Psiquiatría –Dra. López Santi- por la que se reiteraba un pedido de reparaciones del S.A.C., efectuado el 19-VII-2012 (conf. fs. 16 del expte. 31.147 -H-). En el mismo se denunciaba: “1) *El servicio cuenta con 5 habitaciones de 2 camas con sus respectivos baños. 2) En ninguna de estas habitaciones hay lavatorio. 3) En ninguna de estas habitaciones hay duchas. 4) En el baño de la primera de estas habitaciones tampoco hay inodoro. 5) En la cuarta de estas habitaciones no hay cielorraso. 6) El baño general está clausurado por tener el cielorraso en malas condiciones y la instalación eléctrica expuesta de manera riesgosa. 7) El estado general del servicio es deplorable y las últimas adecuaciones realizadas quedaron inconclusas. 8) El servicio carece de timbre de manera que los familiares que concurren al mismo no pueden anunciarse. 9) El servicio carece de luces adecuadas. 10) Los placares en las habitaciones no se pueden usar [...]*”; y concluye “...Por lo anteriormente mencionado queda claro que la calidad de vida de los pacientes durante su permanencia en el servicio no cumple con los requisitos mínimos de dignidad, vulnerándose todos los derechos habidos y por haber. Partiendo del simple hecho de que no se pueden higienizar, sino a través de procedimientos muy voluntariosos de parte de todos. Sería conveniente que se acerque a este servicio para ver directamente estas falencias si es que las notas remitidas no son

suficientemente explicativas. En breve sacaremos fotos de las falencias mencionadas para que las archive en su registro.” (conf. fs. 16, expte. 31.147 -H-). –

Dada la gravedad de la situación, la actual jefa de sala – Emma Guano- manifestó haber solicitado el cierre del S.A.C. por las condiciones de infraestructura, y acompaña una nota del día 8-X-2014, elevada a la Directora Asociada de Psiquiatría del Hospital – Dra. Cecilia López Santi- donde la propia jefa de sala solicita el cierre del Servicio de Atención en Crisis (S.A.C.). De la misiva puede leerse que *“Hay evidencia de ratas, faltan ventanas, colchones en muy mal estado, llenos de piojos que son visibles en ropas y nosotros mismos, muy pocas almohadas y en estado deplorable, sucias y rotas, insuficiente ropa de cama que si bien se han repuesto, faltan por razones desconocidas, no hay toallas [se secan con sabanas cuando hay], se inunda en días de lluvia y rebalsan los desagües pluviales, se caen los revestimientos a pedazos etc. [...] Baños en estado de conservación incompatible con la dignidad humana [...] Si bien estamos centrados en reclamos básicos, no deben dejarse de atender otras cuestiones que afectan el bienestar en esta instancia de internación (situación de por sí estresante), como que no hay puertas, cortinas, mesas, roperos, lugares de recreación, etc... Nuestras demandas de reparación han sido reiteradas. Las respuestas nunca satisficieron los requerimientos. El hábitat de trabajo es pésimo, los recursos humanos no pueden satisfacer los requerimientos legales [sólo contamos con psiquiatras haciendo imposible las evaluaciones exigidas por ley] [...] Nadie se ha mostrado sensible a estas carencias y el tiempo pasa inexorablemente, provocando violaciones a los derechos de las personas. En síntesis, creemos que el Servicio de Atención en Crisis no se encuentra en condiciones de prestar asistencia a personas. Solicitamos que se cierre sin más, hasta poder*

generar una asistencia digna a quienes la necesiten. Así, la ley de salud mental será tomada en cuenta en la vida real y no sólo en el discurso” (conf. documento acompañado por la Jefa del S.A.C., obrante a fs. 12 del expte N° 31147-H-. El resaltado se encuentra en el original). –

La insostenible situación del S.A.C. denunciada por su propia Jefa, finalmente fue tomada en cuenta por las autoridades luego de efectuado el reconocimiento judicial de autos, toda vez que apenas transcurridos cuatro (4) días hábiles, el 3-XI-2014 el Director del Hospital -Dr. Egidio Melia- emitió la Disposición N° 1043/14 (obstante a fs. 222), mediante la cual ordena *“el cierre temporal del SAC, a partir del 3 de noviembre de 2014, por el lapso de 6 meses, fecha en la cual estarán culminadas las obras edilicias de refacción, las que resultarán en una mejora de la calidad de vida de los pacientes”* (conf. art. 1). Para así decidir, consideró inviable la continuidad del Servicio y la procedencia del cierre temporal –por seis meses- del SAC por haberse dado inicio a las obras de refacción. A esos efectos, dispuso brindar colaboración y capacitación para los servicios de los Hospitales Generales de la Región Sanitaria XI que así lo requieran, y que deban atender a personas en crisis de descompensación de su salud mental (conf. art. 2), así como también la derivación de los pacientes allí internados a otras salas. –

Sin embargo, la Jefa del SAC, manifestó ante nuestra presencia que *“...algunos pacientes no egresan de la sala porque no hay lugar en el Hospital, no tienen camas libres en otros servicios. En especial el pabellón agudos hombres y sala Carrillo”* (conf. acta de fs. 1 vta. del expte. N° 31.147 -H-). Por tal motivo, se requirió al nosocomio un informe acerca del diagnóstico de cada uno de los

pacientes que fueran trasladados y de los criterios utilizados para dichas derivaciones. –

A su vez, cabe destacar que el Director del Hospital manifestó que *“el nuevo SAC contará con mayor cantidad de personal de enfermería en actividad, ya que se incorporaron en noviembre del corriente al plantel”* (conf. parte considerativa de la Disposición N° 1043/14), lo cual se ajusta a lo manifestado por el citado funcionario respecto de personal de enfermería que se habría de incorporar al nosocomio (diez enfermeros el 1-XI-2014 y cincuenta enfermeros el 2-I-2015), de acuerdo con la propuesta para la realización de obras e incorporación de recursos humanos obrante a fs. 182 y que durante el reconocimiento judicial le fuera entregada a la actuaria (conf. constancia de recepción de fs. 191 vta.). –

5. Sentado lo expuesto, corresponde ingresar en el análisis de la pretensión cautelar, a fin de valorar si se encuentran reunidos los recaudos de procedencia de este remedio cautelar (art. 9 de la Ley 13.928 y 22 del CCA). –

5.1. Verosimilitud en el derecho. –

5.1.1. Al respecto, sin perjuicio de las pruebas periciales pendientes y otras complementarias que las partes pudieren ofrecer, el dictado de las medidas cautelares solicitadas por la actora no requieren *“mayor intensidad de debate y prueba”*, criterio que pretorianamente ha fijado la Cámara de Apelación en lo Contencioso Administrativo de La Plata, toda vez que en autos, con los elementos de convicción obtenidos de manera anticipada y que plantean un escenario de extrema gravedad, la dilación en brindar asistencia, trato digno y atención de calidad a los usuarios del sistema de salud mental

implica desatender no sólo a los más básicos deberes de la función jurisdiccional, sino a la condición humana que ostentan aquellos. –

En efecto, se ha podido constatar el perfil monovalente del Hospital “*Dr. Alejandro Korn*” de Melchor Romero, institución donde rige el viejo modelo médico psiquiátrico asilar, caracterizado por el encierro y la medicalización del paciente, que en la mayoría de los casos coincide con situaciones de pobreza y exclusión social, que el mismo sistema propicia al sostener el desarraigo de la comunidad a los usuarios, a través de internaciones que los privan de su libertad por años, o incluso de por vida. –

Asimismo, como fuera ya expuesto, se han verificado gran parte de las denuncias efectuadas por la accionante en autos, a saber: falta de atención médica apropiada, con registros clínicos que no contienen los datos mínimos requeridos por la Ley 26.657 y la Ley 26.529; ausencia de procesos de rehabilitación o que tiendan a la promoción y restitución de los lazos sociales afuera del manicomio; relaciones asimétricas entre profesionales y personas internadas; situación de abandono de estas últimas; inexistencia de privacidad que favorezca la preservación o construcción de vínculos al interior de la institución manicomial; deficiencia de controles externos eficaces que garanticen sus derechos, en particular de la intervención judicial sobre las internaciones en los términos previstos por la Ley 26.657; prácticas que pueden constituir trato cruel, inhumano o degradante, como la sujeción física (ataduras); el aislamiento y el uso abusivo de la medicación con fines de control social; condiciones inhumanas de encierro; estructuras edilicias deficitarias que no guardan las mínimas condiciones de seguridad e higiene -riesgosas para la salud y la vida de las personas -, y que no respetan mínimos requerimientos de privacidad, comodidad y trato personalizado. –

En suma, en el manicomio se hallan presentes una serie de condiciones que la parte actora ha caracterizado como un “*depósito de personas*”.—

Al respecto, el destacado sociólogo Loïc Wacquant, ha señalado con acierto que la “*medicalización*”, junto a la “*socialización*” y la “*punición*”, constituyen las principales estrategias de las sociedades occidentales para tratar las condiciones y las conductas que consideran indeseables, ofensivas o amenazantes. Particularmente, ha señalado que “*La total hegemonía del pensamiento de la ley y el orden en ambos lados del Atlántico, oculta el hecho de que las sociedades contemporáneas cuentan con, por lo menos, tres estrategias principales para tratar las condiciones y las conductas que consideran indeseables ofensivas o amenazantes. La primera consiste en socializarlas, es decir, actuar en el nivel de las estructuras y los mecanismos colectivos que las producen y reproducen: por ejemplo, para hacer frente al aumento continuo del número visible de personas ‘sin techo’ que ‘manchan’ el paisaje urbano, se construyen o se subsidian viviendas o se les ofrece un empleo o unos ingresos que les permitirían conseguir una vivienda en el mercado de los alquileres. Ese camino implica [re]afirmar la responsabilidad y [re]construir las capacidades del Estado Social para abordar los desplazamientos urbanos permanentes o emergentes. La segunda estrategia es la medicalización: se trata de considerar que una persona vive en la calle porque es alcohólica, drogadicta o sufre de deficiencias mentales y, por lo tanto, se busca una solución médica a un problema que se define, desde el inicio, como una patología individual que deben tratar los profesionales de la salud. La tercera estrategia es la penalización: en éste caso no se trata de comprender una situación de sufrimiento individual ni de contrarrestar una falencia social; el nómada urbano es categorizado como un delincuente (a través de ordenanzas*

municipales que declaran ilegales las acciones de mendigar o de estar tendido en la calle, por ejemplo) y tratado como tal; deja de pertenecer a los 'sin techo' apenas se le coloca tras las rejas. La 'construcción legal de la situación de quien no tiene hogar como instinto de supervivencia' socava sus derechos, lo reduce a un no ciudadano y facilita su enjuiciamiento penal. La penalización funciona como una técnica para la invisibilización de los 'problemas' sociales que el Estado, como palanca burocrática de la voluntad colectiva, ya no puede o no quiere tratar desde sus causas, y la cárcel actúa como un contenedor judicial donde se arrojan los desechos humanos de la sociedad de mercado.

En la medida en que han desarrollado la necesaria capacidad organizativa e ideológica, los países avanzados pueden aplicar estas tres estrategias en combinaciones distintas y para condiciones diversas. Además, existe una interrelación entre esas tres modalidades de trato estatal para situaciones deplorables, donde la medicalización se suele utilizar como un conducto para la criminalización en el nivel más bajo de la estructura de clases, pues introduce una lógica de tratamiento individual [...]

Es fundamental que esas elecciones se hagan con pleno conocimiento de las causas y las consecuencias, a medio y largo plazo, de las opciones ofrecidas. El más craso error científico y cívico consiste en creer y hacer que la gente crea, como afirma el discurso hipersecuritarista que hoy satura los campos políticos y periodísticos, que la policía y la cárcel son la solución óptima, el camino real para la restauración del orden sociomoral en la ciudad, si no el único medio de garantizar la 'seguridad' pública, y que no tenemos más alternativa para contener las perturbaciones sociales y mentales inducidas por la fragmentación de la mano de obra y la polarización del espacio

urbano" (Wacquant, Loïc. *Castigar a los pobres. El gobierno neoliberal de la inseguridad social*, Ed. Gedisa, Barcelona, 2010, págs. 24-27). –

En este contexto, el Hospital Neuropsiquiátrico “*Dr. Alejandro Korn*” responde al modelo imperante propio de la época de su construcción (fue fundado bajo el nombre de “Melchor Romero” el 23 de abril de 1884), y por ende es consecuencia lógica de un sistema de control que desubjetiva y que desconoce el derecho de toda persona al reconocimiento de su personalidad jurídica (conf. art. 3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), siendo inexistente el abordaje del paciente mental desde una perspectiva de derechos humanos, y que violenta de manera sistemática a los derechos que se le reconocen en las leyes, tal como fuera extensamente tratado en la causa “*Colectivo de Investigaciones y Acción Jurídica s/ Amparo*” (N° 25.565, sent. del 13-III-2014), de éste Juzgado a mi cargo. –

En efecto, los derechos que dan sustento a la petición cautelar se encuentran garantizados por las obligaciones que recaen sobre la Provincia de Buenos Aires, de respetar y hacer respetar las normas de protección y de asegurar la efectividad del derecho a la salud mental y a la integridad psíquica reconocidas en diversos instrumentos internacionales (arts. 1.1, 2, 5.1 y 26 de la CADH, con el alcance dispuesto en el art. 10 de su Protocolo Adicional I –Protocolo San Salvador-, art. XI de la DADDH, art. 12 incs. 1 y 2 del PIDESC, art. 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 17 de la CDPD, arts. 14 bis, 33, 42, 75 incs. 22 y 23 de la Constitución nacional; arts. 12 inc. 3º y 36 inc. 8 de la Constitución provincial). –

De acuerdo con ello, se ha reafirmado el derecho a la preservación de la salud, expresando que existe en cabeza de las autoridades públicas una obligación impostergable de garantizarlos con acciones positivas (arts. 42 y 75 inc. 22 y 23 de la Constitución

nacional y 36 inc. 8º de la Constitución provincial; conf. Fallos 321:1684, 323:3229; SCBA, doctr. causas B. 64.393, “Falcón”, sent. del 2-III-2005; B. 65.893, “D.R.O”, sent. del 17-X-2007, entre otras). –

En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, la Constitución Local “...*garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxico-dependientes [...]*” (art. 36 inc. 8), así como también consagra el derecho de las personas con discapacidad a una protección integral, garantizando de manera expresa “*la rehabilitación, educación y capacitación en establecimientos especiales*”, así como la promoción de la “*inserción social, laboral y la toma de conciencia respecto de los deberes de solidaridad*” para con quienes la padecieran (conf. art. 36 incisos 5 y 8 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires). –

Por su parte, la Ley 26.529 -sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud-, reconoce los derechos fundamentales del paciente, entre otros, a ser asistido sin discriminación alguna, al trato digno y respetuoso, al respeto a sus convicciones personales, a su intimidad y a la autonomía de su voluntad. –

En el campo específico de la salud mental, la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ratificada por Ley 26.378); la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Ley 25.280), la Ley 26.657 de Salud Mental, a la cual adhirió la Provincia con la

sanción de la Ley 14.580, han producido un cambio de paradigma en el ordenamiento jurídico argentino. –

Frente aquel sistema de la incapacidad absoluta de obrar con sustitución de la persona por la de su curador, actualmente se reconoce el ejercicio de la capacidad como regla, debiendo establecerse un sistema de apoyos y salvaguardias que permitan, a quienes estén afectados por estos padecimientos, el ejercicio de esa capacidad jurídica en iguales condiciones que los demás. Se reemplaza el modelo de sustitución de voluntad del “*incapaz*” por la recuperación de su poder de decisión -en la medida de sus posibilidades- sobre su propia persona y bienes. Asimismo, se ingresa en un proceso de abandono del sistema manicomial y su sustitución por dispositivos comunitarios de atención a la salud mental, que según el Decreto 603/13 -reglamentario de la Ley 26.657- debe encontrarse finalizado para el año 2020 (conf. su art. 27) de acuerdo con el llamado “*Consenso de Panamá*” adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental celebrada en esa ciudad el 8-X-2010. A esos efectos, el citado art. 27 dispone que las jurisdicciones que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. –

En el caso de la institución de autos, el mandato legal ha sido recogido mediante el “PLAN DE TRABAJO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA PARA LA READECUACION DEL HOSPITAL DR. ALEJANDRO KORN A LA LEY NACIONAL 26657 – LEY PROVINCIAL 14580”, elaborado en septiembre de 2014 por la Directora Asociada de Psiquiatría del nosocomio –Dra. Cecilia López Santi-, obrante a fs.158/181 y que fuera entregado por el Director del

Hospital -Dr. Melia- a la actuaria durante el reconocimiento judicial efectuado en autos (conf. constancia de recepción de fs. 191 vta.). –

Sin embargo, la decisión de incorporar sesenta (60) enfermeros, muchos de los cuales serán destinados al S.A.C., que según las autoridades estará funcionando y hecho “*a nuevo*” en el término de seis (6) meses, aparece como una medida regresiva y contraria no sólo a las metas que establece la Ley 26.657, sino también al propio “*Plan de Trabajo*”. –

El documento señala que el “*Plan de Trabajo*” se propone asegurar el pleno ejercicio de los derechos referidos a la protección de la salud mental de las personas alojadas en el Hospital Alejandro Korn y de aquellos usuarios asistidos en comunidad, “*adecuando los abordajes al paradigma de los derechos humanos inserto en las normativas vigentes en el marco de la salud mental comunitaria*” (conf. fs. 159). Entre sus objetivos, apunta a “*la construcción colectiva de una salud integral donde prevalezca el derecho a la mejor atención disponible, trato digno, respetuoso y equitativo, acorde a los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes respetando la gratuidad, accesibilidad y territorialidad*”, y considerando a la salud mental “*como parte integrante de las políticas y la red de salud, asumiendo como necesarias la integralidad, la intersectorialidad y la interdisciplina en el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados comunitarios*” (conf. fs. 159). –

Con ese sentido, el “*Plan de Trabajo*” prevé como una de sus líneas de acción el traslado de los equipos de admisión del S.A.C. a los hospitales generales (conf. fs. 174). Ahora bien, la inexistencia -en el citado documento- de plazos para avanzar sobre el cierre de ese dispositivo con un plan sustentable para cada uno de los pacientes, junto con las medidas regresivas que se habrán de adoptar en la

institución mediante la contratación de personal de enfermería, exhiben una construcción de políticas centradas en la esfera retórica o discursiva (tal como lo expresara la propia Jefa del S.A.C.), pero que luego no tendrán la capacidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes que allí reciban atención en salud mental. –

De tal modo, queda claro que las mejoras edilicias del S.A.C., si bien imprescindibles para disponer la internación de personas, no brinda una adecuada solución a la problemática planteada, que se vincula con las lógicas de intervención. La respuesta manicomial de dotar con sesenta (60) enfermeros al Hospital monovalente, no satisface ningún estándar vigente en materia de salud mental en la medida en que no haya un equipo interdisciplinario que evalúe las admisiones en cada caso, y proyecte un plan de externación desde el mismo momento en que el paciente ingresa a la institución. En definitiva, la falta de implementación de un plan sustentable respecto de los usuarios del S.A.C., determina la imposibilidad de brindar una atención de calidad en salud mental. –

5.1.2. Intervención de la Dirección Asociada de Psiquiatría.–

A tenor de los fundamentos expuestos precedentemente, estimo adecuado y proporcionado a los derechos que se desean preservar, disponer con carácter cautelar, la intervención judicial de la Dirección Asociada de Psiquiatría del Hospital “*Dr. Alejandro Korn*” de Melchor Romero, por resultar la única medida susceptible de lograr el cese progresivo de las violaciones verificadas en la causa y el establecimiento de controles eficaces que garanticen los derechos en juego, que reclaman protección, con independencia de lo requerido por las partes, en función del orden público consagrado por la Ley Nacional de Salud Mental (art. 45), de modo tal que los servicios y

efectores de salud, sean éstos públicos o privados y cualquiera sea la forma jurídica que tengan, adecuen sus prácticas a los principios establecidos por ella (art. 6). No es ocioso aclarar –como bien apunta la actora- que el diferimiento temporal establecido por la Ley 14.580, no obsta a la vigencia de los citados derechos, que conservan su operatividad, conforme lo dispone su art. 3 in fine. –

Con relación al objeto de la pretensión cautelar, cabe destacar que la parte actora no solicita una clásica intervención judicial, sino una específica que contemple las particularidades del caso, a saber, la conformación de una mesa interministerial y con participación de organizaciones de la sociedad civil abocadas a la promoción de la salud mental, que informen y propongan al infrascripto las acciones más eficaces para evitar la violación a los derechos de las personas allí internadas. –

Sobre el particular, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) establece en su art. 33 -incisos 2 y 3- que *“2. Los Estados Partes, de conformidad con sus sistemas jurídicos y administrativos, mantendrán, reforzarán, designarán o establecerán, a nivel nacional, un marco, que constará de uno o varios mecanismos independientes, para promover, proteger y supervisar la aplicación de la presente Convención. Cuando designen o establezcan esos mecanismos, los Estados Partes tendrán en cuenta los principios relativos a la condición jurídica y el funcionamiento de las instituciones nacionales de protección y promoción de los derechos humanos. 3. La sociedad civil, y en particular las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, estarán integradas y participarán plenamente en todos los niveles del proceso de seguimiento”*. –

Cabe recordar a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, al advertir sobre la necesidad de ejercer *“una estricta vigilancia”* sobre los establecimientos psiquiátricos. Expresó, al respecto, que *“Los Estados tienen el deber de supervisar y garantizar que en toda institución psiquiátrica, pública o privada, sea preservado el derecho de los pacientes de recibir un tratamiento digno, humano y profesional, y de ser protegidos contra la explotación, el abuso y la degradación”* (Corte IDH. *Caso XimenesLopes vs. Brasil*, sent. del 6-VII-2006, Serie C, N° 149, párr. 108). Para así decidir, consideró el *“desequilibrio intrínseco de poder”* entre las personas internadas en los entornos institucionales y aquellas que tienen la autoridad o están encargadas de su cuidado, y que se multiplica muchas veces en las instituciones psiquiátricas. *“La tortura y otras formas de trato cruel, inhumano o degradante, cuando infligidas a esas personas afectan su integridad psíquica, física y moral, suponen una afrenta para su dignidad y restringen gravemente su autonomía, lo cual podría tener como consecuencia agravar la enfermedad”* (Idem. Párr. 107). –

El art. 33 -incs. 2 y 3- de la CDPD exige el establecimiento de un mecanismo de control y supervisión que posea una composición plural, con participación de sectores la sociedad civil, y que garantice su independencia en el desempeño de sus funciones. El estándar fue receptado por la Ley 26.657, con la creación de un Órgano de Revisión multidisciplinario, *“...integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos”* (conf. art. 39). –

Sin embargo, la Ley 14.580 no prevé ningún mecanismo de control independiente, toda vez que los arts. 4 y 6 confieren al propio Ministerio de Salud el monitoreo periódico sobre los servicios de salud, así como el desarrollo de los estándares a partir de los cuales dichos controles deberán realizarse. A su vez, el art. 7 encomienda al Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires a realizar *“un [1] relevamiento anual, donde se evidenciará la situación de la protección de la salud mental en la Provincia”*, a cuyo fin deberá elaborar un informe que *“deberá ser presentado ante el plenario de las Comisiones de Salud de ambas Cámaras Legislativas”*. –

En contraposición a ello, resulta fundamental para un mecanismo o entidad del Estado que cumpla con esta labor de seguimiento y vigilancia, la independencia en el ejercicio de sus funciones. Y sin perjuicio de que el Ministerio de Salud se encuentra habilitado a efectuar tantos controles internos como crea correspondiente respecto de los cometidos que tiene a su cargo, se advierte que la Ley Provincial de adhesión a la Ley 26.657 omite el establecimiento de un mecanismo de éste tipo, a la manera que, en cumplimiento del art. 33 de la citada Convención, lo hace la Ley Nacional, de modo de evitar que el organismo público sea *“juez y parte”* de las funciones que realiza. –

Por consiguiente, encauzar esta exigencia mediante la vía cautelar aparece como una respuesta adecuada y proporcionada a los intereses que se pretenden tutelar en el proceso. Ello así, en función de lo dispuesto por el art. 9 de la Ley 13.928 y 222 inc. 2 del CPCC, en tanto habilita a disponer la intervención judicial siempre que las acciones u omisiones de una entidad pusieren en peligro el normal desarrollo de sus actividades, de modo que, conforme a las particularidades de la causa, se habrá de ordenar la conformación de

un cuerpo colegiado, que si bien no sustituirá a las autoridades del nosocomio en sus funciones de gobierno, tendrá las facultades que por la presente se le reconocen, vinculadas principalmente a tareas de fiscalización, diagnóstico y propuestas de modificaciones al funcionamiento de la institución en cuestión. –

Medidas de éste carácter, vale aclarar, se hallan fundadas en la naturaleza de los derechos involucrados y en la necesidad de garantizar la continuidad del funcionamiento del órgano afectado, que motivan –como en el caso- litigios de interés público, entre cuyas notas características la doctrina ha destacado: “a) *el activismo procedimental y la dilatación de los poderes del juez, tanto en el comando y dirección del trámite, cuanto a la instrucción probatoria y aun a los alcances de la decisión; b) el método dialogal impulsado por el tribunal, que arbitra en un marco de amplia transparencia de los procedimientos, en el que ‘expone’ a las partes -habitualmente entidades de la sociedad civil, públicas, corporativas- comprometiéndolas en la búsqueda de soluciones consensuadas. Diálogo público que se enriquece con la eventual intervención de terceros, amicuscuriae; c) la singularidad de la decisión, conformada por sucesivos pronunciamientos que se proyectan hacia el futuro, asumiendo una función ‘remedial’, tendiente a la modificación ‘estructural’ de las organizaciones burocráticas involucradas y, de ese modo, lograr la satisfacción en concreto de los derechos fundamentales involucrados; d) el cumplimiento o la ejecución pasa a constituirse en una etapa de continua relación entre el tribunal y las partes, anudándose un vínculo de supervisión a largo plazo de instrucciones fijadas en términos más o menos generales” (Lorenzetti Ricardo Luís. *La justicia colectiva*, Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 2010, págs. 185-186, citado por Berizonce, Roberto O. “Conflictos ambientales de interés público y principios procesales”, La Ley, DJ del*

14-IX-2011, 13). De tal modo -concluye Berizonce- se articula una verdadera justicia de “*acompañamiento*”, un modelo en el que el juez actúa, en esencia, como gestor, controlador, garante, y aún, ejecutor del interés público comprometido en la protección del derecho de que se trate (Berizonce, Roberto O. “Conflictos ambientales...”, ya citado. Véase también, del mismo autor, “El activismo de los jueces”, La Ley 1990-E, 920). –

En el caso de la creación de cuerpos colegiados que efectúan un control y seguimiento de las acciones de las entidades afectadas por la intervención, existen precedentes judiciales de relevancia (conf. CSJN, causa “*Mendoza, Beatriz Silvia*”, sent. del 8-VII-2008; y Cám. Nac. Apel. Cont. Adm. Fed., Sala IV, causa “*Viceconte, Mariela*”, sent. del 2-VI-1998). En la primera de las citadas causas, la Corte Federal recordó a los jueces su obligación de tomar un rol activo y desplegar una particular energía para hacer efectivo el mandato constitucional dirigido a la protección de los derechos de incidencia colectiva o pertenecientes a la esfera social (Fallos 329:2316, “*Mendoza, Beatriz Silvia y otros*”, sent. del 20-VI-2006, consid. 18 in fine), en cuyos casos “*...se presenta una revalorización de las atribuciones del tribunal al contar con poderes que exceden la tradicional versión del juez espectador, y que un examen cerradamente literal de las normas rituales previstas para el clásico proceso adversarial de índole intersubjetivo sería frustratorio de los intereses superiores en juego*” (Fallos 329:3493, “*Asociaciones de Superficiarios de la Patagonia*”, sent. del 29-VIII-2006, consid. 23), de manera tal que los magistrados posean los poderes necesarios para poder cooperar activamente en la satisfacción del interés público que está en juego en el proceso, todo lo cual confiere un preciso sentido a las facultades ordenatorias e instructorias establecidas en el art. 36 incs. 1 y 2 del CPCC, y en el art. 25 de la Ley 13.928. –

Desde esta perspectiva, corresponde decidir acerca de la integración y las atribuciones del cuerpo colegiado de control que intervendrá el Hospital “*Dr. Alejandro Korn*”. –

En éste aspecto, y a efectos garantizar la eficacia de dichos controles, estimo conveniente el dictado de una medida cautelar distinta a la peticionada (conf. art. 204 del CPCC), toda vez que, en atención a la gravedad de la situación constatada en autos, conferir el control a la misma autoridad que lo detenta actualmente, constituye un contrasentido y una medida de dudosa utilidad, motivo por el cual, se habrá de designar con carácter de interventores judiciales, a un equipo interdisciplinario de profesionales con incumbencias en las áreas de medicina clínica, psiquiatría, psicología y trabajo social, los cuales serán seleccionados de un listado que al efecto habrá de requerirse a los respectivos Colegios Profesionales y Facultades pertenecientes a la Universidad Nacional de La Plata. -

A efectos del desarrollo de sus funciones, los interventores judiciales que se habrán de designar en autos, deberán conformar un cuerpo colegiado, con atribuciones de asesoramiento y colaboración, integrado por la parte actora y las diversas carteras ministeriales que intervienen en el campo de la salud mental, tales como el Ministerio de Salud, la Secretaría de Derechos Humanos, la Dirección General de Cultura y Educación, el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. Con respecto al Ministerio de Salud, podrá incluir la participación de las instituciones que –como la Organización Panamericana de la Salud (OPS)- integran el Convenio de Cooperación “*para brindar apoyo en el proceso de adecuación, sustitución y cierre del Hospital monovalente*”, conforme lo expresa el denominado “*PLAN DE TRABAJO DE SALUD*”

MENTAL COMUNITARIA PARA LA READECUACION DEL HOSPITAL DR. ALEJANDRO KORN' (conf. fs. 178). –

Al respecto, es indudable que el carácter interministerial deriva de los propios lineamientos que impone la Ley Nacional de Salud Mental, por la interdisciplinariedad, la integración del órgano de revisión y la comisión interministerial. Por su parte, la intersectorialidad es correlato de la participación que la Ley Nacional le otorga a diversos actores de la sociedad civil en la implementación de las políticas de adecuación a los estándares de la Ley Nacional de Salud Mental (arts. 11, 36, 39 y 40 de la Ley 26.657 y 5 y 6 de la Ley 14.580). –

De acuerdo con ello, se habrá de invitar al Defensor del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires a participar en los términos del art. 55 de la Constitución Local, como así también a las asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud y a las organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos, que demuestren interés relevante en la temática involucrada. –

Por otra parte, no puede soslayarse la especificidad de la temática que se ventila en autos, cuya resolución requiere de elementos cognoscitivos propios de la experiencia en el territorio que - en principio- resultan ajenos a la labor judicial cotidiana. En razón de ello, y en ejercicio de facultades instructorias y ordenatorias, corresponde invitar al Órgano Revisor creado por la Ley Nacional de Salud Mental, para que tome intervención mediante la actuación de sus profesionales, que cuentan con antecedentes y conocimientos necesarios y apropiados respecto de la temática involucrada, teniendo en cuenta la inexistencia -en la Provincia de Buenos Aires- de un organismo de control específico en materia de salud mental, y que el organismo nacional cuenta con facultades vinculadas al control del

cumplimiento de la Ley en instituciones públicas y privadas, como así también, requerir la intervención judicial en caso de constatarse irregularidades (arts. 40 incs b, f y k de la Ley 26.657). Todo ello en el marco de la cooperación y asesoramiento técnico que debe existir entre las autoridades nacionales y provinciales respectivas (arts. 40 inc. j y 41 de la Ley 26.657). –

El cuerpo colegiado que se habrá de conformar a partir del dictado de la presente, deberá ejercer todos los controles que resulten necesarios para proteger los derechos humanos de los pacientes alojados en la Dirección Asociada de Psiquiatría del Hospital “Alejandro Korn” de Melchor Romero, y proponer ante esta sede todas aquellas medidas tendientes a sustituir el dispositivo monovalente que actualmente existe en dicho nosocomio, por dispositivos de salud mental comunitarios que permitan incluir en la sociedad a las personas que se encuentran allí internadas. –

A esos efectos, entre otras acciones que sean necesarias para el cumplimiento de sus objetivos, serán facultades propias de los interventores judiciales: -

a) Realizar visitas periódicas en el Hospital intervenido para constatar las condiciones de internación en que se encuentren las personas allí alojadas. A tales efectos, podrán requerir toda la documentación necesaria para el cumplimiento de sus funciones. -

b) Requerir el control de los magistrados competentes en cada caso, en todas las internaciones, cuya revisión se considere necesaria. –

c) Realizar un diagnóstico general de la situación en la que se encuentran las personas internadas en el citado establecimiento.-

d) Requerir la adopción de todas aquellas medidas necesarias tendientes a hacer cesar las graves violaciones que se denuncian en autos, y a garantizar el cumplimiento de los derechos reconocidos por las Leyes 26.529 y 26.657. –

e) Adoptar un plan de acción dirigido a la efectiva implementación del proceso de desinstitucionalización que deriva de la Ley Nacional de Salud Mental.–

f) Presentar ante esta sede, un informe trimestral acerca del resultado de su gestión. -

6. Peligro en la demora. –

6.1. Para el dictado de esta clase de medidas resulta suficiente un temor fundado en la posibilidad de sufrir un perjuicio inminente, pues ello configura un interés jurídicamente tutelado que justifica el adelanto jurisdiccional. El requisito *sub-exámine* se vincula con el daño, pero atento al carácter preventivo de las medidas cautelares, el CCA no requiere su producción, sino su eventualidad, es decir, la posibilidad de su existencia. –

6.2. En el supuesto de autos, es dable considerar que los derechos afectados (vinculados a las personas con padecimientos en su salud mental) no admiten demoras en las decisiones que propendan a su tutela dado que -en definitiva- los perjuicios podrían tornarse de difícil o imposible reparación ulterior (v. Vallefin, C. *Protección Cautelar Frente al Estado*, LexisNexis, 2002, pág. 70). –

6.3. Sin perjuicio de ello, corresponde destacar que los recaudos exigidos para la admisión de medidas cautelares no son independientes, sino que, su interrelación ha llevado a concluir que cuando mayor sea la presencia de uno, menor será la exigencia respecto del otro (confr. Morello-Vallefin, *El Amparo - Régimen*

Procesal, Ed. LEP, 1998, Pág. 165 y ss.). –

6.4. Que el citado recaudo, por tanto, se encuentra configurado en el caso de autos toda vez que, las personas con discapacidad psicosocial internadas en el Hospital “*Dr. Alejandro Korn*” se encontrarían actualmente con graves afectaciones a sus derechos constitucionales, situación que indudablemente requiere de un pronto remedio, o dicho en términos constitucionales, una rápida “*acción positiva*” que le asegure la vigencia de los derechos de los pacientes, dentro de la garantía constitucional a una “*tutela judicial continua y efectiva*” (arts. 15 Const. prov. y 9 de la Ley 13.928). –

6.5. En igual sentido, la Corte Suprema ha afirmado que: “*es de la esencia de las medidas cautelares innovativas enfocar sus proyecciones -en tanto dure el litigio- sobre el fondo de la controversia, ya sea para impedir un acto o para llevarlo a cabo. Tales medidas están orientadas a evitar la producción de perjuicios que se podrían producir en caso de inactividad del magistrado, tornándose de muy dificultosa o imposible reparación en la oportunidad del pronunciamiento de la sentencia definitiva*” (CSJN, “*Camacho Acosta*”, Fallos 320-1633). –

7. No afectación del interés público. –

No se advierte “*prima facie*” que la medida cautelar peticionada pueda producir una grave afectación al interés público. –

Como he señalado desde hace tiempo en diversas oportunidades, la mera inobservancia del orden legal, por parte de la administración, vulnera el interés público determinado por el pleno sometimiento de la misma al ordenamiento jurídico, como postulado básico del Estado de Derecho (Conf. Causas N° 7156, “*MANTENIMIENTOS DEL SUR S.R.L.*”, res. del 8-VII-2005; N° 2873, “*CLUB NAUTICO HACOAJ*”, res del 25-X-2006; N° 11004, “*SAVAFAMA S.A.*”, res. del 8-V-2006; N° 12443, “*ABDALA*”, res. del 7-

V-2007, entre muchas otras). –

A mayor abundamiento, la intervención judicial no altera sino que resalta la necesidad de cumplir acabadamente con los intereses comprometidos en autos, los cuales -en cualquier caso- consisten en garantizar una atención de calidad en materia de salud mental. –

8. Contracautela. –

En función de lo expuesto, las particulares circunstancias de autos y la incidencia colectiva de la medida cautelar, entiendo que no corresponde exigir a los peticionarios prestar caución alguna (art. 24 del CCA y 200 del CPCC). –

Por los fundamentos expuestos y las normas citadas; -

RESUELVO:-

1. Hacer lugar a la medida cautelar solicitada por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), disponiendo la intervención judicial de la Dirección Asociada de Psiquiatría del Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos “*Dr. Alejandro Korn*” de Melchor Romero, a través de la designación de un equipo interdisciplinario de profesionales, de acuerdo con la integración y las facultades establecidas en el apartado 5.1.2. del presente despacho cautelar. Los gastos que irrogue dicha intervención, se encontrarán a cargo de la demandada, conforme a las liquidaciones que se aprueben oportunamente. –

2. Requerir a los Colegios de Médicos, de Psicólogos y de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires y a las Facultades de Medicina, Psicología y Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata, la elaboración en el plazo de **diez (10) días hábiles**, de un listado de profesionales con incumbencias en las áreas de medicina clínica, psiquiatría, psicología y trabajo social, que reúnan condiciones de idoneidad y disponibilidad para el cumplimiento de la presente medida. –

3. Comunicar la presente medida al Ministerio de Salud, a la Secretaría de Derechos Humanos, a la Dirección General de Cultura y Educación, al Ministerio de Desarrollo Social, al Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, al Defensor del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires, y al Órgano de Revisión Nacional creado por la Ley 26.657 a efectos de integrar el cuerpo colegiado que habrá de colaborar con la intervención judicial aquí dispuesta, conforme lo expresado en el apartado 5.1.2. -

4. Ordenar al Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires, la inmediata adopción de todas aquellas medidas que estime necesarias para reestablecer la vigencia de los derechos de todos los pacientes internados en el citado nosocomio, que se encuentran reconocidos en las Leyes 26.529 y 26.657 y cuya vulneración se ha constatado en estos autos. -

5. Dar vista a la Asesora de Incapaces. –

REGISTRESE. Notifíquese por cédula a la Fiscalía de Estado con copias y con habilitación de días y horas y carácter urgente y líbrense los oficios respectivos por Secretaría (arts. 135 inc. 5 y 153 CPCC.). –

LUIS FEDERICO ARIAS
Juez
Juz.Cont.Adm.Nº1
Dto.Jud.La Plata