

Salud mental. Sujeciones físicas.

TEDH. *Case of Lavorgna v. Italy*, 7 de noviembre de 2024

Por Facundo Capurro Robles y Gabriela Spinelli***

El tema no es curar, eliminar o cerrar nuestras heridas.

Se trata de habitarlas de otro modo.

El poder terapéutico reduce las crisis a patologías,

tramitables con medicamentos o terapias;

pero se trata de vivencias ambiguas que nos debemos

reapropiar para liberarnos de nosotros mismos.

Emiliano Exposto

1. Introducción

En el presente comentario abordaremos la sentencia del TEDH, donde se analiza la legitimidad del uso de sujeciones físicas respecto de una persona con discapacidad psicosocial. El caso resulta particularmente relevante para echar luz sobre la persistencia de dicha práctica en las instituciones de salud mental.

* Abogado (UBA). Magíster en Estudios Legales Internacionales (American University). Docente de Derechos Humanos y Garantías (UBA) y de posgrado (UNPAZ y UNLa). Se desempeña como funcionario de la Procuración General de la Nación.

** Abogada (UBA) y maestranda en Diseño de Políticas y Programas Sociales (FLACSO). Posgraduada en Determinantes Sociales de la Salud Mental (UBA). Se desempeña como funcionaria de la Defensoría General de la Nación.

Primeramente, examinaremos los fundamentos de la decisión del tribunal. Sobre esa base, analizaremos el marco jurídico internacional de dichas prácticas; luego su proyección en nuestro país. Finalmente, realizaremos algunas reflexiones vinculadas especialmente a la necesidad de avanzar en la reforma del sistema de salud mental desde un enfoque basado en los derechos humanos.

No obstante, debemos adelantar que existe un fuerte consenso tanto en la regulación jurídica internacional, en los movimientos de personas usuarias de los servicios de salud mental y en la posición de los organismos internacionales, en cuanto a que la recurrencia a prácticas coercitivas se encuentra estrechamente ligada a la persistencia de un modelo manicomial y la falta de una organización de un sistema de atención basado en la comunidad, centrado en la persona y con enfoque de derechos humanos.

2. La decisión del TEDH

Matteo Lavorgna es una persona con discapacidad psicosocial que ingresó como paciente voluntario al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) del Hospital Santa Maria delle Stelle, en Melzo, Italia. En ocasión de recibir la visita de sus padres, el día 7 de octubre del 2014 solicitó su alta hospitalaria. Los profesionales del hospital negaron esa petición con el argumento de que las causas que determinaron su ingreso aún no habían sido abordadas. En particular, le manifestaron que debían esperar los resultados de su terapia farmacológica y que debía permanecer internado por cuatro días más. Según los registros médicos, Lavorgna reaccionó ante esa noticia con agresiones físicas, primero contra su padre y posteriormente contra su madre y el médico jefe. El personal sanitario decidió aplicar sujeciones físicas y transformar su internación en involuntaria.

Las medidas de sujeción se prolongaron por el lapso de ocho días. Un día antes de que se cumpliera dicho plazo, dos psiquiatras tratantes presentaron una nota de “peligro social” ante las autoridades y destacaron que el cuadro clínico del solicitante revelaba una falta de análisis crítico sobre sus acciones y sobre la gravedad del incidente, por lo que era imperiosa la sujeción física y que continúe la observación clínica “en un contexto más adecuado”. Finalmente, el Sr. Lavorgna recibió el alta y fue derivado a otro hospital, a cuyo ingreso se lo describió como aparentemente sedado (TEDH, 2024: párrs. 5-16).¹

El TEDH encontró a la República de Italia responsable por haber violado el artículo 3 del CEDH, tanto en su aspecto sustantivo como procedimental. En primer término, sostuvo que si bien la imposición inicial de contenciones mecánicas pudo haber estado justificada por la posibilidad de que el peticionante causara un daño a sí o a terceros, no se había demostrado que la continuidad de la medida por un período extraordinariamente prolongado fuera estrictamente necesaria ni respetara su dignidad. A su vez, determinó que las autoridades omitieron abordar aspectos cruciales en la investigación penal por presuntos malos tratos, la cual tampoco se llevó a cabo con la celeridad que el caso ameritaba.

¹ El Sr. Lavorgna fue diagnosticado con trastorno psicótico no especificado. Previo a su ingreso al SPDC, había sufrido otras hospitalizaciones.

En la delimitación del marco legal interno aplicable, como parámetros más relevantes, el TEDH tuvo en cuenta, por un lado, las disposiciones del Código Penal italiano que eximen de responsabilidad por el daño ocasionado a una persona cuando se actúa frente a un peligro “cierto y actual” (*Id.*: párr. 47); y la sentencia del Tribunal de Casación local en el caso “Mastrogiovanni”, en el cual –sobre la base de la “Ley Basaglia”– se consideró que los tratamientos forzosos solo pueden imponerse cuando fueran el único medio disponible para evitar un peligro cierto y actual de daño grave para la salud del paciente, de forma limitada en el tiempo y sujeta a constante revisión (*Id.*: párrs. 42-50). También consideró la existencia de un protocolo interno elaborado por el Centro Hospitalario Melegnano, que resulta aplicable al Hospital Melzo (*Id.*: párr. 62).

En cuanto a la legislación supranacional, consideró las directrices elaboradas por el Comité Europeo para la Prevención de Tortura y las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes y, en particular, el informe de visita al país por parte de ese organismo en el año 2022, donde constató la persistencia de “demasiados y prolongados” episodios de contenciones físicas en pacientes del SPDC y alertó sobre un “vacío legal” que facilitaba su imposición (*Id.*: párrs. 66-69).

En ese contexto, desarrolló importantes precisiones sobre las justificaciones admisibles para la imposición y mantenimiento de una medida de esta naturaleza. Por un lado, consideró que tanto el marco legal internacional, la legislación local y la jurisprudencia del Tribunal de Casación italiano, como la propia jurisprudencia del TEDH, daban cuenta de una evolución respecto del uso de medidas coercitivas (no consentidas) en sitios de privación de la libertad.

Señaló que, en estos espacios, existe una situación de inferioridad por parte de las personas internadas. Ello exige que tales medidas solamente puedan aplicarse con apego a ciertos parámetros, principalmente: que deben ser el único medio disponible para prevenir un daño cierto e inminente al paciente o a terceros; se deben haber agotado todas las opciones de contener el daño por otros medios; debe respetarse el principio de proporcionalidad y contemplar salvaguardas adecuadas; no debe prolongarse más allá del tiempo estrictamente necesario a ese fin; y se debe mantener a la persona bajo estrecha supervisión y registrar adecuadamente todas las intervenciones (*Id.*: párrs. 113-116). En particular, descartó que, a la luz de la su jurisprudencia en “Aggerholm” (2020), la verificación de una situación de riesgo potencial fuera suficiente para mantener una medida de estas características. En cambio, debía verificarse un riesgo “inminente, específico, actual y demostrable” (*Id.*: párr. 122).

En el caso no existe controversia sobre la duración de la medida, en diferentes modalidades.² En ese marco, el tribunal entendió que, al momento de decidir la sujeción, podría considerarse que el Sr. Lavorgna se encontraba en un estado de “agitación” y “crisis”, lo cual justificaba tal medida. Sin embargo, encontró que, un día después, no se registraron más informes de agresividad ni agitación. En cambio, diversas anotaciones describían al solicitante como “tranquilo” (*Id.*: párr. 125). Para el tribunal, ello es

² Si bien las restricciones, consistentes en correas para muñecas y tobillos, se aplicaron inicialmente a las cuatro extremidades, a partir del segundo día, ciertas extremidades quedaron temporal e intermitentemente libres de restricciones para fines de higiene personal, alimentación o fisioterapia. A partir del séptimo día, el solicitante fue liberado temporalmente de las restricciones para su higiene personal e ir al baño. *Id.*: párr. 118.

un indicio de que la continuidad de la medida parece haberse basado en la falta de apreciación crítica sobre el comportamiento violento por parte del Sr. Lavorgna, y que los profesionales prolongaron la situación de “peligro cierto y actual” a partir de esta percepción inicial.

En efecto, obran registros médicos que hacen alusión a la persistencia del riesgo de agresión externa, debido a la actitud acrítica del solicitante hacia su propio comportamiento (*Id.*: párrs. 126 y 127). El tribunal observó que, a días de la imposición de la medida, obraban anotaciones sin ningún detalle, especificación o indicación que demostraran de qué modo persistía el peligro cierto y actual. Otros registros también referían a la decisión de prolongar la medida sin más detalles (ej. “la sujeción se mantiene en tres extremidades con un brazo libre”).

De hecho, el TEDH observó que, en una oportunidad, se retiraron las sujeciones temporalmente por razones de higiene personal y para permitir que el peticionario pudiera fumar, y luego, con su consentimiento, se lo volvió a sujetar en una de las extremidades, sin que se indiquen las razones que justifiquen esa decisión. En particular, respecto de los registros médicos del 14 de octubre, señaló que la primera anotación fue efectuada dieciséis horas después de la anterior y se limitaba a señalar que el solicitante tenía “sujeciones en tres extremidades” y que parecía tranquilo (*Id.*: párr. 129). En consecuencia, concluyó que no se había demostrado la necesidad de continuar con dicha medida por un período de tiempo extraordinariamente prolongado.

Luego, el TEDH analizó si el Estado realizó una investigación adecuada y diligente. Tuvo en cuenta que la pericia rendida en la investigación penal, si bien había descartado una posible conducta delictiva por parte de los médicos, determinó que los profesionales podrían haber obrado con un exceso de prudencia “quizás excesivo e infundado”. Observó que, a pesar de ello, el fiscal omitió analizar si el peligro “cierto y actual” se encontraba presente durante todo el lapso que duró la medida y no solamente al comienzo (*Id.*: párrs. 130-134).

En cuanto a los aspectos procedimentales del artículo 3 del CEDH, se detuvo, en primer lugar, en la excesiva duración de la pesquisa, que insumió más de tres años y cuatro meses sin que se hubieran escuchado testigos o realizado otras diligencias probatorias relevantes. Únicamente se consultaron los registros médicos y se solicitó un informe pericial. Desde la entrega del informe y la solicitud de sobreseimiento habían transcurrido más de dos años. Sobre esa base, el TEDH consideró que, más allá de alegaciones genéricas respecto de la sobrecarga de trabajo, el Estado no había aportado elementos concretos para justificar semejante demora, máxime tratándose de una denuncia por malos tratos. En definitiva, concluyó que la investigación no arrojó luz sobre cuestiones esenciales para determinar si la medida restrictiva continuaba siendo estrictamente necesaria por el lapso de ocho días (*Id.*: párrs. 148-153).

3. Las prácticas coercitivas en el marco regulatorio internacional

Para introducirnos en el marco regulatorio internacional respecto de las sujeciones físicas, nos parece un buen punto de partida las palabras de la Corte IDH cuando señala:

las personas con discapacidad que viven o son sometidas a tratamientos en instituciones psiquiátricas, son particularmente vulnerables a la tortura u otras formas de trato cruel, inhumano o degradante. La vulnerabilidad intrínseca de las personas con discapacidades mentales es agravada por el alto grado de intimidad que caracteriza los tratamientos de las enfermedades psiquiátricas, que torna a esas personas más susceptibles a tratos abusivos cuando son sometidos a internación (Corte IDH, 2006: párr.129).

En esa línea, ya en la Declaración de Caracas, los ministros y ministras de salud de los países de la región habían reconocido que el hospital psiquiátrico crea condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental y, en consecuencia, recomendaron una reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la atención primaria de la salud, donde los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben, entre otras cuestiones, salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles (OMS, 1990).

En el derecho internacional, si bien los tratados de alcance general reconocieron derechos sin discriminación alguna a todas las personas por su condición de tales, fue la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) la que abordó la discapacidad como una cuestión de derechos humanos y asumió el “modelo social”, que propicia la inclusión social de ese colectivo principalmente sobre la base del reconocimiento del derecho a la vida independiente, a la no discriminación, a la accesibilidad universal, a la capacidad jurídica y a la libertad, entre otros.

Ese tratado refuerza la protección que ofrecía el marco internacional de derechos humanos existente en el ámbito de la salud mental y consagra normas internacionales más avanzadas en materia de protección de derechos de las personas con discapacidad. Entre ellos, los “Principios de Salud Mental” de la ONU de 1991, que establecieron un catálogo de derechos con estándares generales y que –en ese entonces– significó un valioso avance en la defensa de los derechos humanos.

Sin embargo, los postulados de esta norma luego serían superados por las mayores garantías dispuestas en la CDPD. En efecto, los “Principios” procuran evitar la utilización extendida e infundada de este método, establecer un estricto registro y control de estas prácticas (ONU, 1991: principio 11), lo cual es relevante como estándar mínimo, mas no satisface las obligaciones derivadas de la CDPD. Ello revela la transformación que se ha ido desarrollando en el ámbito de la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial.

Como adelantamos, la CDPD reconoce su derecho a la capacidad jurídica plena, dado que todas las personas –incluidas las personas con discapacidad–, tienen la aptitud legal y la legitimación para actuar en virtud de su condición de ser humano (Comité DPD, 2014: párrs. 13-15). En esa línea, garantiza que la atención sanitaria a las personas con discapacidad se preste sobre la base del consentimiento libre e informado (art. 25).

A su vez, la CDPD reafirma que las personas con discapacidad disfrutan del derecho a la libertad y a la seguridad en igualdad de condiciones con las demás, y aclara que “la existencia de una discapacidad no justificará en ningún caso la privación de libertad” (art. 14).

Desde ese marco normativo, las prácticas coercitivas entran en conflicto con el derecho al igual reconocimiento ante la ley al negarle su capacidad jurídica, al tiempo que violan el derecho a la libertad y a la seguridad y contradicen el derecho al consentimiento libre e informado. En lugar de ello, según el Comité DPD,

los Estados partes deben respetar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad de adoptar decisiones en todo momento, también en situaciones de crisis; velar por que se proporcione información exacta y accesible sobre las opciones de servicios disponibles y porque se ofrezcan alternativas no médicas; y proporcionar acceso a apoyo independientes. Los Estados parte tienen la obligación de proporcionar acceso a apoyo para las decisiones relativas a los tratamientos psiquiátricos (Comité DPD, 2014: párr. 42).

Además de establecer la prohibición absoluta de las internaciones involuntarias en tanto violatorias de la capacidad jurídica, el Comité DPD ha destacado que en esos contextos donde las personas con discapacidad suelen estar expuestas a situaciones de aislamiento, inmovilización y medidas de contención física, farmacológica y mecánicas, prácticas que resultan violatorias de la prohibición de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (art. 15 CDPD) (Comité CDPD, 2015: párrs. 38 y 39).

Al respecto, los Relatores Especiales de la ONU sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes han destacado que la imposición de prácticas coercitivas en el marco de tratamientos por salud mental –cualquiera que sea su duración– respecto de personas que padecen discapacidad mental constituye un trato degradante, y que la inmovilización de estas personas, incluso durante un breve período de tiempo, puede constituir tortura y malos tratos (2013: párr. 63). Los expertos señalaron también que “los fines supuestamente benévolos” –como la “necesidad médica”– no justifican la imposición de prácticas coercitivas. Por ello, instaron a adoptar una absoluta prohibición de este tipo de medidas (2020: párr. 37).

El desaliento del uso de medidas no consentidas o forzosas en tratamientos de salud mental también fue recomendado por el Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El experto destacó que estas medidas ya no son defendidas en el contexto de la mejora de la salud mental e hizo hincapié en el hecho de que los sistemas de salud mental de todo el mundo están dominados por un modelo biomédico reduccionista, que utiliza la medicalización para justificar la coerción como práctica sistémica y que califica como “trastornos” a las diversas respuestas humanas frente los determinantes sociales.

Entiende que la forma de superar esa dominación requiere una acción transformadora en materia de derechos humanos que debe sustentarse fundamentalmente en los apoyos basados en la comunidad. También destaca que son los propios titulares de derechos –movimientos de usuarios, de personas con discapacidad psicosocial, “dementes”, de personas que oyen voces– quienes deben estar a la vanguardia de los esfuerzos en favor de un cambio basado en los derechos (2017: párr. 14; y 2020: párrs. 10-12).

En sentido similar se pronunció recientemente el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, al señalar que “las personas con discapacidades psicosociales y que utilizan los servicios de salud mental siguen permaneciendo en instituciones, reclusas y sometidas a tratamiento forzoso, a menudo en condiciones inhumanas” (ACNUDH, 2025: párrs.16-21). Como respuesta, considera que es urgente la implementación de una reforma sistémica de los servicios de salud mental, a fin de priorizar un enfoque basado en los derechos humanos que implica pasar de una atención limitada a los enfoques biomédicos a una comprensión más holística e integradora, fundada en la atención y el apoyo a la salud mental basados en la comunidad.

Las últimas orientaciones en la materia fueron aprobadas en 2023 por la OMS y el ACNUDH. Allí los organismos observan que las violaciones de derechos humanos durante las internaciones por salud mental siguen siendo demasiado frecuentes. Para revertirlo, consideran fundamental poner fin a las prácticas coercitivas como forma de respetar el derecho de las personas a decidir sobre sus tratamientos y a tomar sus propias decisiones. En ese documento también señalan que la coerción sigue siendo un componente básico de las leyes de salud mental vigentes en todas las jurisdicciones, lo cual constituye un importante motivo de preocupación. Sostiene que no hay evidencia de que la coerción facilite el acceso a la atención de la salud mental y, por el contrario, pueda disuadir a las personas de buscar apoyo.

En este contexto, destacan que existe un conjunto cada vez mayor de prácticas no coercitivas que pueden aplicarse y que producen mejores resultados. Según estos organismos, el reemplazo de la hospitalización y el tratamiento involuntario debería ir acompañado por servicios comunitarios de salud mental centrados en la persona, con capacidad para ofrecer apoyo individualizado a quienes se encuentran atravesando una crisis. En esa línea, y como marco integral, recomiendan la adopción de voluntades anticipadas, la toma de decisiones con apoyo y el apoyo entre pares. Resaltan la importancia de garantizar opciones no médicas en momentos de crisis que deberían estar disponibles y accesibles como servicios primarios en las comunidades donde viven las personas.

Aun cuando no descartan la necesidad excepcional de las prácticas coercitivas, el documento señala que

todas las prácticas coercitivas pueden impugnarse desde un punto de vista jurídico, ético y clínico y admiten que, hay pruebas de que incluso cuando las leyes pretenden regular los casos más excepcionales, el uso de la coerción se normaliza y sus índices no disminuyen.

4. Regulación, prácticas y control judicial en la Argentina

En nuestro país, el uso de sujeciones físicas posee diversas aristas, al ser una práctica que se verifica en distintos contextos. Si bien en “Lavorgna” se trata su utilización en instituciones que alojan personas

con discapacidad, no es ocioso señalar que su uso es también frecuente en otros contextos, como suelen ser las residencias para personas mayores.³

En las instituciones de salud mental la recurrencia a esta práctica se hizo visible a partir de la publicación del informe “Vidas Arrasadas”, que provocó un gran impacto en la opinión pública y en especial en decisores del campo jurídico y sanitario, lo cual generó un momento favorable para el cambio de paradigma (CELS-MDRI, 2008).

En cuanto a su regulación, como dijimos, debe partirse de los postulados de la CDPD, que gozan de jerarquía constitucional en nuestro país. Sus disposiciones son operativas y comprometen a todas las personas que se encuentran involucradas en procesos asistenciales a ajustar su conducta a dichas pautas. De allí que se proyectan como un deber de abstención y generan la obligación de erradicar las prácticas no consentidas y los tratos incompatibles con la dignidad, como son las sujeciones. Institucionalmente, existe el deber –por parte de los decisores de políticas públicas– de adecuar la normativa interna a las disposiciones de la CDPD.

En este sentido, en su última revisión sobre el país, el Comité DPD recomendó al Estado prohibir “cualquier medida coercitiva impuesta a personas con discapacidad” y eliminar las disposiciones jurídicas que las legitiman, “incluido el aislamiento, la sujeción mecánica y farmacológica” (2023: párrs. 31.a) y 32.a). Previamente, el Comité DESC había recomendado adoptar medidas para prevenir malos tratos en los establecimientos de salud mental y garantizar los tratamientos sobre la base del consentimiento informado (2018: párrs. 53 y 54).

Sumado a ello, diversos organismos de protección internacional encomendaron al país cumplir con el mandato de desinstitucionalización derivado de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26657, “LNSM”) y efectuar un estricto control sobre los establecimientos de salud mental, lo que incluye a estas prácticas (Comité DH, 2016: párr. 22 y CIDH, 2022).

En el plano legislativo, la LNSM regula los principios a los que deben sujetarse los tratamientos. Esta norma se encuentra inspirada en principios compatibles con el “modelo social de la discapacidad” de la CDPD, pues no solo promueve la atención sobre la base de tratamientos respetuosos de la dignidad y la condición de sujetos de derecho de los usuarios, sino también la prohibición de los entornos segregados y la abolición de una verdadera “cultura manicomial”, dentro de la cual se inscriben prácticas forzosas como la que aquí es objeto de análisis.

La LNSM, a su vez, incorpora los “Principios de Salud Mental de la ONU” que, como mencionamos, abordan los motivos, modos y principios que deben observarse al aplicar métodos de sujeción (art.

3 Diversos organismos de control llamaron la atención también sobre el uso de sujeciones en contexto carcelario. Ver, a modo de ejemplo, Comité Nacional para la Prevención de la Tortura (2022), Informe de Seguimiento. Recuperado de <https://cnpt.gob.ar/2022/wp-content/uploads/2022/11/INFORME-DE-SEGUIMIENTO-DE-LAS-RECOMENDACIONES.pdf>; Subcomité para la Prevención de la Tortura (2013), Informe sobre la visita a Argentina del Subcomité para la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, CAT/OP/ARG/1, p. 101.

2). Pero es menester señalar que estas normas, actualmente, se encuentran sujetas a un control de convencionalidad respecto de los aspectos ya referidos de la CDPD.

De tal modo, a pesar de que no existe controversia jurídica sobre la aplicación en todo el territorio nacional de las disposiciones de la CDPD y de la LNSM (arts. 1 y 45) —a cuyos principios deben adecuarse las normas provinciales—, el hecho de que las principales incumbencias en materia de atención sanitaria resulten de competencia local, fomenta la falta de uniformidad en la materia.

Es así como en diversas jurisdicciones se adoptaron protocolos relativos al uso de sujeciones físicas, por fuera de los lineamientos federales. Como ejemplo, nótese que, en el ámbito de la CABA, se elaboró en 2021 la “Guía de Procedimiento para la Contención Física de Usuarios asistidos en Salud Mental en Situaciones de Urgencia y/o Emergencia”.⁴ Si bien allí se incorporan los principios de excepcionalidad, *ultima ratio*, proporcionalidad y máximos cuidados en el uso de estos métodos, es evidente que se apunta a una mirada regulatoria del uso de las sujeciones y no a su erradicación. Así y todo, el protocolo establece un plazo máximo de duración para las sujeciones “que nunca deberá superar las 72 horas”.

Sobre la base de esta dispersión normativa, la labor de los órganos de control ha sido relevante, por un lado, para constatar la persistencia de estas prácticas, como así también para establecer estándares mínimos y propiciar que se activen los controles judiciales necesarios. En el marco de sus tareas de monitoreo y fiscalización sobre los servicios de salud, en ocasiones puntuales el Órgano de Revisión Nacional de salud mental (ORN) —organismo de vigilancia de la LNSM— ha remarcado la necesidad de adoptar medidas alternativas, como el acompañamiento terapéutico permanente, en lugar del uso de sujeciones físicas.

En este punto, no escapa al análisis que la adopción de estas medidas guarda estrecha relación con la organización institucional en los servicios de salud, ya que, usualmente, su imposición suple la falta de recursos humanos para brindar un abordaje personalizado y no coercitivo. En tal sentido, el ORN, en referencia al extendido uso de las consignas policiales para “contener” situaciones de riesgo en las instituciones de salud, aprobó una resolución donde señaló, en lo que aquí importa, que era necesario erradicar el uso de esposas⁵ y que debía garantizarse que la dotación de personal e infraestructura en los establecimientos “sean suficientes y adecuados para que las personas reciban una atención sanitaria, social, integral y humanizada”. También remarcó la necesidad de “controlar de manera oficiosa y periódica hasta su levantamiento” la excepcionalidad de esta medida (ORN, 2023).

4 La impronta del Protocolo se advierte, por un lado, en que si bien se hace referencia a una “contención verbal” previa, no se incluyen pautas específicas sobre el modo en que debe abordarse una crisis, previo a la imposición de medidas coercitivas. También se omite por completo cualquier referencia a técnicas de “desescalada” de la crisis, a la intervención de los referentes vinculados o la necesidad de prevenir las situaciones que suelen desencadenarlas. En cuanto a esto último, debe notarse que, para el protocolo, se encuentra legitimada la imposición de esa medida inclusive para “evitar la interrupción y permitir la instauración y administración de todas aquellas medidas terapéuticas necesarias para el tratamiento y que el estado temporal del individuo pueda poner en peligro, como por ejemplo el mantenimiento de vías, catéteres, aparatología, administración de medicación”.

5 A instancias de la Unidad de Letrados (Penal) de la Defensoría General de la Nación, se dictaron pronunciamientos donde se ha ordenado al personal abstenerse de su utilización, como así también de adoptar medidas restrictivas que no hayan sido indicadas por el equipo de salud o convalidada por el juzgado de control de internación. Ministerio Público de la Defensa, Informe Anual 2024, pp. 108/109.

Hay que destacar que en “Lavorgna” la duración de la medida por ocho días y su prolongación debido a la falta de “arrepentimiento” no cumple siquiera con el protocolo aquí mencionado. Así y todo, para el TEDH el tiempo no parece convertirse *per se* en un factor dirimente para evaluar su legalidad, por lo que, en este punto, su contribución al desarrollo progresivo de los estándares en la materia resulta escasa.

Por otra parte, no son numerosas las ocasiones en que los tribunales han realizado un efectivo control sobre el uso de sujeciones físicas en el ámbito de la salud mental. En este último plano, existen precedentes relevantes respecto de su imposición en el marco del alojamiento en instituciones para personas adultas que pueden orientar el análisis. No debe perderse de vista que en la CABA, la Ley N° 5670 regula el uso de sujeciones físicas en las instituciones de personas mayores, quienes además de la protección de la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores usualmente también se encuentran abarcados por las disposiciones de la CDPD y la LNSM.

No es difícil advertir que esta ley local no satisface el *test* de convencionalidad y legalidad, ya que habilita la realización de contenciones físicas de forma prolongada, por causas excesivamente laxas y sujetas a la interpretación de quien las aplica. Ejemplo de ello es que su artículo 33 establece que el control judicial sobre la medida de sujeción recién podrá activarse si esta se extendiera por más de catorce días.

En el caso “D., L. B.”, resuelto por la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, se plantearon algunas de estas discusiones.⁶ Allí, la hija y curadora de una persona de 64 años institucionalizada solicitó la autorización para realizar su sujeción “total o parcial”. El juez de primera instancia había delegado en la institución recabar el consentimiento y, a su vez, consideró que el control sobre las condiciones de la medida correspondía al Ministerio de Salud de la CABA, autoridad de aplicación de la ley local. La Cámara revocó la decisión. Para ello, consideró, en primer lugar, que tanto la Convención sobre Personas Mayores como la Ley N° 5670 establecen que la sujeción es una medida excepcional. Sobre esa base, consideró fundamentales los informes encomendados al Grupo “Desatar” —recabados por intermedio de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria—, en los cuales se constató que el método de sujeción podía ser reemplazado por apoyos —de conformidad con la CDPD—. Por lo tanto, ordenó a las entidades a cargo de la cobertura la provisión de los dispositivos adecuados.

Por otra parte, y el marco de un conflicto de competencias, en un reciente pronunciamiento la CSJN se refirió al control judicial y de modo *obiter*, a la duración de las sujeciones físicas, respecto de personas mayores. El director de una institución interpuso una acción declarativa de certeza contra el Gobierno de la CABA, alegando un estado de “incertidumbre” sobre los plazos máximos previstos por la Ley N° 5670 para el uso de sujeciones, toda vez que —según afirmó— algunos residentes requerían contenciones “permanentes”. El planteo derivó en un conflicto negativo de competencias.

6 CNAC (Sala “K”), “D., L. B. s/determinación de capacidad”, Expte. 89.129/2001, 06/10/22; en igual sentido, CNAC (Sala “C”), “Incidente N° 1- Actor: S. G., D. L. s/ART. 250 C.P.C - Incidente de Familia”, Expte. 70026/2022, 30/11/22. Por el contrario, se autorizó el empleo de cintas de sujeción en una persona mayor en silla de ruedas luego de que los informes profesionales avalaron dicho método. CNAC (Sala “G”), “Incidente N° 1 - ACTOR: C., M. A. s/ART. 250 C.P.C - INCIDENTE FAMILIA”, Expte. 89880/2019/1/CA1, 28/10/20.

En su decisión, la CSJN –remitiendo el dictamen de la Procuración General– delimitó el objeto de la pretensión, al señalar que, no obstante el *nomen iuris*, no perseguía poner fin a un estado de incertidumbre sino lograr una “autorización judicial amplia” para imponer dicho método en forma permanente, respecto de algunos residentes. De allí que tal acción debía ser sustanciada ante los juzgados civiles, por ser quienes tienen a cargo el control judicial sobre los derechos de las personas con padecimiento mental, pacientes y personas mayores. A su vez, y en función del excesivo tiempo que insumió la sustanciación del conflicto, el máximo tribunal ordenó también al juez competente tomar en cuenta el compromiso asumido por el Estado de prevenir, sancionar y erradicar las sujeciones físicas prolongadas en personas mayores (CSJN, 2023).

5. Breves reflexiones finales

Como hemos sostenido, el abandono de la atención basada en el hospital psiquiátrico en tanto amenaza concreta a la vigencia de los derechos humanos data ya de varias décadas. Sin embargo, la protección jurídica de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial ha ido evolucionando progresivamente desde entonces. Por lo tanto, desde la perspectiva del control judicial, entendemos que el minucioso análisis efectuado por el TEDH sobre la justificación, modo e implementación de cada uno de los días en que la sujeción física tuvo lugar sin dudas constituye un aporte positivo.

Así, desde la regulación de los “Principios ONU” hasta la robusta protección de la CDPD, junto con las opiniones consultivas e informes tanto del Comité DPD como de otros organismos internacionales, se advierte una evolución continua del paradigma del enfoque de la salud mental basada en los derechos humanos que, en lo que aquí importa, postulan la erradicación de las prácticas coercitivas. En el caso argentino, si bien la LNSM marcó un hito en desarmar el paradigma manicomial y existen avances de su implementación en varias jurisdicciones, se observa todavía una deuda importante en ese campo.

En simultáneo, la organización de las personas usuarias y la emergencia del activismo en primera persona han contribuido a poner en primer plano algunos de los planteamientos críticos que ya venían haciéndose. En palabras de Erro: “[d]ar valor a la propia experiencia ha resituado la prioridad dada a algunas iniciativas realizadas desde los *ámbitos* profesionales en etapas anteriores” (Erro, 2025). Este autor refiere como ejemplo, el de la lucha contra prácticas como las contenciones mecánicas en España o contra el electroshock en Chile, y destaca el desarrollo de prácticas horizontales, de alternativas de cuidado colectivo con base en la autogestión, el apoyo mutuo, entre otras iniciativas impulsadas por el activismo. En sentido similar, señala Exposto: “[e]l precariado psíquico precisa organizarse: el sujeto del cambio en el movimiento social por la salud mental ya no son solo los profesionales y familiares, el sujeto somos los sintomáticos; los usuarios, ex usuarios y supervivientes del modelo terapéutico hegemónico” (Exposto, 2021).

De tal modo, para la erradicación definitiva de estas prácticas coercitivas es fundamental tanto una acción sostenida, interdisciplinaria, multisectorial, que junto al activismo en primera persona amplíe y haga accesible el acceso a dispositivos y tratamientos no coercitivos que respeten el consentimiento

informado y la autonomía de las personas, como el ejercicio de un oficioso control judicial por parte de la magistratura, respetuosa de los principios de inmediatez y tutela judicial efectiva.

Referencias bibliográficas

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), Informe Salud Mental y Derechos Humanos, 2025, A/HRC/58/38
- CELS - MDRI (2008). *Vidas arrasadas – La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- CIDH. (2022). Petición P-268-10, “María del Carmen Senem de Buzzi”, acuerdo de solución amistosa del 6 de junio de 2022. Recuperado de https://www.mpd.gov.ar/pdf/Acuerdo_Senem_de_Buzzi.pdf.
- Comité de Derechos Humanos (2016). Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Argentina, 10 de agosto de 2016, CCPR/C/ARG/CO/5, p. 22;
- Comité DESC (2018). Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Argentina, 1 de noviembre de 2018, E/C.12/ARG/CO/4, pp. 53 y 54.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité CDPD) (2014). Observación General 1, cit. (2014) sobre el igual reconocimiento como persona ante la ley, CRPD/C/GC/1, pp. 13 a 15.
- Comité CDPD (2015). Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad, 2015, A/72/55, pp. 38 y 39.
- Comité CDPD (2023). Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de Argentina, 24 de marzo de 2023, CRPD/C/ARG/CO/2-3, p. 31.a) y 32.a).
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2006). “Ximenes Lopes c/ Brasil”, sentencia del 4/7/2006, párr.129.
- CSJN (2024). Causa CCF 5896/2019/CA1-CS1, “Instituto Coghlan SRL c/ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/ acción meramente declarativa”, sentencia del 22 de octubre de 2024, resuelta de conformidad con el dictamen de la Procuración General de la Nación de fecha 29 de agosto de 2023.
- Erro, J. (22 de mayo de 2025). La irrupción del activismo en primera persona. *Mad in Mexico*. Recuperado de <https://madinmexico.org/la-irrupcion-del-activismo-en-primera-persona/>.
- Exposto, E. (2021). *Las máquinas psíquicas: crisis, fascismos y revueltas*. Buenos Aires: La Docta Ignorancia.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990). “Declaración de Caracas”, adoptada por aclamación en la Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990.
- ONU (1991). “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental”, adoptados por la Asamblea General (ONU) en su Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991.
- ORN (2023). Resolución S.E. N° 06/2023, del 24 de noviembre de 2023.
- Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Informe 2013, A/HRC/22/53, p. 63.

Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Informe 2020, A/HRC/43/49, p. 37.

Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Informe 2017, A/HRC/35/21 p. 14 y 2020, A/HRC/44/48, pp. 10-12.

TEDH (2020). Caso “Aggerholm v. Denmark”, no. 45439/18, sentencia del 15 de septiembre del 2020.

TEDH (2024). Salud mental. Sujeciones físicas. TEDH, *Case of Lavorgna v. Italy*, 7 de noviembre de 2024.